



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Discursos sociales sobre técnicas de reproducción humana asistida en Argentina : aproximación a su constitución histórica como derecho reproductivo

Autores (en el caso de tesis y directores):

Andrea Daniela Palopoli

Mónica Petracci, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2018

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





*Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Ciencias de la Comunicación*

Tesina de grado

Licenciatura en Ciencias de la Comunicación

*Discursos sociales sobre Técnicas de
Reproducción Humana Asistida en Argentina*

*Aproximación a su constitución histórica
como derecho reproductivo*

Andrea Daniela Palopoli

andreapalopoli@gmail.com

DNI: 29.462.159

Tutora: Dra. Mónica Petracci

Julio de 2018

INDICE

1.	<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>4</u>
2.	<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	<u>7</u>
3.	<u>GLOSARIO.....</u>	<u>8</u>
4.	<u>ESTADO DEL ARTE: CONTEXTUAL, CONCEPTUAL E INVESTIGATIVO.....</u>	<u>9-25</u>
4.1	<u>Inserción de las Técnicas de Reproducción Asistida en el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos</u>	
4.2	<u>Aproximación al campo de la salud y su matriz neoliberal</u>	
4.3	<u>Antecedentes y situación actual del marco normativo de TRHA en Argentina</u>	
4.4	<u>Definiciones y características de las TRHA</u>	
4.5	<u>Implicancias para la salud y dilemas de las TRHA</u>	
4.6	<u>Recorrido por aportes e investigaciones asociados al objeto de estudio</u>	
4.6.1	<u>Investigaciones teóricas y empíricas</u>	
4.6.2	<u>Tesinas de Cs. de la Comunicación (FCS-UBA)</u>	
5.	<u>MARCO TEÓRICO: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....</u>	<u>25-52</u>
5.1	<u>Luchas democráticas y derechos reproductivos</u>	
5.1.1	<u>Matriz neoliberal y despolitización</u>	
5.1.2	<u>Aproximación: ciencias sociales y ciencias médicas</u>	
5.1.3	<u>Ciencia y Sociedad: construcción social de hechos científicos y política</u>	
5.2	<u>Las TRHA como dispositivo socio-cultural y significativo</u>	
5.2.1	<u>Un derecho reproductivo entre la experiencia medicalizada y la autocreación técnica</u>	
5.2.2	<u>Maternidad, TRHA y feminismo</u>	
5.3	<u>Consideraciones teórico-metodológicas para pensar el análisis de discursos sociales con horizonte transdisciplinario</u>	
5.3.1	<u>Aclaraciones preliminares: acerca del “giro lingüístico” y la Teoría del Discurso</u>	
5.3.2	<u>Discursos sociales</u>	
5.3.3	<u>Significantes vacíos y hegemonía</u>	
5.3.4	<u>Antagonismo, dislocación, hegemonía</u>	
5.3.5	<u>Posiciones de sujeto y sujeto</u>	
5.3.6	<u>Categorías de retraditionalización y desplazamiento</u>	
6.	<u>MARCO METODOLÓGICO.....</u>	<u>53-58</u>
6.1	<u>Definición espacio temporal</u>	
6.2	<u>Criterios y procedimiento para el análisis de discursos sociales</u>	
6.2.1	<u>Abordaje operacional para el análisis de discursos sociales</u>	
6.3	<u>Proceso de construcción de la base empírica para el análisis</u>	
6.3.1	<u>Corpus principal</u>	
6.3.2	<u>Relevamiento</u>	
6.3.3	<u>Procedimientos</u>	
6.3.4	<u>El trabajo sobre los contenidos y otras fuentes</u>	
6.4	<u>Acción transversal a los procesos: nexos entre teoría-observación</u>	
6.5	<u>Acerca de los medios gráficos como espacio público</u>	
6.6	<u>Definición de actores sociales y criterio de nominación</u>	
6.6.1	<u>Definición de actor social para el análisis</u>	

6.6.2	<u>Criterios éticos de nominación de actores y acontecimientos</u>	
6.6.3	<u>Desarrollo de línea de tiempo histórico-discursiva</u>	
7.	<u>RECORRIDO Y ANÁLISIS DE DISCURSOS SOCIALES....60-124</u>	
7.1	<u>Legitimación del campo reproductivo. Moral y retórica de “ciencia autónoma”.....61-79</u>	
7.1.1	<u>Campo reproductivo en formación: entre la legitimación y la moral</u>	
7.1.2	<u>Pujas y alianzas por la legitimidad de las TRHA</u>	
7.1.3	<u>TRHA y moral: ¿El Estado pide una franca intervención?</u>	
7.1.4	<u>Proyectos de ley restrictivos</u>	
7.1.5	<u>Divergencias morales y alianzas de un campo reproductivo en formación</u>	
7.1.6	<u>Primera aparición en la escena pública de los Grupos de Pacientes</u>	
7.1.7	<u>“Población congelada”</u>	
7.1.8	<u>Acerca de la agenda política del movimiento de mujeres en los ´90</u>	
7.1.9	<u>Avances tecno-científicos y procesos de medicalización</u>	
7.1.10	<u>Un llamado a la credibilidad técnica: hacia la legitimación del campo</u>	
7.1.11	<u>¿Modelo de ciencia “autónoma” o de mercado?</u>	
7.1.12	<u>Casuística: el padre récord y la súper mamá</u>	
7.2	<u>Auge del mercado reproductivo. Un histórico vacío legal.....81-102</u>	
7.2.1	<u>Reconfiguraciones discursivas en el campo reproductivo</u>	
7.2.2	<u>Turismo reproductivo: cadenas discursivas diferenciales</u>	
7.2.3	<u>Vacío legal, mercado diversificado y retradicionalización</u>	
7.2.4	<u>La semilla de un debate político pendiente: “Vivimos en una época de euforia reproductiva”</u>	
7.2.5	<u>Pujas por el reconocimiento de la infertilidad como enfermedad</u>	
7.2.6	<u>Visibilización y posicionamientos de los primeros “grupos de pacientes” en el país</u>	
7.2.7	<u>Viejas tensiones y matices diferenciales en torno al estatuto del embrión</u>	
7.2.8	<u>Nuevas demandas políticas, nuevos sujetos de derecho</u>	
7.2.9	<u>Judicialización creciente</u>	
7.2.10	<u>Embarazo múltiple: posdata discursiva</u>	
7.2.11	<u>Casuística: mercado, hegemonía reproductiva y diversidad sexual</u>	
7.3	<u>Logros legislativos. Estado de situación.....125-126</u>	
7.3.1	<u>Antecedentes previos a la sanción de la Ley Nacional</u>	
7.3.2	<u>Repercusiones en torno a la sanción de la Ley Nacional 26.862</u>	
7.3.3	<u>Obstáculos para el acceso a la cobertura</u>	
7.3.4	<u>Nuevo Código Civil: viejos y nuevos posicionamientos</u>	
7.3.5	<u>Donación: salud y derecho a la identidad (genética) en Argentina</u>	
7.3.6	<u>Procreación solidaria o explotación reproductiva</u>	
7.3.7	<u>Casuística: derecho reproductivo y espectáculo</u>	
8.	<u>CONCLUSIONES.....126</u>	
9.	<u>BIBLIOGRAFIA.....131</u>	
10.	<u>ANEXOS.....137</u>	
10.1	<u>Cuadro de registro de corpus de medios gráficos</u>	
10.2	<u>Guía de observación para el análisis discursivo</u>	
10.3	<u>Desarrollo de línea de tiempo histórico-discursiva</u>	
10.4	<u>Evaluación de Beca UBACyT 2010</u>	
10.5	<u>Marcos normativos y otros documentos.</u>	

1. INTRODUCCIÓN

La presente es una tesina de licenciatura de la Carrera de Ciencias de la Comunicación Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, y se enmarca en el campo de la Comunicación y Salud. Se propone como objetivo general reflexionar y analizar a través del análisis de los discursos sociales la constitución histórica de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) como *derecho reproductivo* en Argentina, desde una perspectiva crítica desde el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SyDDSSyRR).

Para realizar esta aproximación teórica y empírica, se realizó un estudio cualitativo y exploratorio de los discursos sociales en momentos clave del tratamiento público de la cuestión en el país, con especial atención hacia los previos y posteriores a la sanción de la Ley Nacional 26.862/13 de “*Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*”. El *corpus* principal son notas de medios gráficos nacionales (*Clarín, La Nación y Página 12*) publicadas entre 1985 y 2017 y de las cuales se seleccionaron los años: 1997, 2002/5, 2009/10, 2013 y 2017.

Este estudio conceptualiza a las TRHA como un dispositivo socio-cultural y político. Asimismo, al abordar la producción social de significaciones sociales, comprendemos la inscripción de estas prácticas dentro del campo de la SyDDSSyRR. Campo atravesado por los procesos de “luchas democráticas” (Laclau y Mouffe, 1987). Partimos de que existe una pluralidad de espacios políticos y de formas de constitución de sujetos colectivos. Lo político es, desde nuestro marco teórico, una experiencia generalizada, a diferencia de aquellas teorías que atribuyen estas prácticas a un subsistema social.

El acceso a las TRHA es considerado hoy un derecho reproductivo. Esto no siempre ha sido así, por eso nos preguntamos por su constitución histórica como tal. Sostenemos que esta cuestión ha nacido y se ha desplegado en contextos de desafección política en nuestro país, y que ello ha contribuido a las particularidades de su actual conformación. Se trata de un recorrido por distintos momentos clave del tratamiento público del tema. Al comenzar la investigación, partimos del supuesto de que la producción social de significaciones sobre las TRHA a lo largo de su historia se hallaba atravesada por un entramado ideológico neoliberal, tecnologista y despolitizador. No obstante, la reflexión se amplió durante el análisis. Luego de reconstruir la cuestión, y a la luz de las dinámicas socio-políticas de los últimos años, se ampliaría el margen para la capacidad

de agencia de colectivos y grupos, en el camino de fortalecimiento de esta práctica social como un derecho reproductivo.

Si bien a nivel social y académico se han generalizado argumentos sobre el deseo de “hijo propio” y la maternidad como derecho, es cierto que también la reproducción médicamente asistida puede resultar un buen ejemplo de cómo la lucha por los derechos humanos no puede asimilarse a la lógica del libre mercado, sin que los nuevos derechos terminen constituyéndose en nuevos mandatos para las mujeres y personas con capacidad de gestar. Urge la necesidad de acceso a las luchas democráticas de las cuestiones sociales que hacen a las prácticas reproductivas y tecnológicas, fomentando debates sociales de fondo sobre la salud y los sujetos políticos, la bioética y las biotecnologías en nuestro país.

Esta tesina tiene como antecedente la elaboración de un proyecto realizado en el marco de una Beca Estímulo UBACyT. La beca me fue otorgada por la UBA en 2010 y se inscribió en el Proyecto UBACyT SO25: *“Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 1994-2008: un consenso estable en el espacio globalizado de opinión”*, dirigido por la Dra. Mónica Petracci; con sede en Instituto de Investigaciones Gino Germani. Durante esta investigación han sucedido importantes cambios en materia legal y social sobre las TRHA en nuestro país. Por lo que el trabajo propuesto se ha planteado una serie de desafíos en la tarea de revisión y actualización del *corpus*, estados del arte y en la formulación de reflexiones teóricas a la luz del dinámico contexto.

Organización de los capítulos

Para comenzar, se ha elaborado un estado del arte, contextual, conceptual e investigativo, en el cual se presentan dimensiones y definiciones básicas sobre la temática, así como un conjunto de datos, marco normativo, enfoques, aportes e investigaciones precedentes, que han sido significativos en la construcción del marco interpretativo de la salud y derechos reproductivos. En el marco metodológico, se detallan procedimientos y criterios en torno al análisis de discursos sociales, los criterios de recorte temporal, las estrategias del relevamiento y procesamiento, la conformación de herramientas complementarias y aclaración de algunos conceptos-supuestos básicos. En el capítulo del marco teórico, partiendo de las intersecciones propias del campo de la Comunicación y Salud y el de los Derechos Sexuales y Reproductivos, abordaremos a las TRHA como un dispositivo signifiicante socio-cultural y político. La

reflexión teórica tiene en cuenta tanto los marcos teóricos comprensivos generales como los sustanciales, enfocados en la construcción y abordaje del objeto de estudio. En cuanto al capítulo de análisis de los discursos sociales, de modo transversal a los años seleccionados, se han identificado tres momentos diferenciados, de los cuales dichos años, resultan significativos: 1º) *Momento fundacional* (auge, 1997) marcado por tensiones en su legalización, bajo una moral punitiva y por la búsqueda de legitimación del campo reproductivo tecno-científico. 2º) *Momento de crecimiento del mercado reproductivo neoliberal* (2002) y cuando se perfila la *demandas por el “vacío legal”*. 3º) *Momento de logros legislativos* a nivel nacional (2009/10 y 2013). Finalmente consideramos el año 2017, dentro del último momento construido y posterior a la sanción de la ley nacional 26.862 (a cuatro años de la aplicación, a uno del funcionamiento del Programa Nacional de RMA (MSN) y, también, año de creación del Comité Asesor *AD HOC* en dicho ámbito. Finalmente, realizaremos conclusiones generales, recuperando los primeros interrogantes y proponiendo nuevas reflexiones.

