

Técnicas de reproducción humana y ampliación de derechos. Sobre una reflexión crítica acerca de las intervenciones en torno a los cuerpos gestantes

Paula Iparraguirre

pau_ipa@hotmail.com

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata

Argentina

Resumen

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro del Proyecto de Investigación “Investigaciones acerca de las nuevas modalidades de parentalidad y pareja, en parejas del mismo sexo”, perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata y dirigido por la Lic. Iara Vanina Vidal.

Previamente ha sido motivo de investigación la relación de las nuevas normativas sobre diversidad sancionadas en nuestro país y las producciones de subjetividad promovidas por las mismas, específicamente en parejas del mismo sexo. También hemos indagado sobre como estas leyes que han ampliado derechos, han producido modificaciones en el ejercicio de poder sobre los cuerpos.

En esta línea, entonces, consideramos pertinente realizar una genealogía respecto de los inicios de las técnicas de reproducción humana asistida, dado que actualmente existen en nuestro país leyes que regulan dicha práctica. Nos referimos a la Ley Nacional 26.862 de “Reproducción medicamente asistida” y la Ley Provincial 14.208 “Ley de Fertilización asistida”. Consideramos que estas leyes juegan un papel fundamental en torno a las tácticas y estrategias bajo las cuales se ejerce el poder, y más específicamente sobre el cuerpo de las mujeres, por lo que se vuelve importante reflexionar respecto de las mismas, desde una perspectiva pos patriarcal y pos heteronormativa.

Palabras clave: leyes; TRH; poder; cuerpo.

Abstract

The present work is framed within the Research Project "Investigations about the new modalities of parenting and same sex couples", belonging to the National University of La Plata and directed by Lic. Iara Vanina Vidal.

Previously, the relation of the new norms on diversity sanctioned in our country and the productions of subjectivity promoted by the same in same-sex couples has been the subject of investigation. We have also inquired about how these laws that have expanded rights have produced modifications in the exercise of power over bodies.

In this line, then, we consider it pertinent to carry out a genealogy regarding the beginnings of assisted human reproduction techniques, given that there are currently laws in our country that regulate this practice. We refer to the National Law 26.862 of "Medically assisted reproduction" and the provincial 14.208 "Law of assisted Fertilization". We believe that specifically these laws play a fundamental role, around the tactics and strategies under which power is exercised and more specifically about women's bodies, so it becomes important to reflect on them from a post patriarchal and pos hetero normative perspective.

Keywords: laws; TRH; power; body.

Introducción

Como hemos expresado en el resumen, intentaremos re-pensar cómo las actuales legislaciones de nuestro país (Argentina) en torno a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, suponen no solamente una modificación en la relación del cuerpo de las personas gestantes (específicamente nos centraremos en mujeres), sino que también introducen problemáticas nuevas que es pertinente traer a discusión para dar cuenta del complejo entramado social-político-económico-de género- e histórico en el que se encuentran inmersas. Esto supone por tanto, comenzar a deconstruir los discursos que giran en torno a esta práctica, de la cual tan solo se escuchan halagos. Para tal fin, nos parece pertinente comenzar por un análisis genealógico que nos permita "encontrar los puentes entre las narrativas teóricas y los dispositivos histórico-sociales-políticos-subjetivos que sostienen" (Fernández, 1999: 269) y las sostienen.

En segunda instancia desarrollaremos algunos puntos centrales sobre la Ley Nacional 26.862 de “Reproducción medicamente asistida” y la Ley Provincial 14.208 “Ley de fertilización asistida”, para a continuación hacerlas dialogar con una de las entrevistas llevadas a cabo en la investigación, a una pareja de mujeres con hijxs, concebidxs mediante TRH.