2. AGRADECIMIENTOS

Esta tesina con la que culmino mi Licenciatura en Ciencias de la Comunicación Social, ha significado un inmenso proceso de aprendizaje, de recorridos, de entusiasmo y de silencios: de tiempos amplios para la observación y la reflexión de acontecimientos que se fueron dando en Argentina acerca de la cuestión social que aquí se aborda. Tengo mucho que agradecer a mi tutora, la Dra. Mónica Petracci, además de por su generosidad al brindarme herramientas académicas, por su integridad, respeto y confianza.

Agradezco especialmente a la Dra. Milca Cuberli, con quien trabajo hace años y quien me transmitió su pasión por la Comunicación y Salud. Por su honestidad, capacidad y compañerismo.

Asimismo, quiero brindar un gran abrazo a mis compañeros/as de la Cátedra Cardoso del Taller Cuatrimestral de Comunicación Comunitaria y, en especial, a la Profesora Gladys Sean. También agradezco profundamente a mi familia y a mi sobrino Martín, a quien le debo muchas horas de tía.

Finalmente, quiero agradecer a quien/es lea/n este trabajo, que comparto con la intención de seguir investigando, aprendiendo y dialogando.

3. GLOSARIO

CEDES: Centro de Estudios de Estado y Sociedad

CEGyR: Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción

CoNDeRS: Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales

CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

DGP: diagnóstico genético preimplantatorio

FIV: fertilización *in vitro*

IA: Inseminación Artificial

ICSI: inyección intra-itoplasmática de espermatozoide

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

OD: Ovodononación

OMS: Organización Mundial de la Salud

PMO: Programa Médico Obligatorio

RedLARA: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida

ReFES: Registro Federal de Establecimientos de Salud

SAMeR: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (ex – SAEyF / SAEF)

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

TRHA: Técnicas de Reproducción Humana Asistida

SyDDSSyRR: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

4. ESTADO DEL ARTE: CONTEXTUAL, CONCEPTUAL E INVESTIGATIVO

La salud sexual y reproductiva se incorporó a la agenda pública nacional desde los años '90. Desde entonces a nivel nacional han confluído procesos sociopolíticos y normativos de diverso tipo (Petracci 2004; CEDES 2006; Petracci y Pecheny 2007) En las últimas década se ha generado un desplazamiento a nivel de la significación social que marca un pasaje de una situación predominantemente restrictiva y llena de omisiones a otra en la que la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos fueron adquiriendo mayor visibilidad pública, con una paulatina incorporación renovada de estos temas a nivel institucional y programático en los diversos niveles de la política pública.¹

En la actualidad las políticas públicas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos pueden interpretarse como en un momento de transición en un proceso en el que se ha venido enfrentado varios obstáculos ideológico-políticos.² Sin embargo, estas cuestiones han venido adquiriendo cierta visibilidad no solamente en la opinión pública sino también en términos legales e institucionales. Bajo las circunstancias antes descritas, fue a comienzos de la década de los años 90 que emergieron nuevos temas sobre sexualidad y reproducción en la agenda de los medios de comunicación. Uno de esos temas fue las TRHA. El surgimiento e inicio del proceso de expansión de dichas técnicas en el país se ubica hacia mediados de los años '80. En 1985 el Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción (CEGyR) comenzó el primer ciclo de pacientes de fertilización in vitro. Es así que en el año 1986 se produjo el primer caso de nacimiento de trillizos. Los años '90 estuvieron marcados, simultáneamente, por la caída persistente de la calidad de los servicios públicos de salud y por la constitución de una oferta de tipo privatizada como resultado de políticas de corte neoliberal. En simultáneo a dicho proceso histórico, Argentina ha venido integrando los primeros puestos en la Región en el número de ciclos reportados sobre procedimientos de TRHA³ de acuerdo a información publicada los últimos años por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.⁴ Entre las principales problemas que caracterizan a los

¹ CEDES 2006; Ramos 2007; Petracci y Pecheny 2007; CoNDeRS 2008, Petracci *et.al.* 2012; Straw 2017.

² Por ejemplo, considerando que la Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue aprobada en 2002, luego 20 años de la vuelta de la democracia y tras resistencias conservadoras que persisten en la actualidad. Del mismo modo, las leyes de Matrimonio Igualitario y de Identidad de Género.

³ RLA entiende como *ciclos* de reproducción asistida, a la suma de los ciclos iniciados de FIV/ICSI/GIFT/TOMI, más las transferencias de embriones congelados/descongelados y las de embriones producto de ovodonación frescos y congelados/descongelados.

⁴ El Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), fundado en 1990, es un órgano de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Sus funciones son la recopilación, análisis y publicación de los procedimientos de Reproducción Asistida (RA) realizadas en los centros acreditados o afiliados a la RED. El

servicios reproductivos en la actualidad en nuestro país, Straw (2017:187) identifica cinco: nivel de prioridad de cobertura pública de TRHA; fuentes de financiamiento de esta actividad, el tipo y amplitud de cobertura médica, las barreras que tiene las personas usuarias de estos procedimientos y la calidad y masividad de los servicios médicos brindados

A continuación, se presentan dimensiones y definiciones básicas así como un conjunto de datos y enfoques que han sido significativos para aproximarnos a la cuestión desde un marco interpretativo de la salud y derechos reproductivos. Finalmente, haremos una pronta sistematización de aportes principales e investigaciones antecedentes realizadas en especial desde las ciencias sociales, que específicamente sirven al abordaje del objeto de estudio; también haremos un repaso sobre los aportes enmarcados en la producción de tesinas de grado de la Carrera.⁵

4.1 Inserción de las Técnicas de Reproducción Asistida en el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Partimos de una inserción, no sin tensiones, de las TRHA en el contexto del campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos (SyDDSSyRR). El proceso de conceptualización y consenso sociopolítico de los derechos sexuales y reproductivos se halla abierto, atravesado por un conjunto de tensiones en una arena de lucha donde persisten tendencias morales de tinte conservador, a nivel político, sociocultural y jurídico. La denominación "derechos reproductivos" tiene un origen relativamente reciente: fue adoptada en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Amsterdam (1984). El debate de Ámsterdam estableció un primer consenso global de los derechos reproductivos entre los movimientos de mujeres involucrados en estos temas (Correa, 2003). Durante la última década del siglo XX se explicitó un concepto de salud sexual y reproductiva basado en la definición de salud aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Concepto que se extenderá a una definición integral de la salud sexual y reproductiva a partir de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, llevada a cabo en

RLA es parte del International Committee Monitoring Assisted Reproduction Technologies (ICMART), responsable de colección y publicación del registro mundial de reproducción asistida. En las últimas décadas esta red ha incrementado su cobertura e incluye más del 80% de los ciclos de reproducción asistida realizados en la región. En la actualidad, reporta que 140 centros ingresan voluntariamente su información en un programa en línea, y la oficina central recopila y analiza los datos.

⁵ Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Cs.Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Beijing en 1995. La CIPD conceptualizó a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permiten los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (PA de la CIPD, párrafo 7.2).

Al referirnos al campo SyDDSSyRR es habitual el conceptualizar primero las cuestiones vinculadas con la anticoncepción y la sexualidad y, sin embargo, la sexualidad y la reproducción en tanto concepción también involucran a estos derechos. La atención de la salud reproductiva implica métodos, técnicas y servicios que pueden contribuir a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (PA de la CIPD, párrafo 7.2). De esta última acepción se puede desprender el acceso a los métodos reproductivos médicamente asistidos, incluyendo las tecnologías diseñadas para tratar la infertilidad para permitirles a las parejas o personas infértiles –o con impedimento para su reproducción– tener hijos. También, ante todo, desde este punto de vista, incluye la necesidad de políticas públicas que promuevan y sustenten estrategias adecuadas para prevenir problemas de salud sexual y reproductiva que pudieran afectar de distinto modo la capacidad reproductiva de las personas y parejas, en el ejercicio del derecho a la planificación familiar.

Por otro lado, en 2016 el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales publicó su Observación General 22 que dedicó al “Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva integrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (artículo 12). En este documento se advierten numerosas barreras al acceso pleno al derecho a la salud sexual y reproductiva, en particular para mujeres y niñas en todo el mundo. Barreras legales, procedimentales y de prácticas sociales instaladas (instalaciones, servicios, bienes e información). Señala que múltiples grupos en la población tienen mayormente restringido el acceso a este derecho y sufren distintas formas de discriminación: personas LGBTI y personas con discapacidad. Asimismo, el Comité subraya que la atención integral de la salud contiene cuatro elementos esenciales interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En particular allí se remarca: “La omisión o negativa para incorporar los avances tecnológicos e innovaciones en la prestación de servicios de salud sexual y

reproductiva, tales como medicamentos para el aborto, tecnologías y avances en el tratamiento del VIH y de reproducción asistida, pone en peligro la calidad de cuidado”.⁶

4.2 Aproximación al campo de la salud y su matriz neoliberal

Partimos del supuesto de que las formas de integración de la cuestión TRHA como derecho reproductivo y las condiciones que definen los modos de legislación y gestión sanitaria, se hallan atravesados por las configuraciones de una matriz ideológica neoliberal de los campos (Bourdieu, 1997) de la salud y del mercado reproductivo en nuestro país. Argentina atraviesa junto con otros países una *transición epidemiológica* marcada por tendencias a largo plazo entre las que se pueden mencionar la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, sin embargo en el país persisten riesgos sanitarios propios de los países “en desarrollo” (OPS, 2011). Los procesos de descentralización que tuvieron lugar hacia fines de los 70 y principios de los 90 han sido un factor básico en este proceso de desigualdad, desde una perspectiva política neoliberal. Los tres subsectores: público, seguridad social y privado, se hallan fragmentados y faltos de coordinación y articulación entre las partes. Eso ha limitado la conformación de un sistema de salud solidario, equitativo, eficiente y universal (OPS, 2007). Es por eso que existen grandes diferencias de cobertura de salud hacia el interior del país. La fragmentación mencionada puede ser caracterizada como de derechos, institucional y territorial y una mayor articulación implicará una reformulación del sistema de salud a nivel estructural (OPS, 2011).

Se ha observado que la incidencia de la infertilidad es mayor en países pobres, donde el acceso a los servicios de salud es más restringido (OMS, 2001). Para Luna (2002) la infertilidad resulta en América Latina un problema que puede funcionar como un indicador de las desigualdades en el acceso a la salud y señala que, en nuestra región, la mayoría de los problemas de fertilidad se deben a dificultades en el acceso a la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, como parte de una tendencia en el campo de la salud, se despliega un mercado de la salud reproductiva, cuyo funcionamiento requiere de redes que organicen y nucleen en asociaciones distintos centros, clínicas y laboratorios, no sólo desde el interés en el desarrollo de la medicina reproductiva, sino en pos del asesoramiento e intermediación comercial. Estructuras dedicadas

⁶ A nivel de la jurisprudencia internacional, se registra una sentencia de 2012 de la CIDH contra Costa Rica por los daños producidos a un grupo de personas dada la prohibición de realizar la práctica de fecundación in vitro (FIV). Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica en 2000 argumentó que la FIV significaba la manipulación de personas, declarando así la inconstitucionalidad de algunas disposiciones de la normativa de ese país en materia de TRHA. En aquel fallo la CIDH considera que la prohibición de la FVI puede afectar tanto a hombres como a mujeres y les puede producir impactos desproporcionados diferenciados por la existencia de estereotipos y prejuicios en la sociedad (CIDH, 2012/6).

principalmente a optimizar el funcionamiento y rentabilidad de estas entidades, más que a atender ciertas problemáticas de fondo.⁷

El campo de las biotecnologías, los laboratorios y las corporaciones médicas, pone en juego grandes inversiones e intereses que se inscriben en la lógica de mercado de la salud. En general, los mismos médicos, investigadores e institutos privados se han ido creando/formando, integrando o visto empujados, en ocasiones, a ese funcionamiento: “Los científicos, los departamentos de investigación y hasta las universidades pasaron a tener participación económica directa en las empresas biotecnológicas. Surgió un nuevo “ethos” académico, la figura del investigador empresario forma parte de la vida normal de la comunidad científica...” (Ávila Vázquez, 2007:242). El campo de las TRHA se ha desarrollado a pasos amplios en la región y en el mundo, luego del primer nacimiento por FIV en 1978 en el Reino Unido. En la actualidad configura un mercado que mueve billones de dólares, agrupando empresas transnacionales, clínicas de Reproducción Médica Asistida, bancos de semen, embriones y óvulos, agencias que proceden como mediadoras para la administración, compra y venta de insumos y de material genético y procedimientos que implican la subrogación de vientres para terceros (Machin EN: Straw, *et al*, 2017b).

4.3 Antecedentes y situación actual del marco normativo de TRHA en Argentina

Argentina durante décadas no contó con una regulación de las TRHA a nivel nacional, atravesando procesos en los que proyectos de ley de carácter más restrictivo o permisivo, iban perdiendo estado parlamentario. Sin embargo, entre 2009 y 2010 se fueron aprobando resoluciones y leyes a nivel provincial⁸ que disponían la cobertura médica, en general, de los casos que resultasen diagnosticados médicamente como “infertilidad”, con menores o mayores limitaciones en el acceso; dichas normativas no redujeron procesos de judicialización contra las entidades prestadoras de salud (Palopoli, 2012)⁹ que, incluso en la actualidad aunque en forma y potencia diferentes, tienden a resistirse a brindar cobertura parcial o total.

⁷ Existen entidades en el campo reproductivo que brindan asesoramiento asimilable al que realizan las cámaras empresarias, asesorando a profesionales, centros de fertilidad en aspectos operativos, compras de insumos, etc. Y oficiando de intermediarios comerciales y con financiadores. Por ejemplo, la Asociación Argentina de Centros de Reproducción Asistida, creada en 2008 y conformada por profesionales con amplia experiencia en la especialidad, reúne centros y especialistas del país y la región.

⁸ La Pampa (SEMPRE), Res. 450/09. Entre Ríos (IOSPER), Res 206/09. Córdoba, Ley 9625 (Apross), Res. 168/09. Río Negro, Ley 4557, se previó cobertura de IProSS para tratamientos de baja complejidad y se destinan Fondos provinciales –ley 2753, Art. 31- para tratamientos de alta complejidad. Buenos Aires: Ley provincial 14.208.

⁹ En general, la jurisprudencia a nivel nacional ha tendido a admitir que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga se encuentran obligadas a cubrir estos tratamientos. Del total de las sentencias relevadas por el Observatorio de salud de la Facultad de Derecho de la UBA,⁹ durante 2009 se rechazó el

Tanto ONGs de pacientes como sectores religiosos, profesionales y políticos fueron pujando por y a través de disímiles proyectos de ley de carácter más restrictivo o más permisivo. ONGs de pacientes y sectores biomédicos han remarcado, como veremos, la importancia del reconocimiento de la infertilidad como enfermedad y la necesidad de la inclusión de estas prácticas dentro del PMO (Programa Médico Obligatorio). Ahora bien, el PMO no involucra necesariamente la prestación de un servicio en salud a nivel público, por lo que en gran medida los reclamos no han logrado superar una marca sectorial (Ariza 2008; Palopoli, 2011; Cuberli *et al.*, 2012).

Tuvieron que pasar casi tres décadas hasta lograr una ley nacional. Tras largas marchas y contramarchas y en confluencia con las demandas en torno del “vacío legal”, como abordaremos más adelante, recién en 2013 se sanciona la Ley 26.862 de “Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida”, a través del sistema de salud público, de seguridad social y privado, para todas las personas mayores de edad, sin discriminación por orientación sexual o estado civil. Esta ley enuncia un enfoque interdisciplinario para el abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y TRHA y pauta el carácter no lucrativo ni comercial de la donación de gametos. Esta norma se rige de los criterios de la OMS y fija como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud e la Nación y, en lo que compete a la Superintendencia de Servicios de Salud. Su reglamentación (Decreto 956/2013) entre otras cosas plantea que la autoridad de aplicación será la encargada de integrar nuevos procedimientos y técnicas a las coberturas, siempre que éstos demostrasen “eficacia y seguridad con el nivel de evidencia.” (Art.2).

Por otro lado, la Ley nacional citada, prevé crear un conjunto de medidas de centralización: Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFES) (Art.4); Sistema Integrado de Información Sanitaria, con datos de dichos establecimientos en todo el territorio nacional. Llega a pautar la cantidad de procedimientos de baja y alta complejidad cubiertos por el PMO. Descarta que la “infertilidad o imposibilidad de concebir un embarazo” sea contemplada como situación de preexistencia. No obstante, la ley ni su reglamentación, alcanzaron a regular las TRHA en sí mismas ni a pleno en términos de derecho reproductivo, sino más bien la regulación se limitó a afrontar la cuestión de la cobertura de salud dentro del PMO y pronunciarse en la intención de

63% de los casos de amparos, sin embargo desde 2010 comienza a hacerse observable un otorgamiento de cobertura para la mitad de los reclamos; entre 2009 y 2010 se concedió cobertura médica en un 40% de los casos (el 78% fue dada cobertura integral y el 22%, cobertura parcial).

procurar accesibilidad a nivel del servicio público de salud. Entre otras consideraciones significativas, se plantea la realización de campañas sanitarias para la promoción del cuidado de la fertilidad a cargo del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; aunque *a posteriori* se pondrá en funcionamiento el Programa nacional específico a ley que regula las TRHA.

En términos normativos las personas y parejas usuarias de las TRHA, al fin en términos legales, se hallarían amparadas por aquella Ley, el Código Civil y Comercial de la Nación y los Tratados Internacionales. Es un paso significativo que se enuncie tanto la infertilidad como la imposibilidad de concebir, integrando potencialmente a distintos sujetos de derecho (parejas del mismo sexo, mujeres lesbianas, mujeres solas, varones trans, etc.). Luego de décadas de un “vacío legal”, en el nuevo Código Civil, se reconoce el derecho a la información de las personas nacidas por estas técnicas. Aquellas personas gestadas con gametos de un/a donante, tienen la posibilidad de conocer la identidad del/a donante. Ahora bien, los organismos de aplicación de la Ley de Reproducción Humana Asistida en el país, todavía no han conformado un registro central de donantes, con lo cual además de la salud de las mujeres, se ve afectada la administración pública el derecho a la información incluso para las personas nacidas en cuanto a antecedentes de salud y su derecho a una identidad genética, de modo amplio. Como iniciativa privada existe el programa PIA (Programa de Identidad Abierta) al que pueden acceder las usuarios/as de TRHA por donación, con un costo adicional.

En lo que respecta a la salud de la persona donante de óvulos, en Argentina, sus derechos están vulnerados ante los vacíos en la regulación. Hasta la fecha, una mujer donante que en un centro se le dice que (según pautas médicas no uniformes, según observa Ariza, 2016) ha alcanzado el límite recomendable de ovodonaciones (OD) para su salud, puede movilizarse a cualquier otro centro de fertilidad del país. Aquella mujer, entonces, podría seguir expuesta a intervenciones de riesgo en OD y percibir un incentivo monetario a cambio en centros reproductivos privados del país. Tal transacción está extendida y aceptada en la práctica, y refiere un aspecto que también queda fuera del marco legal actual, que estipula que “la donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial”.

Por otro lado, años siguientes el Ministerio de Salud de la Nación establecerá algunas regulaciones significativas, que resultan aún incipientes: el Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (Res. 2190/2016); la aprobación del anexo del Código Civil de la Nación que establece en materia de Filiación y Relaciones de Familia,

que la primera puede tener lugar por naturaleza, por TRHA o por adopción y que todas estas formas de filiación tienen ante la ley los mismos efectos (Art. 558). En el caso de las TRHA (Arts. 560, 561) se establece el procedimiento legal de consentimiento informado, incluida la determinación de la filiación y no generando vínculo jurídico alguno en el caso de donación de gametos de terceros; también promueve regular la validez de los consentimientos informados de las personas nacidas por TRHA con antelación a la vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, con el objeto de garantizar los arts. 7 y 8 de la Convención de los Derechos del Niño y art. 11 de la ley N° 26.061 (Ley de Protección Integral de las niñas, niños y adolescentes). En 2018 el Ministerio de Salud de la Nación limitó la edad para la cobertura de los procedimientos de FIV (Resolución 1044/2018) bajo la evidencia recabada de institutos y agencias nacionales e internacionales en la materia, contemplando los riesgos en los embarazos tardíos para la morbilidad materna, el riesgo de anomalías cromosómicas, la reducción de la tasa de éxito reproductivo (en particular con óvulos propios de la mujer). Por lo que dicha entidad resolvió: limitar TRHA para mujeres de hasta 44 años con óvulos propios al momento de acceder al tratamiento; y hasta los 51 años para todo procedimiento con óvulos donados; contempla el supuesto de que la mujer entre los 44 y 51 años puede utilizar óvulos propios en caso de haberlos criopreservado antes de los 44 años.

Finalmente, entre las nuevas disposiciones del MSN en TRHA, en junio de 2018, se estableció la cobertura del cien por ciento de medicamentos de TRHA, que deberá ser brindada por los agentes de salud. Históricamente en el país leyes y resoluciones provinciales han puesto límites en la edad de la mujer para recibir la prestación de TRHA bajo criterios poco claros en sus fundamentos, explicitados o no y, como el caso que sigue, resultaban arbitrarios o no fundados en evidencia. Por ejemplo, a mediados de 2011, el tribunal de Trabajo N° 2 de Lanús,¹⁰ determinó que el artículo 4 del Decreto reglamentario 2980/10 de la Ley de Fertilización Asistida provincial 14.208 en aquel momento, era inconstitucional debido a que limitaba la posibilidad de recibir tratamiento a mujeres de entre 30 y 40 años. Los jueces del tribunal consideraron que el artículo restringe el derecho a la salud y va en contra de lo establecido por la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Reforma constitucional de 1994).

¹⁰ Fue ante el reclamo de una mujer de 42 años al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), que le había denegado la práctica médica. "A. A. y otro c/ IOMA (Instituto de Obra Médico Asistencial) s/ amparo" – TRIBUNAL DEL TRABAJO N° 2 DE LANÚS (Buenos Aires) – 29/06/2011.

En la actualidad, pese avances en materia legal y normativa y a la *retórica del cuidado* (Ariza 2016) hasta la actualidad y a la luz del estado del arte, el marco teórico y el *corpus* estudiados, persiste la preocupación por la parcialidad, alcance y efectivo acceso a la salud y derechos reproductivos de las personas que atraviesan las prácticas de TRHA, en particular de las mujeres.¹¹ Quedan aún vacantes, junto al efectivo acceso, el complejo entramado de prácticas que llevan adelante los centros privados y especialistas dentro del campo reproductivo y la contemplación hacia consecuencias para la salud como los riesgos y tendencias sostenidas en la región en cuanto a embarazos múltiples, la institucionalización de criterios biomédicos dispares e indiscutidos en prácticas de donación de gametos (en particular, OD), etc.

4.4 Definiciones y características de las TRHA

A continuación buscamos hacer explícitas algunas características y definiciones que forman parte de las controversias y que suman para dimensionar estas prácticas como una cuestión de derecho a la salud, atravesada por tensiones y vías de institucionalización. En el presente trabajo la terminología empleada sobre estas técnicas si bien apuntará a utilizar las siglas TRHA,¹² tendrá algunas variaciones.¹³

Diversos autores y actores suelen utilizar nombres distintos para la misma práctica. En cuanto a la expresión “fertilización asistida”, ésta se observa predominante en el *corpus* periodístico relevado, donde intervienen diversos actores y particularmente, en los primeros años de aparición pública del tema en la agenda de los medios. En cuanto a la bibliografía proveniente de las ciencias sociales y humanas, se han elaborado definiciones reflexivas sobre los usos y aplicaciones de estas técnicas. Lucía Ariza (2008: 8) define las “tecnologías reproductivas” como “...el conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o de intervención y la medicina experimental, se proponen como una respuesta, más o menos efectiva en términos de sus resultados, a la ausencia de hijos no voluntaria de individuos o parejas.” Por su parte, Chatel (2004) se encarga de hacer una distinción entre “asistido” y “artificial” al definir a las “Procreaciones Médicamente Asistidas” (PMA) como las que incluyen todos los casos donde no hay obstáculos irreversibles para concretar un

¹¹ Sin detenernos el despliegue de datos científicos e imaginarios sociales acerca del trabajo con células madre, la eugenesia o, incluso, la clonación, que forma parte de los discursos sociales que emergen en nuestro *corpus*.

¹² Con motivo de hallar una unificación allí donde no se trate significantes a analizar, y por ponderar la palabra “Humana”, por sobre otras expresiones que lo omiten o remarcan “Médicamente”.

¹³ Variaciones como: fertilización asistida, técnicas de reproducción asistida, tecnologías reproductivas, reproducción artificial, reproducción médicamente asistida).

embarazo. Mientras que denomina “Procreaciones Artificiales” a aquellas técnicas de sustitución, paliativas y no reparadoras, como es el caso de la fecundación in vitro (FIV). Estas técnicas “artificiales” no son terapéuticas. Es decir, si la FIV funciona, ello no implica que la infertilidad esté curada. Si bien, por ejemplo, la FIV es un nuevo modo de reproducción, produce la ilusión de ser un método que revierte, *per se*, la infertilidad (Chatel, 2004).

Por otro lado, la denominación “Técnicas de Reproducción Asistida” (TRA) es frecuente en la bibliografía de la OMS y del campo de la medicina reproductiva en general, como la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Red LARA) y la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR).¹⁴ La OMS se ha preocupado por la unificación de los términos vinculados con la medicina reproductiva en todo el mundo. Sin embargo, la forma en que se denominan y aplican estas prácticas en el campo biomédico varían según los diferentes contextos y, por eso, los profesionales de la OMS manifiestan que resulta difícil la tarea de estandarizar y comparar los procedimientos entre los distintos países y regiones (OMS, 2009).¹⁵ La Inseminación Artificial (IA) en aquel glosario se la entiende como “Reproducción Médicamente Asistida” (RMA) de baja complejidad. Sin embargo, aunque la IA involucre aspectos a considerar en lo referido a la salud de las mujeres,¹⁶ hay que destacar que éstos se condensan en las técnicas de alta complejidad: que potencia la intervención sobre los cuerpos, incluye la manipulación de ambos gametos, cigotos y embriones, lo que profundiza los dilemas bioéticos y desafíos para afrontarlos a nivel político, socio cultural como legislativo.

En cuanto a las técnicas utilizadas pueden ser de baja y alta complejidad: son de “baja complejidad” en los casos en que la unión entre óvulo y espermatozoide se lleva a cabo dentro de la trompa de Falopio; eso incluye, por ejemplo, la estimulación ovárica y la inseminación intrauterina. Se trata de técnicas de “alta complejidad” cuando la unión óvulo-espermatozoide se realiza en el laboratorio, lo que conlleva extraer los óvulos del organismo de la mujer; eso incluye, por ejemplo, la inyección intra-citoplasmática de

¹⁴ SAMeR representa a la República Argentina ante entidades como la IFFS (International Federation of Fertility Societies), FLASEF (Federación Latinoamericana de Sociedades de Medicina Reproductiva), y ASRM (American Society of Reproductive Medicine).