Sobre las Técnicas de Reproducción Humana

Las Técnicas de Reproducción Humana (TRH) introducen un quiebre fundamental en torno al modo por el cual los seres humanos se reproducen. Permiten que cada uno de los elementos intervinientes en la procreación, cada momento pueda ser sometido a separación, descomposición y recomposición a través de la tecnología biológica. Este punto es central en tanto que deja de ser necesario el encuentro de dos cuerpos para la reproducción. Por consiguiente enuncia Tort. M (1994) “será necesario analizar la procreación en términos de agentes sometidos a manipulaciones (ovocitos y espermatozoides) y de órganos pasibles de estimulación o sustitución” (p.53). Esto implica, reconfiguraciones en las estrategias de ejercicios de poder por parte de grupos, en principio comprendidos por el discurso médico, que podrán establecer de esta manera nuevas pautas de conjunción sexual reproductiva. Las TRH se encuentran en este sentido bajo pautas definidas por un dispositivo que tiene sus propias leyes.

Cabe preguntarnos entonces al respecto de los orígenes de las TRH. Las TRH son una extensión de las Técnicas de Reproducción Artificial (TRA) (Tort, 1994), que tienen sus inicios en la aplicación técnica de elementos que permiten modificar el destino procreador de un ser declarado infértil. En principio entonces, las actuales TRH derivan de procesos zootécnicos, es decir manipulaciones usadas para mejorar las crías de especies domésticas. Se ve por tanto la continuidad entre las TRA y las TRH, la “maternidad portadora” (Tort, 1994) se convierte así en la extensión en humanos de las técnicas de trasplante de embriones en bovinos. Sin embargo son muchos los autores que ponen en cuestión este pasaje (Tort, Sánchez, Corea, entre otros) por las pocas evaluaciones realizadas para analizar los impactos de esta tecnología y consecuentemente valorarla. Otras críticas que comienzan a presentarse a las TRH, aparecen de quienes interrogan al respecto de la solución

que se brindan al problema de la infertilidad, con la necesidad de la intervención médica. Este movimiento invisibiliza varias cuestiones entre las que destacamos, que es un problema que no responde únicamente a causas orgánicas, sino que develan una complejidad aún no descripta en su totalidad, pero que supone atravesamientos políticos, económicos, subjetivos, de género, sociales, etc. Estas críticas permiten revelar algunos de los intereses que se ponen en juego, dentro de los que destacaremos los económicos, resaltando no solo los costos de los tratamientos, sino también el dinero invertido en estos últimos años para la investigación de una problemática (infertilidad) que según comprueban diversas estadísticas no es tan efectiva como se pretende.

Como veníamos enunciando la aparición de las TRH es aún muy reciente y de hecho desde sus inicios, bajo las TRA, ha habido enormes avances en cortos períodos de tiempo. Más aun si pensamos que en 1978 nace la primera niña de probeta Louise Brown. Al año siguiente ya se usa la donación de esperma para fertilizar a una mujer. En 1982 comienzan las investigaciones sobre donación de óvulos, en 1983 se realiza la primera Fertilización in-vitro (FIV) con óvulo donado y en 1984 se produce el primer nacimiento a partir de un embrión congelado en Australia. (Sánchez, 2005)

Las TRH aparecen entonces como la solución médica, en la escena científica, ante un problema de infertilidad femenina consecuencia de la obstrucción de trompas. No obstante las mismas fueron extendidas a casos de "infertilidad" poco claros (Sánchez, 2005). Lo que es más, aún la misma noción de infertilidad ha ido modificándose con el correr de los años, comprendiéndose actualmente por la misma, la enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas (OMS, 2010).

Otro de los aspectos importantes a destacar de las TRH, es que la mayoría de los procedimientos se encuentran centrados en el cuerpo de la mujer, aún cuando se detecte que ellas no tienen problemas para concebir. Además, es frecuente que no se hable de los porcentajes de embarazos efectivos que llegan a término (entre un 20 y 30%) y de la posibilidad de acceso a las TRH para sectores vulnerables.