¹⁵ La traducción pertenece al glosario en español publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, con autorización de la OMS (2010).

¹⁶ Para la OMS la RMA es la “...reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante” (OMS, 2010: 9 [2009]).

espermatozoide (ICSI) y la fertilización in vitro (FIV).¹⁷ Entre estas técnicas se practica la crioconservación de ovocitos, de espermatozoides, de tejido ovárico y de preembriones¹⁸ los diagnósticos genéticos preimplantatorios (DGP) para saber si los embriones obtenidos presentan alguna alteración cromosómica; y el *assisted hatching*, que favorece la salida del embrión de la cubierta glico-proteica. A su vez, la forma de fertilización puede ser homóloga, cuando se realiza con células germinales de la pareja que recibirá el tratamiento, o heteróloga, cuando se realiza con células germinales provenientes de terceros. Como veremos más adelante, el tratamiento de los dilemas que ponen acento en el estatuto del embrión no debería omitir otras disyuntivas, en especial las que ponen en juego la salud de la mujer en estos procedimientos, tanto de baja como de alta complejidad.

4.5 Implicancias para la salud y dilemas de las TRHA

El desarrollo de estas técnicas ofrece distintas posibilidades reproductivas, pero al mismo tiempo implican bajas probabilidades de éxito, y riesgos para la salud, junto con dilemas bioéticos, socio-sanitarios y jurídicos. Todos estos son aspectos a considerar, por ejemplo, al momento de investigar, promover políticas de salud e investigación y legislar (CECTE 2002; Luna 2008). Veremos a continuación un pronto y variado recorrido bibliográfico reflexivo acerca de estas cuestiones.

En primer lugar, cabe mencionar que la principal razón de ser que ha promovido y legitimado el desarrollo y aplicación de las TRHA ha sido la infertilidad entendida como enfermedad. En 2003 la OMS estimó que en los países en desarrollo (exceptuando China) había más de 186 millones de parejas con problemas de fertilidad (Butler, 2003). Recién en 2009, la OMS y el Comité Internacional de Evaluación de Técnicas de Reproducción Asistida reconocieron a la *infertilidad* como "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, 2010:7 [2009]). Sin embargo, éste no es un concepto neutral ni transparente y ha sido muy discutido en el campo de la salud, donde no siempre se la ha considerado como enfermedad (Luna, 2008). En nuestra región, la mayoría de los problemas de fertilidad se deben a infecciones del tracto genital provocadas por abortos mal practicados, infecciones,

¹⁷ Mientras que el primer caso implica técnicas intracorpóreas, es decir, funcionan dentro del organismo de la mujer, el segundo, caso estas técnicas son extracorpóreas, es decir que implican el tratamiento de los ovocitos o los embriones por fuera del organismo de la mujer.

¹⁸ El término "pre embrión" suele ser asociado al campo de la medicina reproductiva (habitualmente, utilizado para nombrar las etapas iniciales del embrión) pero su origen proviene del campo jurídico. Dicha categoría fue introducida en el informe Warnock (14 de julio de 1984) al abordar las implicaciones éticas de la FIV, y fue la base para la legislación inglesa en la materia.

enfermedades de transmisión sexual (ETS) y tuberculosis pelviana (OMS, 2001; Luna 2002).

En segundo lugar, otro de los principales problemas socio-sanitarios es la probabilidad en la aplicación de algunas de las principales TRHA de generar embarazos múltiples así como los riesgos en el suministro de hormonas en la mujer. En el último caso, antes de realizar la IA/IAD, la paciente debe ser medicada con drogas que induzcan a la ovulación y se produce el riesgo de superovulación (ASRM, 2006a). Asimismo, posterior a la gestación multifetal, el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) resulta la complicación fisiológica más seria en pacientes que fueron sometidas a la hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en las técnicas de reproducción asistida, y puede causar morbilidad crítica o la muerte de la paciente (Horton, 2007). Por otro lado, en el país la tasa embarazo múltiple (bajo distintos tipos de técnicas) fue entre 2004 y 2008 del 19,37%, (588/3035) (SAMeR, 2011). Observamos que en ese periodo el punto más alto se registra en 2005 (25,04%) y el más bajo en 2007 (15,19%), lo que promedia en un 20,11%. En el año 2014 RedLARA (2015) recolectó datos multinacionales en TRHA de 159 instituciones en 15 países de Latino América. Ello puso en evidencia en la aplicación de técnicas como FVI e ICSI, lo siguiente: “la frecuencia de partos múltiples fue 20.78 % dobles y 0.92 % triples o de mayor grado. En OD (ovodonación), los gemelares alcanzaron un 28.93 % y los triples un 1.07 %. La frecuencia de partos pretérmino fue 16.4 % en partos únicos, 55.02% en gemelares y 76% en partos triples o mayores.”¹⁹ Los embarazos múltiples implican no sólo riesgos para la gestante (partos antes de término, diabetes gestacional, etc.) también riesgos para los niños/as así gestados (por ejemplo, nacimiento prematuro y sus potenciales consecuencias de morbilidad y mortalidad) (ASRM, 2006a). Las autoras coinciden en que los distintos riesgos nombrados están vinculados a un inadecuado seguimiento del proceso durante los tratamientos (Valencia Madera, 2002; ASRM, 2006a; Luna 2008). También es imprescindible que medie en los tratamientos un consentimiento informado adecuado ya que existen riesgos colaterales. En síntesis, las tendencias de embarazo múltiple que en la actualidad son prácticamente considerados *mala praxis*, persisten a lo largo de los años en la región pese a las acciones de rectoría y la promoción de avances tecnológicos dentro del campo reproductivo.

En tercer lugar, otro aspecto controvertido en lo bioético, legal y político es la donación de gametos y preembriones. A lo largo del tiempo, veremos en el recorrido empírico a lo

¹⁹ En FIV/ICSI, el 41,35 % se realizó en mujeres entre 35 y 39 años de edad y el 23,35 % en mujeres de 40 años o más (REDLARA, 2014 / Registro JBRA).

aquello que ha implicado objeciones éticas respecto del donante, la relación de filiación, el anonimato o no en estos procedimientos y la situación de “indeterminación”²⁰ de los preembriones criopreservados no utilizados, ante la posibilidad de descarte e investigación. Florencia Luna (2008:38) observa que: “La existencia de embarazos múltiples puede acarrear otro problema y éste es el verse en la necesidad de hacer una reducción embrionaria o un aborto selectivo de uno o más de los embriones implantados”. Temas que conllevan distintos niveles de aceptación social en la aplicación de estas técnicas (Luna, 2008) y con mayores dificultades en un contexto como el de América Latina donde en la mayoría de los países el aborto está penado por ley y persiste allí una condena moral hacia toda práctica que sea asociada al mismo. Además hay que tener en cuenta las condiciones y consecuencias psicológicas que implica la experiencia de estos tratamientos (Jadur *et al.*, 2008:1). Ahora bien, en Argentina nos hallamos en un momento histórico en el que acaba de obtenerse, tras décadas de lucha, media sanción en la Cámara de Diputados la Ley por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, con el apoyo de amplios sectores de la sociedad. En ese sentido, no obstante, en lo que respecta a regulaciones restrictivas acerca de la criopreservación de embriones en TRHA, sectores conservadores siguen pugnando la cuestión del estatuto del embrión como “persona”. Es así que en 2017, un proyecto de ley que habilitaba la destrucción de embriones luego de 10 años de criopreservados, perdió estado parlamentario.

Existen diversos trabajos que fundan sus argumentos en fuentes médicas orientadas a realizar una crítica desde las ciencias sociales, que denuncian que no sólo la práctica sino la naturaleza de la propia racionalidad técnica de los procedimientos de TRHA llegarían a poner en riesgo la salud de las mujeres, y particularmente aquellas que son donantes de óvulos. De modo reciente, Lucía Ariza (2016) investigó acerca de la ovodonación (OD) en tratamientos médicos de fertilidad, y analiza el uso de dos dispositivos clínicos, las medidas bioestadísticas y los registros actuales de donación. Por medio de éstos la medicina pretende realizar un control sobre la cantidad de veces que una mujer puede donar en función de prevenir dos cosas: el riesgo de probabilidad de consanguineidad en la población y el perjuicio a su propia salud. Este valioso aporte ofrece reflexiones como que entre los profesionales y centros reproductivos consultados, se brindaría más atención al riesgo de endogamia, con foco en las donantes de óvulos (y no en los donantes de espermatozoides) que a un adecuado monitoreo de la salud de las mujeres. Cabe mencionar que los bancos de donantes centralizados

²⁰ Es decir, gametos, embriones y embriones no poseen un destino de uso formal y específicamente definido por los bancos de conservación y centros privados.

en el país aún no existen y que los controles que deseen realizarse al respecto de ambos puntos mencionados, aún no alcanzan el orden de una política pública ni el cumplimiento pleno de la legislación vigente, como hemos visto.

Finalmente, otro aspecto controvertido que se repite en la literatura desde distintas disciplinas y que hace a los imaginarios que circulan en los medios gráficos masivos de comunicación, son las posibilidades de la investigación e intervención genética en torno de las TRHA. El Diagnóstico Genético Preimplantatorio (DGP) que ha sido acusado de ser una práctica eugenésica, si bien se realiza hace años en el país, no ha gozado de consenso dentro del mismo campo reproductivo. En Argentina se recurre al DGP a modo de pruebas genéticas preventivas, que abre la posibilidad al descarte de embriones portadores de enfermedades de origen genético antes de su implantación para la gestación, a la vez que al permitir evaluar la viabilidad embrionaria, podría contribuir a que se transfiera al útero de la mujer un solo embrión (no dos o más) en pos de reducir el riesgo de embarazo múltiple.

Como el marco regulatorio nacional se centra sobre todo en la cobertura y no particularmente en regular las mismas TRHA, los especialistas tienen a su cargo la toma de decisiones en cuanto a los criterios de diagnóstico, criopreservación y pre implantación de los embriones durante los tratamientos y del mismo modo sucede con los procedimientos que incluyen la OD (Ariza, 2016) entre otras prácticas. Si consideramos los esfuerzos y aportes del campo biomédico materializados en lineamientos de organismos regionales como Red LARA, éste se pronuncia acerca de las problemáticas de salud que involucran a la aplicación de TRHA en la región, siendo su principal misión un trabajo sectorial abocado al desarrollo de relevamientos y producción de evidencias para los consensos médicos y tecnocientífico. Este organismo a nivel regional ha venido planteando hace años y sostiene hasta la actualidad dos grandes desafíos del campo reproductivo en la región, dadas las evidencias científicas relevadas. Dos lineamientos que podríamos considerar pragmáticos en su implicancia disciplinar y acotados si consideramos los aspectos mencionados y, en particular, los asociados a promoción integral de la salud reproductiva y sexual: aumentar el acceso a las TRHA y disminuir la frecuencia de partos múltiples.²¹

²¹ RLA – Informe regional 2014. RLARA (2014) Registro JBRA.

4.6.1 Recorrido por aportes e investigaciones asociados al objeto de estudio

Investigaciones teóricas y empíricas

Si bien en anteriores apartados se mencionaron aportes de autores que han investigado y reflexionado desde diversas disciplinas, dando cuenta de la polisemia y no transparencia de los significantes asociados con las TRHA, en el presente, recuperaremos brevemente aportes de investigaciones teóricas y empíricas que resultan útiles al desarrollo del objeto de estudio focalizado en las significaciones sociales en torno de las TRHA, retroalimentando con perspectivas ya abordadas en lo social, comunicacional y político en materia de derechos. Se observan escasas producciones académicas en TRHA en Argentina, mayormente de corte teórico, entre las cuáles se registran aportes desde la bioética y el ámbito jurídico (Luna 1995, 1998, 2002, 2008, 2013; Lloveras N y Sapena J., 2010; Kemelmajer de Carlucci *et. al.*, 2010, entre otros) desde perspectivas de género y feminismo, en parte teóricas pero también algunas investigaciones empíricas (Garay 2008, Ariza L, Libson, 2011, Schwarz 2003, Tarducci 2008; Petracci, M., Mattioli, M. y Straw, C. 2011, 2017).

Aportes como los mencionados han sido útiles para emprender reflexiones acerca de representaciones, discursos y narrativas en la temática en nuestra sociedad. No obstante, existen pocas investigaciones empíricas que aborden o brinden aportes sustanciales para pensar la construcción política, social y comunicacional de las TRHA como derecho reproductivo en el país (Ariza, L. 2011; Cuberli, M. Lois, M., Palopoli, A. 2011; Petracci, M. *et. al.* 2011; Petracci, M. y Straw, C., 2012, 2017b; Palopoli, 2012; Straw, 2017a; Straw *et al.*, 2017b). Han sido de vital importancia para construir el objeto de estudio aquellas investigaciones que han emprendido la integración entre distintas temáticas del campo de la SyDDSSyRR (aborto, AHE, VIH, TRHA) en términos de análisis de significaciones sociales y estudios de opinión pública desde la comunicación y salud²² permitiendo una visión de conjunto sobre el tratamiento público de estos temas. No obstante, fue necesario integrar otros recorridos complementarios, que dieran cuenta de las condiciones objetivas de circulación de discursos sociales, en lo que refiere al campo reproductivo en el país y la región, fueron también indispensables:

²² Cuberli, M. Lois, M., Palopoli, A. 2011; Petracci, M. *et. al.* 2011; Petracci, M. y Straw, C., 2012; Palopoli, 2012. En el marco del Proyecto UBACyT SO25, “*Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 1994-2008: un consenso estable en el espacio globalizado de opinión*”. Directora: Dra. Mónica Petracci. Sede: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.