Estadísticas en Argentina sobre TRH

En un estudio realizado en Argentina por el Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA), llevado a cabo entre los años 2004-2008 en 15 centros de salud privados acreditados por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, se observó un total de 14.995 ciclos iniciados (ciclo de TRA en el cual la mujer recibe medicación para estimulación ovárica, o monitoreo en el caso de ciclos naturales, con la intención de llevar a cabo un tratamiento, independientemente de si se realiza la aspiración de ovocitos), con 12.013 ciclos transferidos y 3.501 embarazos clínicos. Esto indica que tan solo estos últimos son embarazos diagnosticados por visualización a través de ecografía de uno o más sacos gestacionales o signos clínicos definitivos de embarazo, lo que incluye embarazos ectópicos. (OMS, 2010)

Este estudio demuestra que entre las causas de la infertilidad, el factor masculino fue el más frecuente (37%), seguido de causas combinadas (31%). Sin embargo el estudio no aclara que se entiende por factor masculino, ni causas combinadas, ni tampoco el total de personas que componen la muestra. Si destaca, el notorio aumento de la demanda de intervenciones a medida que avanza la edad de las personas, sobre todo una vez que superan los 35 años.

En relación con la tasa de embarazo que presentaron los centros, se encuentran entre un 16% y un 31% de la totalidad de los ciclos iniciados, lo que se sostiene dentro de los parámetros enunciados por otros autores (Sánchez) y que da la pauta de una efectividad aún baja de las técnicas. El estudio acentúa que, cuando la infertilidad es solamente masculina las tasas de embarazo clínico son levemente superiores a que cuando lo son solo en mujeres, pero que los mejores resultados se observan en casos de diagnóstico combinado.

El estudio da mucha información respecto de las edades de las mujeres, pero no así de los hombres, lo que concuerda con lo que hemos expuesto previamente y que es sostenido por otros autores, respecto de algunos prejuicios de género que se filtran en las TRH. Además el estudio no brinda información alguna sobre la clase social de las personas que inician los tratamientos, y mucho menos aún de los costos de los mismos. Otro de los datos que no están presentes, es la cantidad de personas sometidas a la muestra, dato fundamental en tanto que no es posible saber si las parejas se han sometido a más de un ciclo. Esta omisión resulta llamativa ya que

este no es un dato menor. Sin embargo, y de la mano de otros autores, podemos hipotetizar que esto no es un mero olvido, sino más bien una estrategia de promoción, que responde a no develar los verdaderos porcentajes de éxito de las TRH, dado que los mismos son bajos.

Otra omisión que es muy notoria, es la que de la mano de Sánchez (2005), observamos en relación a los riesgos que trae exponer al cuerpo a la intervención mediante las TRH.

Sobre la Ley Nacional 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida y la Ley Provincial de Fertilización Asistida 14.208

El 2 de diciembre del 2010 se sancionó en Argentina la Ley Provincial 14.208 de “Fertilización asistida”, con el fin de ampliar el derecho a la salud para la “ampliación de la familia”. A través de esta ley se reconoce a la infertilidad como enfermedad, a la que por tanto se debe dar tratamiento y cobertura médica integral, según las pautas determinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el caso puntual de la ley provincial se entiende que para la realización de los tratamientos, deberán usarse solamente gametos de la pareja que busca ampliar la familia mediante la procreación de un hijo biológico. Este punto resulta crucial si consideramos la imposibilidad de las parejas del mismo sexo de cumplir con este requisito. Otro punto clave presente en la ley provincial, se encuentra dado por la restricción respecto del rango etario. Se expresa claramente que podrán acceder las mujeres que tengan entre 30 y 40 años, priorizando a las parejas que no tengan hijos y con la posibilidad de hasta una intervención de alta complejidad por año, y hasta un máximo de dos de baja. Si lo comparamos con las tasas de efectividad presentadas por el estudio realizado por la RAFA, resultará en una probabilidad muy baja de que efectivamente se concrete en un intento, un embarazo clínico.

Por su parte la Ley Nacional 26.862 de “Reproducción medicamente asistida” fue promulgada con posterioridad a la provincial, el 25 de junio de 2013. Una de las diferencias fundamentales que se puede notar con rapidez, en relación a la ley provincial, es la posibilidad de recibir gametos y/o embriones donados para la implementación de las técnicas que buscan promover un embarazo.

Otra de las diferencias fundamentales se encuentra en que esta ley no determina rango etario exigible para la cobertura de los procedimientos. Tan solo exige la mayoría de edad y la voluntariedad del pedido. Sin embargo y a pesar de las mejoras de esta ley con respecto a la provincial, persisten ciertas restricciones en tanto a quienes son los sujetos que pueden acceder a esta intervención. Enuncia de manera clara que la implementación de los tratamientos será llevada a cabo en el cuerpo de una mujer, lo que en principio excluye, al menos en la enunciación a aquellas personas con posibilidad gestante que no se auto-perciben como mujeres. Sin embargo en la reglamentación este punto pareciera resarcirse en tanto que enuncia que podrá acceder a la asistencia “toda persona que requiera la aplicación de técnicas de reproducción medicamente asistida” y ya no explícitamente mujeres.

Aumenta la posibilidad de intentos de los tratamientos respecto de la ley provincial, pautando hasta cuatro en relación a técnicas de baja complejidad y hasta tres en las de alta, con intervalos de tres meses independientemente de la complejidad de las mismas. Este dato, podríamos suponer, contempla las estadísticas en relación a las tasas de efectividad de los tratamientos, ampliando así las posibilidades reales de concretar un embarazo clínico. Sin embargo y a pesar de la ampliación de derechos que supone la ley nacional en relación con la provincial, se vuelve requerimiento necesario para acceder a técnicas de alta complejidad, haber intentado conseguir un embarazo por medio de técnicas de baja complejidad al menos tres veces. Esto supone someter el cuerpo de las personas gestante a una serie de intervenciones médicas, que no son sin consecuencias y que suponen un aumento de la edad, lo que disminuye la tasa de efectividad. Nuevamente en relación a este punto, acentuamos la falta de información acerca de los riesgos a los que se someten las personas gestantes al utilizar las TRH.

Cuerpos intervenidos por TRH

En última instancia será abordado lo desarrollado en relación a una entrevista realizada a una pareja de mujeres. Fernanda y Miriam son madres de una niña (Chantal) concebida por inseminación. Se encuentran en pareja desde hace aproximadamente 6 años y medio, y casadas desde hace dos. Al respecto de la

pregunta sobre el proyecto de familia y la posibilidad de concebir una hija por medio de la intervención de técnicas de reproducción humana, la pareja expresaba:

F: Antes de casarnos empezamos a pensar en la posibilidad de formar una familia, bah yo lo tenía recontra trabajado ya.

M: Yo menos...

F: Así que trabajé, trabajé, trabajé, la convencí (risas). Arranqué a hacer tratamiento yo eh...en el primer intento quedé embarazada después terminé perdiendo el embarazo, insistimos 3 o 4 veces más. Yo no me quería casar, estaba “no, no, no, no, no. Ay que no, no, no”. Ella se quería casar y yo “que no, que no, que no” y en el...

M: Bueno al principio no se podía.

En este breve fragmento vemos varias cuestiones que se han desarrollado en este y otros trabajos presentados previamente. En principio el deseo por la construcción de una familia, del hijo propio (biológico) y la posibilidad que implicó en este sentido la sanción de la Ley de matrimonio igualitario (26.618). Además y específicamente en relación a lo expuesto en este trabajo, el número de intentos que realizó Fernanda con ayuda de las TRH para tener un/x hijx propio, sin resultado positivo todas las veces.