Por un lado, Straw *et. al.* (2017b) realizan un recorrido a través de distintos estudios desde las Ciencias Sociales, acerca de las dinámicas del campo de las TRHA en América Latina, a través de aportes que abordan de modo multidimensional las intervenciones sobre los cuerpos, las investigaciones que se llevan a cabo, los laboratorios implicados, las distintas técnicas, la producción, almacenamiento y criopreservación de materiales reproductivos; así como la dimensión mercantil que atraviesa dichos procedimientos, las donaciones de gametos, los mercados legales e ilegales que llevan a cabo estas transacciones y las legislaciones en nuestra región.

Por otro lado, los aportes de Lucía Ariza resultaron valiosos porque, por un lado, ofrecen un abordaje empírico que desnaturaliza las narrativas tecno-científicas, que brotan continuamente en el *corpus* de notas estudiado y, por otro lado, logran poner en relieve los derechos reproductivos implicados y atravesados por valores y actitudes de los profesionales médicos de los servicios de salud que realizan procedimientos de TRHA (Ariza 2012a, 2012b, 2014, 2016, 2017). En otra investigación empírica reciente Lucía Ariza (2014) indaga acerca rol de la narración en el proceso de negociación con la infertilidad entre dos grupos de mujeres con dificultades reproductivas (electoras y no electoras de tratamientos procreativos). Allí, la autora reflexiona acerca de la estigmatización del cuerpo infértil de las mujeres y lo asocia con un elemento clave en el proyecto de la biomedicina moderna. Por otro lado, como se mencionó, Ariza (2016) investigó acerca de la ovodonación (OD) en tratamientos médicos de fertilidad en centros de la Ciudad de Buenos Aires, observando contradicciones en los criterios biomédicos que sostienen y buscan prevenir la endogamia poblacional entre los nacidos por OD y relativizando el alcance institucional en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres donantes. Estos aportes brindan un correlato al trabajo de descripción y análisis de los discursos sociales en TRHA, al igual que permite despejar por medio de la reflexión empírica, dilemas alrededor de la cuestión de género y tecnologías reproductivas, como veremos en el siguiente capítulo.

Los aportes mencionados, en resumen, recuperan procesos sociales, comunicacionales, políticos así como biomédicos y de servicios de salud, ligados al relato de usuarias y de profesionales. Ello permite aproximarse a contextos y experiencias concretos de nuestra sociedad y nuestro tiempo, que obran en la construcción de *hechos científicos* (Latour y Woolgar, 1995), a poder pensar los discursos sociales que circulan en el espacio público en tanto prácticas-significantes enlazadas a aquellos mismos procesos, en fin: ir camino a relativizar ciertas verdades para contribuir a atravesarlas y democratizarlas.

4.6.2 Tesinas de grado de la Carrera de Cs. de la Comunicación (FCS-UBA)

Junto con el antecedente de las producciones en el marco del proyecto UBACyT mencionado, se ha emprendido el relevamiento de tesinas de grado que tuvieran relación directa con la temática y, hasta cierto punto, con el objeto de estudio. Se identificaron cinco tesinas, que podríamos identificar dentro del campo de la comunicación y salud.

En primer lugar, Cosoy y Lois (2005) en “La problemática del aborto en Argentina: las luchas por la hegemonía discursiva (1994-2004)” si bien abordan la temática del aborto, permiten identificar un antecedente de recorrido metodológico de análisis de discursos en temáticas de SyDDSSyRR, desde un marco interpretativo que habilita la relación comunicación, política y discursos sociales que circulan en medios gráficos nacionales. Cabe mencionar que este aporte fue rescatado en posteriores proyectos y producciones académicos (Cuberli, Lois, Palopoli, 2011; Petracci *et. al*, 2011). En segundo lugar, Caspar (2009) en “Técnica y embarazo”, brinda un aporte ensayístico y teórico alrededor de los conceptos de biotecnología, bioética y la ideología de la maternidad, preguntándose si es un deseo o un mandato para no quedar excluidas de aquel rol social de género. En tercer lugar, Cejas (2009) en “La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas”, aborda el tema desde la perspectiva de género y considera notas de medios gráficos para reflexionar relaciones de saber poder de la medicina reproductiva en torno a la maternidad. En cuarto lugar, Mariné (2010) en su trabajo “Mujer y maternidad. Los problemas de la vida en la época de su reproducción técnica” desde un abordaje ensayístico aportará reflexiones acerca también de las relaciones de género y las representaciones de la maternidad en TRHA, entendiendo que el deseo de un hijo puede llegar a representar una especie de “demanda inducida” como función natural de la mujer en la institución familiar. Finalmente, Beckmann y Cianchetta (2015) en “Una espera no tan dulce: la cobertura de las leyes de Fertilización Asistida por medios gráficos *online*”, se dedica a analizar el contenido y discursos de un conjunto de medios digitales cómo fue tratada la infertilidad en la difusión de los debates parlamentarios, la sanción y repercusión posterior de las leyes de provincia de Buenos Aires (Nº 14.208/2010) y nacional (Nº 26.862/2013) de TRHA, con especial atención en la cobertura mediática. Entre las conclusiones, las autoras observan que los médicos especialistas aparecen como aquellos que pueden enmendar una “falla” y que aunque se enuncie a la “pareja infértil” se sigue sometiendo a tratamientos más o menos invasivos a la mujer en las TRHA, dentro de un imaginario que postula la maternidad como mandato.

5. MARCO TEÓRICO

Construcción del objeto de estudio

La propuesta de analizar las significaciones sociales sobre las TRHA se enmarca a grandes rasgos en las intersecciones propias del campo de la Comunicación y Salud (Cuberli, 2008; Petracci *et. al*, 2010; Petracci y Waisbord, 2011; Petracci *et. al.*, 2017) El presente recorrido teórico plantea a las TRHA como un dispositivo significativo socio-cultural y político,²³ que forma parte de las luchas democráticas que se emprenden desde el campo²⁴ de la SyDDSSyRR. Esa complejidad (Morín [1990] 2001) convoca a un pensamiento multidimensional, no fragmentado, que reconozca las contradicciones y el conocimiento como algo en permanente construcción; contra una lógica simplificadora. La simplificación en este caso, incluso desde una mirada crítica, puede anular la diversidad o, al contrario, omitir la identificación de *puntos nodales*, es decir de cierta unidad en la significación social de las prácticas que hace posible su politización (Laclau, 1995).

En este capítulo se realiza un recorrido reflexivo, comenzando por nuestros marcos teóricos comprensivos generales hacia los que resultan más sustanciales, la construcción y abordaje empírico del objeto de estudio. En primer lugar, se enmarca el campo de la SyDDSSyRR desde una comprensión histórico-política y se formulan los principales interrogantes a nuestro objeto de estudio. En segundo lugar, se desarrollan relaciones posibles entre medicina, ciencias sociales, hechos científicos y política. El tercer lugar, se aborda de manera directa a nuestro objeto de estudio, en tanto asumimos a las TRHA como un dispositivo socio-cultural y un significativo. A partir de allí, es que se exponen los conceptos clave sobre análisis de los discursos sociales y la construcción de categorías que se han pensado para el trabajo empírico.

²³ Entendemos el concepto de *dispositivo*, como veremos, desde los aportes de Foucault y desde el marco comprensivo que desarrollaremos en adelante sobre el análisis de los discursos sociales, entendidos como prácticas sociales, dejando a un lado la diferenciación taxativa discursivo/extradiscursivo.

²⁴ Bourdieu, 1997.

5.1 Luchas democráticas y derechos reproductivos

Contrariamente a lo que se sostiene a menudo, no conviene creer que es el riesgo, muy grave en efecto, el que impide a muchos resistir. Es por el contrario el no pensamiento de situación, el que impide el riesgo, es decir, el examen de posibilidades. No resistir es no pensar. No pensar es
— "

Straw (2017) al abordar el proceso socio-político de los derechos sexuales en Argentina, destaca que un análisis de aquellos procesos, debería considerar la dimensión de lo posible y la disponibilidad de poder, información y recursos, tanto individuales como colectivos en función de que realmente las personas puedan tomar decisiones acerca de su propia sexualidad. Al considerar las distintas causas políticas y la pluralidad de subjetividades colectivas que se conjugan en materia de derechos reproductivos (y sexuales) no podemos dejar de reflexionar acerca de su inscripción dentro del campo de la SyDDSSyRR y, a la vez de entender éstos últimos como parte de las luchas democráticas y populares (Laclau y Mouffe, 1987), particularmente durante las últimas tres décadas en el país (Straw, 2017). Laclau y Mouffe (1987:181) indican que la proliferación de espacios políticos, las complejidades y dificultades para que articulen, nos hablan de una de las características centrales del capitalismo avanzado.

Esta tesina parte de la reflexión acerca de las TRHA no como mero servicio biomédico o tecno-científico en sí mismo. En todo caso lo comprendemos como la construcción de un *hecho científico* (Latour, B. y Woolgar, S., 1995) que conviene desnaturalizar para aproximarnos a su condición de práctica social y cuestión política, en tanto forma parte de las históricas y múltiples luchas democráticas en nuestro país. Los interrogantes que han nutrido inagotablemente y vehiculizado este trabajo son los siguientes: ¿qué formas de producción social de significaciones ha circulado históricamente a nivel nacional en relación a estas técnicas?; ¿de qué maneras se ha legitimado su aplicación y cómo en calidad de derecho reproductivo?; ¿estas prácticas y sus demandas de legalidad y justicia se han manifestado como una causa que se integra o que se resiste a ser articulada dentro del campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Al comenzar la investigación, partimos del supuesto de que la producción social de significaciones sobre las TRHA, incluidos los derechos, demandas y sujetos en torno a

la cuestión, se hallan atravesados por un entramado histórico-ideológico neoliberal tecnologista que las ha orientado hacia su despolitización. Por ejemplo, en el sentido de que asumimos que ha persistido una creencia de que los distintos dilemas relacionados con las TRHA podrían ser resueltos técnicamente, ya sea a través de la innovación tecnológica biomédica, como desde el punto de vista de su juridificación.

5.1.1 Matriz neoliberal y despolitización

El neoliberalismo nace luego de la Segunda Guerra Mundial como una reacción contra el Estado de Bienestar e intervencionista, una resistencia hacia cualquier tipo de limitación impartida por el Estado hacia los mecanismos del mercado, limitación planteada como una amenaza a la libertad económica y política (Anderson, 1999). La hegemonía de este entramado se hizo evidente a partir de la década del '70, con variantes de la experiencia neoliberal en distintas regiones.²⁵ Anderson (1999) advierte que el neoliberalismo es un movimiento inconcluso que, si bien no ha resultado exitoso en materia estrictamente económica, ha venido obteniendo créditos política e ideológicamente.

La modernización del neoliberalismo consiste en transformaciones en las formas de hacer política y en la manera de intervenir de sujetos en el espacio público, que no sigue siempre los canales convencionales y que en ocasiones son reivindicadas como apolíticas. Autores como García Delgado (1994) han observado una “desafección política” de la sociedad: “El neoliberalismo, como todo proceso de construcción hegemónica, construye y resignifica el sentido común dominante” (Apple, 1997: 11) y, como en toda operación ideológica constitutiva de lo social, éste manifiesta ciertas atribuciones como si fueran técnicas, neutras o naturales cuando son, en cambio, concepciones políticas. Hallamos puntos de coincidencia en varios autores como García Delgado (1994), Sergio Caletti (2001) y Mario Pecheny (2009), cuando indican que la democracia se vincula cada vez más con los procedimientos formales de participación, mientras tiende a decaer la capacidad de intervención de los actores sociales en cuestiones comunes.

A inicios de los años 90, proliferaron organizaciones no gubernamentales que, según, Adriana Vallejo (2001:63) emergieron "como resultado de la Nueva agenda Internacional manejada por las creencias y las teorías del liberalismo democrático. El discurso en contra de la participación del Estado se concentró en resaltar el rol que la

²⁵ Para una explicación más detallada consultar: Anderson (1999).

sociedad civil debe jugar, sea para complementar, sea para suplantar, o simplemente para controlar el Estado en la satisfacción de las necesidades de la comunidad" (Vallejo de la Pava, 2001, 63). Del mismo modo, García Delgado advierte que bajo esa tendencia, han emergido actores heterogéneos, como lo es el denominado "tercer sector" y los "nuevos movimientos sociales" (ecologistas, feministas, homosexuales, etc. Las formas de intervención características de este tipo de actores tienden a ser sectoriales y, en varios casos, subordinadas a dispositivos estatales o internacionales de financiamiento. Dichos actores han tendido a sostener objetivos de reivindicación puntuales o inmediatos y tienden a definirse como "no-políticos" y, en cambio, se reafirman como administrativas o de gestión.²⁶ Mario Pecheny (2009) advierte que la "despolitización" imposibilita compromisos y alianzas entre diversos actores y la define como "[...] la sustracción de conflictos sociales de su inserción en el marco de condiciones estructurales de vulnerabilidad y desigualdad y en procesos históricos, reduciéndolo a una cuestión individual y resoluble técnicamente" (Pecheny, 2009:1). Reflexionándola en materia de derechos reproductivos y sexualidad, la "despolitización" puede manifestarse de distintas maneras y el autor recién citado destaca que existen, al menos, tres: la victimización, la medicalización y la judicialización.

¿Cuál es el margen para la capacidad de acción, la agencia, de los sujetos políticos? Desde un punto de vista epistemológico que busca superar el dualismo entre subjetivismo y objetivismo, Anthony Giddens propone una perspectiva interpretativa de la presentación que realizan los actores de sí mismos y de su mundo en tanto discursivo.²⁷ Al pensar la experiencia social de las TRHA consideramos lo que Giddens llama "sociedad postradicional".²⁸ Estamos atravesados por experiencias cotidianas que tienen profundas consecuencias para la identidad y que generan múltiples cambios y adaptaciones a la vida diaria (Giddens, 1997[1991]). Para Giddens esto implica pensar en términos de "política de vida, que se refiere a "las cuestiones políticas que fluyen de los procesos de la auto-actualización en los contextos pos-tradicionales, donde las tendencias globalizantes penetran profundamente en el proyecto reflexivo del yo, y donde, a la inversa, los procesos de autorrealización influyen en las estrategias

²⁶ Cabe aclarar que este tipo de planteos provienen, en general, de la tesis de la tecnocracia –planteada por varios autores, como H. Scheisky (1961), J. Ellul (1964) – que indica que a partir de la Modernidad el progreso social aparece como si fuera determinado por el progreso tecnocientífico y sus agentes administrativos. Por su parte, Habermas (1968 [1986]) indica que la legitimación ideológica de la tecnocracia opera a la par de una "despolitización" de la población.

²⁷ Este aspecto de la teoría de Giddens está influenciado por "la filosofía del lenguaje" del último Wittgenstein.

²⁸ Al final del presente capítulo, se retomará aquel concepto, pero enmarcado en una de nuestras categorías teóricas para el análisis, que es la de "retradionalización" como operación significante de todo proceso modernizador.

globales” (Giddens, 1997[1991]:214) Para Giddens las tendencias de la sociedad postradicional operan en al menos, cuatro ámbitos: el personal, el organizacional, los movimientos sociales y grupos de autoayuda y a nivel global.

Recuperamos de Giddens, también, la noción de *agencia* (1998) entendida como capacidad de acción de los sujetos. La confianza en la modernidad, depositada en los sistemas de expertos, requiere para Giddens (1994:93) de una “confianza activa”, en tanto en el contexto postradicional las instituciones se tornarían reflexivas y están expuestas a las críticas de los ciudadanos desde un punto de vista dialógico. Esta política de vida se asocia a los desafíos democráticos que enfrenta la humanidad colectiva y para Giddens el nuevo individualismo representaría nuevas modalidades de hacer política. Sin embargo, Chantal Mouffe (2005) advierte en Giddens una impronta pospolítica, reflexiva y consensual, que se desentendería, en parte, de la relevancia del antagonismo, es decir “la democratización de la democracia” sin necesidad de definir un adversario y sin que, a través de ello, la capacidad de agencia en esa puja logre constituirse colectivamente instituyendo una nueva hegemonía.

Las transformaciones de la democracia representativa han sido analizadas por distintos autores, como Grüner (2005:146) que hace una referencia crítica a la concepción de política propia de la Modernidad, en tanto lo político no se agota en la esfera del Estado o en los conflictos administrativos. En ese sentido, si bien recuperamos el argumento de Giddens porque reside en la necesidad de democratizar las principales instituciones de la sociedad,²⁹ incluida la familia, y exponerlas al debate y a la refutación, también es cierto que la política no es un intercambio de opiniones sino una lucha por el poder (Perry Anderson, 1994; Mouffe, 2005).

²⁹ A través como independientemente de su acceso o cobertura sanitaria, es decir, como práctica existente y reconocida colectivamente como una forma alternativa para la reproducción.

5.1.2 Aproximación: ciencias sociales y ciencias médicas

Al pensar los principios epistemológicos de la medicina desde la perspectiva de las ciencias sociales, podemos alcanzar una lectura en clave histórico-cultural de sus patrones de racionalidad, neutralidad y objetividad (Ramos 2006). Este enfoque nos permite atravesar el umbral de sacralización incuestionable y hegemónica que imponen las ciencias como la medicina y con ella, las biotecnologías. Se parte de que todo proceso de conocimiento se halla politizado y responde a un orden social históricamente establecido. Ramos (2006) plantea que la vinculación entre ciencias sociales y la medicina se ha vuelto inevitable: las ciencias sociales en la actualidad son convocadas por la medicina ante las siguientes cuestiones:

- La transición epidemiológica que ha dado la prevalencia de enfermedades crónicas en amplios sectores de la población donde juegan un papel central la conducta, las actitudes, las prácticas sociales y los estilos de vida de la población.
- La reaparición cíclica de enfermedades infecto-contagiosas en poblaciones marginadas y/o vulnerables a ser excluidas.
- La necesidad de hacer más racional el gasto y el funcionamiento del sector de salud y sus instituciones.
- El surgimiento de nuevos problemas-temas en la agenda del sistema de salud frente a los cuales los científicos sociales cumplen un rol clave en su abordaje (Biagini 1996).

Desde un punto de vista histórico se han ido dando nuevas realidades y demandas en el campo de la salud: atravesado por la constitución de nuevos derechos y subjetividades. Las prácticas biomédicas, en tanto las abordaremos como discursivas no están ajenas a tensiones o disrupciones epistemológicas desde otras disciplinas, perspectivas y sectores sociales. En tal sentido, emprender una desnaturalización de aquello que se presenta como incuestionable y natural, exige un enfoque interdisciplinar.

Por lo tanto, el marco comprensivo general de este trabajo parte de la idea de que la historia de la medicina o historia *sociocultural* de la enfermedad (Armus, 2002) trasciende el relato biomédico porque las cuestiones de salud comprenden un conjunto de prácticas - formaciones discursivas (Pecheux, 1978, 2003) que dan cuenta de procesos no sólo científicos y tecnológicos, sino fundamentalmente políticos e institucionales que son constitutivos de los mismos, y no al revés. La conjugación de aquellos procesos hace que determinadas prácticas a lo largo del tiempo, lleguen a institucionalizarse y se funden en una “normalización” social (Rosenbrock *et. al.*, 2000).

En tal sentido, tal legitimación, no sin tensiones, va habilitando la gestación de políticas públicas, canaliza demandas sociales, facilita y justifica el uso de ciertas tecnologías y constituye nuevas prácticas en la relación médico-paciente, así como puede ponderar y/o excluir determinados valores y subjetividades.³⁰ En cuanto al proceso de normativización de las TRHA en Argentina, en este trabajo exploraré su desarrollo partiendo del supuesto de que asistimos a un *proceso modernizador* (Laclau, 1997, 1998)³¹ entendido como una cuestión social de la vida democrática y no exclusivamente como un tema de la biomedicina.

Ramos (2006) observa cierto malestar en el campo de la medicina a partir de lo que ella denomina *la democratización del campo de la salud/enfermedad*. Se refiere a la posibilidad de que en torno de una “cuestión médica” se pronuncien múltiples sectores sociales y disciplinas, con distinto alcance y jerarquía. En el caso de la cuestión TRHA, la multiplicidad de “voces” (y posicionamientos discursivos) no está desprovista de tensiones latentes, pero sí neutralizada a lo largo de décadas. Como veremos, las demandas históricas de parte de la sociedad civil y lo que en años recientes fue dando lugar a ir “llenando” el denominado “vacío legal” de larga data en materia de TRHA (a través de leyes, reglamentación y recientes resoluciones del MSN) se ha centrado en la cobertura de aquellas técnicas como prestación en el Plan Médico Obligatorio y no tanto en la regulación específica de las mismas (no obstante su desarrollo y relativos consensos establecidos al interior del campo biomédico mismo en el país y en la región). Partimos de que el tratamiento socio político del tema, desde sus primeras apariciones en medios gráficos, fue trazando esta forma particular de incidencia en la constitución de este derecho reproductivo. Si bien excede el presente, cabe mencionar aquel malestar puede asociarse con el mito que sostiene la falsa dicotomía entre una medicina social y otra que no lo sería. Planteaba Foucault (1974)³² que la medicina social no existe porque toda medicina es social, es una práctica social, al contrario de otra que resulta individualista, clínica, etc., que es la forma en como se ha legitimado y

³⁰ Armus (2002) destaca tres tópicos en la construcción social de los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva histórica que va más allá del relato biomédico: a) la dimensión social y política de las epidemias; b) las influencias externas en el desarrollo médico-científico y en las políticas de salud pública de la región y, por último, c) los usos culturales de la enfermedad.

³¹ volveremos sobre esta idea precisa más adelante, en el apartado teórico y de categorías para el análisis de discursos sociales.

³² Foucault, M. (1974) *La crisis de la anti-medicina o la crisis de la medicina*. OPS/OMS. Washington DC, 1978. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

fundado el mito bajo cierto ejercicio privado de la profesión y sectorizado al campo tecno-científico.

5.1.3 Ciencia y Sociedad: construcción social de hechos científicos y política

Lo social no es una noción antagónica a lo científico, sólo podría serlo desde una perspectiva positivista. No obstante esta formación ideológica es la que borra justamente la huellas de la propia condición ideológica, bajo la apariencia de una percepción, sin mediaciones, de la realidad (Pêcheux, 1978, 2003). Mitchan y Briggie (2007) señalan que la ciencia moderna alcanzó su autoridad en nuestra sociedad reafirmando su carácter *no social*, vista como el reino de lo natural y de la verdad. El científico puede describir un laboratorio, sus procedimientos, sus evidencias, no como un campo de negociaciones sociales, sino como un espacio neutral, que nos muestra lo que el mundo es. La ciencia moderna no surgió de repente, es ella misma la historia de un establecer fronteras. Los límites suponen sacrificar algunas cosas en beneficio de otras. Por eso llegar a definir un campo como científico siempre implica “forjar un dominio” (Mitchan y Briggie, 2007).

La emergencia y legitimidad de la ciencia moderna no se vale solamente de su “éxito epistemológico”, también ha resultado posible por su éxito social. La medicina tiene una cultura eminentemente práctica, remitida al “éxito” (reproductivo) y al tiempo relativamente ágil en que se darían los diagnósticos y resultados. Esta racionalidad se orienta a la resolución de problemas desde la intervención médica (Ramos 2006). Mientras que desde las ciencias sociales, así como podemos generar propios dispositivos de intervención en lo social, podemos enmarcamos en comprenderlos como procesos de biopoder, de salud-enfermedad-atención, atravesado por subjetividades, etc. desde la óptica social, cultural y política. Ahora bien ¿es la ciencia una actividad libre de valores? ¿podemos apartar la ciencia de la política y del dinero? Mitchan y Briggie (2007) proponen cinco modelos ideales alternativos en la relación ciencia y política, que sugieren sean reflexionados en contextos concretos, que se esquematizan a continuación:

5 MODELOS ALTERNATIVOS DE POLÍTICAS DE CIENCIA ³³	MODO DE ORGANIZAR LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN
1) “Modelo lineal” o de “ciencia autónoma”	-Científicos a cargo de la agenda de investigación. Cualquier intento de guiar la orientación de la I+D por fuera de ella misma, es un desvío de su avance. -Se centra en la magnitud de la ciencia x valor del conocimiento.
2) “Modelo de mercado”	-Dictan los tipos e investigación: las dinámica de demanda de los consumidores y de los beneficios de las empresas. -Los autores dicen que en EE.UU. gran parte de la política científica consiste en el intento de conciliar esos dos modelos (el 1 y el 2). -Se centra en la magnitud de la ciencia por la productividad y rentabilidad.
3) Modelo de “grupos de interés”	Aplica a procesos económicos Nacionales en I+D (los intereses particulares hace uso de los conflictos políticos)
4) Modelos “ciudadanos”	Grupos de personas deliberan y discuten sobre un tema particular (“procesos públicos de razonamiento”)
5) Modelo de “rey filósofo”	-Similar al modelo lineal. Implica el control por una élite de no científicos. Noción de precaución y moderación. Reconociendo que <i>no tenemos ciertos conocimientos</i>.

Fuente: elaboración propia en base a la fuente citada.

³³ Este esquema aporta a las reflexiones y análisis acerca de las consecuencias políticas de articulaciones significantes que abordaremos en torno a las TRHA. Algo que podría ser pensado, incluso, como dinámico en/a través de los distintos momentos del tratamiento de la temática en el espacio público y las políticas públicas en nuestro país.

5.2 Las TRHA como dispositivo socio-cultural y significativo

*"En todo caso, hay algo seguro:
el cuerpo humano es el actor
principal de todas las utopías"*

Michel Foucault

Entendemos a las TRHA en cuanto a las significaciones sociales que construye, como un dispositivo no sólo médico, también sociocultural, atravesado por agencias y poderes, prácticas diversas de y en torno al campo reproductivo, más que conformado, atravesado por: especialistas, investigadores, centros de fertilidad, asociaciones de expertos, organismos internacionales, corporaciones médicas y de laboratorios, asociaciones que brindan apoyo administrativo y financiero, universidades, docentes, médicos, pacientes, donantes, asociaciones de psicólogos, asesores y académicos dedicados a la bioética, legisladores, decisores políticos, incluso periodistas científicos y agencias de medios, organizaciones de la sociedad civil, investigadores sociales, entre otros.