En relación a este punto, la imposibilidad de concretar un embarazo clínico, Fernanda nos expresa una complicación sufrida por la estimulación ovárica (técnica de baja complejidad), por la que casi muere, y que como hemos desarrollado no se registran en las estadísticas. Estas complicaciones además tampoco forman parte de la información que circula en relación a las TRH. A continuación citamos a la entrevistada:

F: (...) Y en uno de los intentos, de las estimulaciones tuve una complicación y terminé en terapia una semana, casi me muero y al día siguiente que salí de la terapia fuimos a sacar turno para el registro (risas).

A todo esto habían transcurrido tres años desde el primer intento, lo que comprueba lo expuesto por otros autores, y las estadísticas provistas por la RAFA, en relación a la dificultad de la efectivización del embarazo clínico a medida que aumenta la edad de la persona a intervenir, reduciendo así la tasa de efectividad de las técnicas.

No es menor destacar que la pareja contaba con cobertura médica. Sin embargo la ley estaba recientemente sancionada y suponían, por experiencias de conocidos, que iba a requerir más esfuerzos de su parte para que se produzca la efectiva cobertura, por lo que decidieron hacerlo de manera particular. En sus palabras:

F: Mucho tiempo, mucha plata, muy cansador.

E1: ¿No fue con cobertura social lo de ustedes?

F: No, podríamos haberlo hecho con cobertura social pero en ese momento también recién estaban arrancando las obras sociales a cubrirlo y como que no le quisimos sumar al estrés del tratamiento ir a pelearse a IOMA.

M: No, porque estás esperando, ya habíamos pasado por el embarazo de ella que bueno...no, no se dio y también una instancia dolorosa que tenés que superar y encima ir a pelearse con IOMA...entonces, no queríamos.

F: Sí, bueno, nos costó un montón pero bueno podíamos hacerlo y lo hicimos.

Finalmente y ante la imposibilidad de Fernanda por completar un embarazo clínico, decidieron que probara Miriam. Sin embargo, para este intento decidieron prescindir de las técnicas y probar de quedar embarazadas de manera “casera”. Para esto compraron solo la muestra y a través de un proceso controlado durante todo un año, pudieron saber los días de ovulación, siendo ellas mismas las que se inseminizaran. De este modo lograron que Miriam quedara embarazada y recibieron a Chantal.

Esta manera de inseminación muestra no solo la creatividad de la pareja, sino a su vez la posibilidad de la concepción a través de métodos menos invasivos para el cuerpo de las mujeres.

Conclusión

Tal y como ha sido expuesto las TRH suponen, gracias a la sanción de la Ley Nacional y Provincial, la ampliación de derechos en relación al acceso a salud para la conformación de una familia. Sin embargo, y a pesar de que celebramos toda legislación que permite mayor acceso a derechos a la población, no podemos dejar de resaltar que es necesario a la hora de pensar en la constitución de familias con hijxs, y más aún cuando se trata de intervenciones médicas sobre el cuerpo de personas gestantes, la importancia de deconstruir los entramados de poder que se

dan en los mismos. Esto para re-pensarnos, a lxs psicologxs como agentes de salud que no pueden desconocer tales avances.

Referencias bibliográficas

Fernández, A.M. (1999). "Cap. VIII: Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad". En *Instituciones Estalladas*, pp. 265-289. Buenos Aires: Eudeba.

Sánchez, A. (2005). "Las Tecnologías de Reproducción Asistida y sus metáforas". En *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*. CLXXXI, pp. 523-530.

Tort, M. (1994). "Cap. 2: La oferta biomédica de hijo", "Cap.6: Gestión biomédica de los cuerpos". En *El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas*, pp. 53-84, 169-193. Buenos Aires: Nueva visión.

Marco normativo

Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. 2010
Ley Nacional 26.862 de Reproducción medicamente asistida. Decreto 956/2013, publicado en el Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina. 25 de junio de 2013.
Ley Provincial 14.208 de Fertilización Asistida. 2010.