Comprendemos así este dispositivo socio-cultural, en tanto el poder no es propiedad de individuos o instituciones; se da a través de normas, prácticas culturales naturalizadas, formas de vinculación con los demás, no sólo leyes y fuerza. El poder logra vehiculizarse en gestos, en discursos de verdad científica, en la manera de experimentar el padecimiento o el deseo de hijo o de transitar la *espera* en medio de procedimientos de TRHA (Farji Neer et al, 2017) incluso contando con apoyo psicológico que la canalice.³⁴ Entonces, siguiendo a Foucault, es necesario examinar los más variados vehículos de poder: poder en las relaciones entre palabras, discursos de verdad científica, imágenes, cuerpos y gestos, dolor, placer, enfermedad y sufrimiento. Poder ya no puede reducirse a reglas, leyes, riquezas o instrumentos de violencia (Foucault, 1992).

La racionalidad tecno-científica es productora de subjetividades. Llegamos al apuntalamiento de estos dispositivos culturales al momento que se hace sentido común admitir la fragmentación del cuerpo (especialmente el de la mujer o persona con capacidad de gestar) como útero, óvulos, gametos, embriones, trompas de falopio, genes, etc. De darle verdad y seriedad a la estadística del padecimiento. En esta

³⁴ Inclusive, podríamos considerar a la atención psicológica ofrecida por las "clínicas de fertilidad" antes y durante los procedimientos a personas y parejas no resultaría ante todo, un elemento de aculturación del mismo dispositivo medicalizador que forma parte de las técnicas y experiencias reproductivas en las TRHA.

dirección se ubica la propuesta de Laplacette y Vignau (2008)³⁵ relativa a la importancia de reparar en la asimetría de la relación entre quienes tienen el “poder de curar” y quienes “necesitan curarse”. Las expectativas sociales depositadas en la ciencia son las que le brindan la confianza para dicha entrega que abraza aquella *formación imaginaria* (Pêcheux, 1978, 2003) que es la relación médico-paciente.³⁶ Se demanda a la ciencia sus virtudes curativas, reparadoras de un mal o un deseo que nos aquejan, por ejemplo, la infertilidad, la esterilidad, el vacío legal; en fin, la imposibilidad de ejercer nuestra capacidad (incluso, libertad) reproductiva, en respuesta a nuestros lazos sociales deseados, comprendidos como válidos y constitutivos de nuestra identidad. Estos procesos emergen como *dislocación* (Laclau (1998) en tanto comprendemos que (como en las epidemias) la ubicuidad del enemigo a combatir, el mal que afecta nuestra existencia no es previo sino parte y condición del apuntalamiento técnico-sanitario de la sociedad. Ello se sostiene en una retórica del combate contra aquel mal, e instaura un dispositivo de control o moralidad (Deleuze, 1991) para ejercerlo.

5.2.1 Un derecho reproductivo entre la experiencia medicalizada y la autocreación técnica

Si bien medicalizar puede significar transformar en médico un problema que no lo es, usualmente, también se pueden medicalizar “problemas médicos”, es decir, enfermedades definidas (Conrad, 2007), bajo la prescripción de ciertas formas de tratarlas y no otras. Del mismo modo, la medicalización procede cuando se trata de procedimientos que permiten la procreación para, por ejemplo, parejas del mismo sexo o personas solas, que tienen una imposibilidad reproductiva, más no una enfermedad en el sentido tradicional del término. De todos modos, aquello que sea considerado como una enfermedad o como su/un tratamiento, no es exclusiva ni excluyentemente un problema médico y, para definirlos como tales, es útil pensarlos en una interacción social comprendida en cuestiones concretas dentro de un entramado histórico determinado.

Un abordaje de la medicalización debe considerar las relaciones que se constituyen entre salud, enfermedad³⁷ y atención. En principio, hay que considerar que la

³⁵ EN: Rodríguez Soya (2011)

³⁶ Interpretamos aquí, como *formación imaginaria* (Pêcheux, 1978, 2003) a las que se relacionan con los procesos de subjetivación e identificación que utilizan los sujetos para referirse a sí mismos y autoreconocerse frente a otro, lo que nos habla del constructo de un “vínculo social imaginario” que se materializa en gestos, relaciones de poder, representaciones y experiencias concretos.

³⁷ Un estado del arte detallado sobre el tema puede consultarse en: Márquez S, Meneu R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5. Nº 2, pp.47-53.Valencia.

medicalización de lo “anormal” o “enfermo” no ocurre sin consecuencias. Laplacette y Vignau (2008:70) identifican las siguientes:

- a) Expansión de la jurisdicción de la medicina.
- b) Implantación del lenguaje tecnológico-científico de la medicina solapando al orden moral.
- c) Profesionalización de problemas humanos con asignación de profesionales expertos para tratarlos.
- d) Despolitización del problema.
- e) Individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social.

La enfermedad no sólo se liga con la institución médica, sino que también forma parte de las metáforas de nuestra sociedad (Sontag, 1989). Si las TRHA refieren la construcción social de un hecho tecno-científico es como respuesta a una necesidad (imaginaria, inducida, construida, real, sentida, etc.). La definición de enfermedad no puede separarse de la creciente disponibilidad de recursos tecnológicos, que dan forma al conocimiento médico y vehiculizan sus esquemas explicativos y operativos sobre la salud/enfermedad. El propio avance técnico permite construir diagnóstico a partir de hacer visibles áreas del cuerpo que antes no lo eran, por medio de instrumentos que permiten observaciones microscópicas. Ello plantea un progresivo “descubrimiento” de patologías así como la capacidad de decodificación de información genética y la viabilidad o no de células humanas. Se abre con ello, nuevos caminos de investigación e intervención sobre la vida. Un ejemplo de ello es la eugenesia terapéutica y la perfeccionadora, cuyos límites en nuestro país quedan aún bajo el criterio del saber biomédico, donde se impone una visión de lo que sería una opción *saludable* para el paciente y futuras personas nacidas a través de las TRHA. Bajo argumentos no siempre uniformes ni consensuados en la comunidad científica (Luna, 2008; Ariza, 2012^a, 2012^b) se solapan los valores morales o las parcialidades del procedimiento eugenésico.³⁸ En ese punto la forma de conocimiento de la tecnología genética se impone también, ya que en las sociedades contemporáneas “la genética” se ha vuelto un componente del fetichismo tecnocientífico, que se alimenta de la creencia de que “todo” está o pasa por “los genes” y que estos pueden ser científica y exitosamente controlados (Sommer, 1998).

³⁸ Sin contar con el hecho de que la selección del donante o del sexo, rasgos y características físicas del hijo en algunos países está explícita o implícitamente comercializada, mientras que en otros lugares eso queda bajo criterios valorativos y biomédicos de los profesionales (esta consideración puede verse en Luna, 2008).

La medicalización que subyace en estos procesos es la que contribuiría a una posible indiferenciación entre el proceso de diagnóstico y el proceso de tratamiento. Algo que desde la experiencia respecto de otros procesos de salud-enfermedad atención, conocemos, y que en el caso concreto de las TRHA, desde la investigación empírica reflexiva: percibimos, analizamos, pero aún desconocemos con qué frecuencia e intensidad ocurriría eso a nivel sanitario. Interpretamos ello tanto al observación la promoción de la oferta reproductiva sobre estas técnicas en medios gráficos masivos, como en las vivencias de las personas con problemas reproductivos: “[en las mujeres electoras de las TRHA] *En muchas ocasiones –y también como resultado de la forma en la que se organizan los servicios médicos- acceder a un diagnóstico aparece casi como sinónimo de realizar un tratamiento.*” (Ariza, 2009:43).

Ahora bien, las TRHA han sido desplegadas principalmente como una forma de respuesta a una problemática: la infertilidad, cuya definición normativa ya ha sido desarrollada en este trabajo, dándose cuenta de la conflictividad del término y de las convenciones de su aplicación para habilitar a las TRHA como respuesta a este problema. En ese sentido, la infertilidad pasa a constituirse uno de los elementos legitimadores de las TRHA, porque la primera se vuelve fundamento irrefutable de la expansión de las segundas.

Nos hallamos ante la afluencia progresiva de demandas de TRHA y con una considerable oferta reproductiva en expansión como motor de aquéllas. Los procesos de mercantilización de la salud, donde la industria farmacológica y genética acumula poder, implican para Peter Conrad (2005) un cambio de focalización del proceso de medicalización en las sociedades contemporáneas: el médico no resulta el motor privilegiado de ese proceso, sino que éste es un agente dentro del campo de las biotecnologías, cuyas estructuras de funcionamiento pasan a tener un rol preponderante, primando los intereses del mercado y la lógica de consumo.

Por otro lado, la diversificación de la oferta/demanda hacia personas y parejas del mismo sexo no es ajena a las lógicas de mercado y a la vez, forma parte de un logro hacia las libertades reproductivas y derecho a la descendencia. Esta realidad legislativa novedosa en la historia de estas prácticas en el país, permite legitimar el acceso a estas técnicas, sin discriminación. En esta manera de caracterizar el acceso a las TRHA (si bien, como veremos, sigue fuertemente ligada a su relación con la infertilidad como enfermedad) se vislumbra un aparente distanciamiento del viejo paradigma de la salud-

enfermedad. Se trata de una nueva tendencia, que redobla la apuesta a la capacidad de autocreación técnica (Sibila, 2009) con persistencia de la lógica medicalizadora de la reproducción, independientemente de la sexualidad, en sentido amplio y sin mediación necesaria de una enfermedad. Estos procedimientos se pueden traducir tanto en un derecho reproductivo como en una experiencia social medicalizada y/o de autocreación técnica (Sibila, 2009) en procesos de procreación, embarazo, parto e, incluso, se abren aún más las posibilidades en las configuraciones de formas de parentalidad biológica para personas y grupos, potencialmente, más amplios de la sociedad.

La apertura de estos derechos, se da en simultáneo con la persistencia y aún falta de un abordaje integral desde la política sanitaria, sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de los sujetos que atraviesan estos procedimientos. Del conjunto de usuarios/as, incluidas las personas donantes y las que subrogan su vientre. Estos últimos casos son parte sustancial del engranaje de la oferta reproductiva. Entendemos que mujer (o la persona con capacidad de gestar) no sólo se vuelve “paciente” en el proceso de reproducción medicamente asistida, sino que también su corporalidad antes, durante e, inclusive, después del embarazo, resulta reconceptualizada, dado que prima la persecución de un fin preciso: el “éxito” del embarazo y/o la obtención técnica de la “materia prima” para uno o muchos más, desde una experiencia comercializada o administrativa.³⁹

Paula Sibilia (2009) indica que este mito de autocreación humana, forman parte de las ambiciones eugenésicas⁴⁰ de la primera mitad del siglo XX. Varias de aquellas cosas que se veían lejanas ahora se presentan como técnicamente posibles. La autora da cuenta de una nueva forma de entender el cuerpo, dice que hay progresivo abandono de metáforas como la de cuerpo-máquina de la sociedad industrial: “Lanzado a las nuevas cadencias de la tecnociencia, el cuerpo humano parece haber perdido su definición clásica y su solidez analógica: en la era digital se vuelve permeable, proyectable, programable” (Sibilia, 2009:4). Las principales innovaciones biotecnológicas datan de mediados de los años 70, cuando se logró separar y recombinar componentes elementales del genoma (se desarrolla la tecnología de los

³⁹ Se entiende esta expresión, salvando las distancias, en términos administrativos, ya sea bajo el control y seguimiento de la salud pública, como bajo los criterios de un libre mercado reproductivo. Ello conceptualmente, no como una indiferenciación de las consecuencias políticas y subjetivas en cada caso.

⁴⁰ Héctor Schmucler (2001:5) indica que fue Francis Galton el precursor de la estadística moderna y primo de Charles Darwin, quien utilizó el término eugenesia en 1883 definiéndola como “[...] la ciencia que postula el mejoramiento de la raza humana a través de una cuidadosa evaluación de las características más adecuadas de los individuos. Su primera sugerencia fue la regulación del matrimonio y del tamaño de la familia de acuerdo al patrimonio hereditario de los padres”.

ácidos nucleicos que hace manipulables los genes) dando lugar a la Revolución de las Biotecnologías mientras que en 1978 aparecieron las técnicas de reproducción asistida que, actualmente, se han orientado a la cuestión de la genética, así como a temas en pleno estado de experimentación como las células-madre y la clonación. Las tecnologías reproductivas superan los límites que separan la parentalidad biológica de la social y se hace presente el diagnóstico genético preimplantatorio del embrión. Lo que implica un criterio eugenésico de selección, por un lado y abre la posibilidad del descarte y la investigación, por el otro.

Adela Cortina (2004) observa que las Biotecnologías para algunos autores tienen la relevancia y alcances propios de la Revolución Agrícola, la Industrial o la Informática. Adicionalmente, para Habermas (2000) las biotecnologías son cuestiones que afectan a la especie, por lo tanto no pueden ser planteadas, como pretende la eugenesia liberal,⁴¹ de modo abstencionista, es decir limitándolas al diálogo social de los implicados inmediatos. Lo cierto es que con el perfeccionamiento de las biotecnologías, y su capacidad de manipulación genética, la especie humana comienza a plantearse un control progresivo de su propio sustrato orgánico:

“Se desvanece la frontera entre la naturaleza que “somos” y la dotación que nos “damos” (...) Pues ahora depende de la autocomprensión de estos sujetos cómo quieran aprovechar los nuevos espacios de decisión: autónomamente, según consideraciones normativas que afectan a la formación democrática de la voluntad, o arbitrariamente, de acuerdo con preferencias subjetivas que puedan satisfacerse en el mercado” (Habermas, 2002:24).

Hay que considerar que el estado actual del desarrollo científico y tecnológico, logra hacer menos de lo que se llega a publicitarse en los medios, pero ello da cuenta de la circulación de ciertas fantasías tecnológicas sobre las potencialidades de la técnica y a la vez, sobre su sentido como hecho consumado y omnipresente. Héctor Schmucler (2001) señala que esta “técnica de la vida” con sus pretensiones manipuladoras niega que la humanidad como tal es inconcebible sin que exista un “azar reproductivo”. El

⁴¹ Adela Cortina (2002) diferencia entre eugenesia autoritaria, planificada desde el Estado (por ejemplo la de la Alemania nacionalsocialista) y que busca la mejora de la especie, y una nueva eugenesia, que es la liberal, en la que el Estado se mantendría neutral y serían los individuos (los futuros padres, usuarios y consumidores de las TRA) quienes avalarían las intervenciones genéticas. Con esa distinción la autora se refiere particularmente a la perspectiva de la sociedad británica, donde se perfila esta “eugenesia liberal”, ante una mirada más optimista que la de la sociedad europea en general, donde la experiencia del nacionalsocialismo ha dejado huellas.

i, $\tilde{A}$, $\tilde{O}$, $\tilde{C}$, $\tilde{O}$, $\tilde{N}$, $\tilde{A} \times \tilde{A}$, $\tilde{E}$ é Da subevidência

Vale recuperar al menos dos perspectivas críticas para repensar la politicidad de la

y mandato). Florencia Luna (2008) esboza las perspectivas feministas, planteando que algunas son radicales y se refieren a un patriarcado que suprime a las mujeres (Rothman, por ej.) y que asumen a las mujeres universalmente oprimidas y pasivas, excluyendo la mirada de las propias mujeres y otras posiciones al interior del feminismo más abierta sobre las TRHA (p. ej. Callahan). La dimensión que adquiere la medicina moderna hace pensar en la inexistencia de un campo exterior y las resistencias a la medicalización son justamente lo que da testimonio de su predominio continuo (Foucault, 1974). Lucía Ariza (2009:49-50) reflexiona sobre aquellas posturas que desde la perspectiva de género llegan a negar la validez de las TRHA:

“Condenar sin más el uso de las tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea, incluso desde una posición crítica como el feminismo con su aspiración a denunciar las condiciones de opresión que atraviesan al cuerpo social, es pasar sintomáticamente por alto la importancia que éstas tecnologías tienen en tanto dispositivo cultural. Tal desatención implica renunciar a indagar el complejo enjambre de sentidos, representaciones, imaginarios y experiencias que constituyen el mapa cultural de las tecnologías reproductivas, y el tipo de apuestas simbólicas y materiales de todos los agentes que las protagonizan”.⁴²

Por otro lado, el feminismo de *liberal* sustenta la idea de que las TRHA amplían la libertad de elección reproductiva de las mujeres (Luna, 2008). Esa postura también debe ser meditada. Por su parte, Ariza, (2008:59) refiere a las versiones feministas liberales observando que, “[...] el elemento central de este punto de vista es destacar el sufrimiento personal y físico que causa la infertilidad en quienes la atraviesan (...). Aquí (...) la atención sigue puesta en el ámbito de lo subjetivo, y no en una problematización de las estructuras sociales y las condiciones históricas de posibilidad de una subjetividad para la cual la infertilidad resulta problemática.”⁴³

Desde el campo de la SyDDSSyRR, una demanda política de reivindicación de las mujeres (y personas con útero) como sujetos de derecho que pueden disponer de su propio cuerpo, se plantea de manera extendida en la lucha histórica por la despenalización del aborto y el acceso a la anticoncepción. Si ello puede ser pensado en términos anticonceptivos, amerita también poner atención sobre las prácticas y derechos vinculados con la concepción y la planificación familiar para diferentes sectores de la población en materia de Reproducción Humana Asistida.

⁴² El resaltado es mío.

⁴³ El resaltado es mío.

5.3 Consideraciones teórico-metodológicas para pensar el análisis de discursos sociales con horizonte transdisciplinario

El fenómeno de las prácticas culturales, sociales y políticas relacionadas con el las TRHA, constituye lo que para el análisis de las significaciones sociales Laclau (1997, 1998) denomina *procesos modernizadores*, que conllevan particularidades en la construcción de hegemonía en torno a distintas cuestiones así como en la configuración de sujetos políticos (identificados, excluidos, reinscriptos en torno de las primeras). Por lo tanto el abordaje del marco teórico para el análisis propone un recorrido particular, que amplía los horizontes de estos marcos, hacia investigaciones que abarquen fenómenos político-culturales desde una perspectiva transdisciplinaria y transformadora (Fair, 2016) y no sólo estrictamente sea un recurso para el análisis de la política. En esta línea, recuperar algunas categorías desde Foucault en lo que respecta a la conceptualización de los *discursos sociales*, resulta fundamental, en especial al reforzar una comprensión de los discursos sociales en tanto prácticas y repasar los conceptos de *enunciados-acontecimiento* y *régimen de verdad* (Foucault, 1971; Charaudeau y Maingueneau, 2005).

Bajo estas consideraciones, conviene realizar un recorrido general por distintas categorías teóricas que son pertinentes para construir y abordar el análisis del objeto de estudio.

5.3.1 Aclaraciones preliminares: acerca del “giro lingüístico” y la Teoría del Discurso

Antes de pasar al desarrollo de las categorías teóricas sobre análisis del discurso, haremos una reseña del paradigma teórico que las habilita. Se hace necesario aclarar que excede los límites del presente trabajo una incursión mayor por los variados debates teóricos que han venido atravesando este tema. Desde una impronta intelectualista, la lingüística tradicional distinguía entre lengua como sistema y lengua en uso o habla como discurso, centrándose en el estudio de la primera, mientras que los estudios sobre el discurso que comenzaron a realizarse ponían énfasis en el discurso como texto (oral o escrito). Entre los años 60 y 70 del siglo XX, con la crisis del positivismo, adquieren fuerza el posestructuralismo, el marxismo y el psicoanálisis a partir de los cuales se gesta el “giro lingüístico” en las ciencias sociales. Este giro destaca la relevancia del discurso en la formación y reproducción de las instituciones que enmarcan nuestra existencia. Se trata de una ruptura con la lingüística al entender de otra forma a la producción social de significaciones y superando el modelo binario del

signo (significado/significante) de herencia *de saussureana*, que había contemplado un proyecto de la lingüística como ciencia de la lengua.

De acuerdo con Soage (2006) el análisis del discurso se ha orientado a superar cualquier imposición dentro del sistema de pensamiento que aspire a detentar el monopolio de la verdad: se enfrenta al esencialismo, al universalismo y al fundacionalismo. En nuestro trabajo tomamos en cuenta a la teoría política del discurso “posestructuralista”, que ha ido desarrollándose. Estos aportes de la Teoría del Discurso han dado lugar a gran variedad de investigaciones socio-políticas, tanto teóricas como empíricas.⁴⁴ Asimismo, como enfoque orientativo, consideraremos el *Análisis Histórico del Discurso* (Dijk, 1997) ya que brinda una dimensión explicativa recurriendo al uso contextualizado del lenguaje, aborda cuestiones sociales y estudia fenómenos pragmático-discursivos que, incluso inciden en cambios lingüísticos, a la vez que aporta una dimensión discursiva al estudio histórico de los fenómenos.

Ahora bien, al plantear la cuestión del discurso a partir del “giro lingüístico” no podemos dejar de tener presente los aportes de Michel Foucault,⁴⁵ que propone elementos “no discursivos” para demostrar cómo las prácticas sociales contribuyen a la formación de instituciones y define: “El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o sistemas de dominación, sino aquello por lo que y a través de lo que la lucha existe; el discurso es el poder que debe ser conquistado” (Foucault 1981: 52-53 [1971]). Sin embargo, el abandono de la dicotomía discursivo/extradiscursivo permite, según Laclau y Mouffe (1987), extender el campo de las categorías que puedan brindar explicaciones sobre las relaciones sociales. Porque, de acuerdo con estos autores, sinonimia, metonimia, metáfora, no son formas de pensamiento que aporten un sentido segundo a una literalidad primaria a través de la cual las relaciones sociales se constituirían sino que constituyen lo social (Laclau y Mouffe, 1987). Esta perspectiva da lugar a abordar el análisis del discurso no ya desde una perspectiva cerrada observable en el signo *de saussureano* –o de la lingüística en general- sino desde la concepción del discurso en tanto práctica social.

44 Podemos citar entre los principales referentes a: Norval, 1996; Stavrakakis, 1999; Howarth, Norval y Stavrakakis, 2000; entre otros. El análisis del discurso se ha vinculado con la politología, en particular teóricos marxistas como Antonio Gramsci, Louis Althusser, Michel Pêcheux y Jürgen Habermas. Teóricos provenientes del psicoanálisis Sigmund Freud, Jacques Lacan. La filosofía hermenéutica de Ludwig Wittgenstein, de quien tanto Laclau como Mouffe –en varias obras– destacan haber tomado en cuenta particularmente su “segunda etapa” (Philosophical Investigations, 1953).

45 Obras como *La arqueología del saber* (1966) o *el Orden del discurso* (1971) forman parte, sin embargo, de un primer momento denominado “estructuralista” o “arqueológico” del autor, y posteriormente él mismo se encargará de hacer una revisión sobre sus argumentaciones previas, por ejemplo en *Microfísica del poder* (1979) sin abandonar totalmente su momento “arqueológico”.

5.3.2 Discursos sociales

Los discursos sociales constituyen la instancia por medio de la cual las significaciones sociales se materializan y son comprendidos en tanto prácticas sociales (Laclau y Mouffe, 1987). Desde este punto de vista, lo social es asumido como “espacio discursivo”, a partir de lo cual se comprende que el discurso no tiene carácter puramente mental sino material. Para Foucault discursos y enunciados sólo pueden ser descriptos en su instancia de *acontecimientos enunciativos* (Charaudeau y Maingueneau, 2005). Esos últimos sitúan al enunciado en una red compleja de relacionales que lo enlaza a otros enunciados en relaciones de colateralidad y correlación, que los posiciona en un exterior institucional con el que resultan complementarios. La trayectoria del enunciado, así planteado puede corresponderse a una sincronía con una trama discursiva instalada y también con una diacronía, ya que en tanto acontecimiento, el enunciado está expuesto a su repetición, transformación o reactivación en la producción social de significaciones a lo largo del tiempo. Habrá así, otros enunciados que lo preceden y que lo suceden. Por ejemplo, desde Laclau podríamos interpretar como punto nodal la evocación a un “vacío legal” en TRHA que emerge como significante en determinados momentos que pueden inferirse del *corpus* de notas y otras fuentes secundarias. Al momento de surgir tal demanda, arrastra acontecimientos previos de resistencia sectorial del campo reproductivo contra la proliferación de proyectos de ley de impronta restrictiva, y a la vez convive con la activación de un mercado reproductivo emergente. Estableciendo un mapa contextual de momentos y enunciados acontecimientos, el análisis dará cuenta de diversas interpretaciones que se orientan a comprender el pasaje de un momento más restrictivo y limitante hacia otro posterior que infiere la reinscripción de sujetos de derecho en torno al “derecho reproductivo” ligado un nuevo contexto histórico en el país y la región.

Fue necesario recurrir al concepto de “régimen de verdad” (Foucault, 1980), para denominar a aquellos momentos que del procesamiento de la literatura y el *corpus*, iban siendo interpretados como tales y que resultaban compatibles (aunque no idénticos) con la concepción de *hegemonía*, que veremos en el siguiente acápite. Para identificar, entonces, los tres grandes momentos, graficados contextualmente en la línea del tiempo. Para Foucault (1980) un “régimen de verdad” se entiende como un conjunto de procedimientos reglamentados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación, y el funcionamiento de los enunciados. Los regímenes de verdad están ligados circularmente a los sistemas de poder que los producen y los mantienen, y a los efectos de poder que inducen y que los acompañan (Foucault, 1992).

Ahora bien, al preguntarnos por las consecuencias políticas de la producción social de significaciones, tenemos presente que resultan objeto de la interpretación empírica y reflexiones teóricas que no pretenden agotar el universo de sentidos en torno al tema (de allí, su carácter exploratorio). Ello camino a pensar los cruces y tensiones discursivos en torno de las TRHA, orientados hacia una pragmática sociohistórica de las prácticas discursivas. Aquí el enunciado se percibe como acontecimiento, al margen de sus formas de lengua. El nivel de lo dicho o lo escrito nos presenta el *enunciado-acontecimiento* sino como un momento del discurso que adquiere sentido porque entra en el juego de relaciones con otros momentos de enunciación.⁴⁶ El análisis se trata de la:

“(...)reconstrucción arqueológica de una memoria discursiva dicha, como toda memoria, de remanencias y olvidos. Obsérvese que esta noción de `acontecimentalidad` enunciativa es de doble gatillo: al erigir tal o cual enunciado en acontecimiento, el discurso del análisis es el mismo acontecimiento (...) En última instancia, pues, el análisis del discurso renunciará a su mirada arqueológica para orientarse hacia una genealogía de las formas de comportamiento, no ya exclusivamente discursivas, sino principalmente institucionales y personales (Foucault, 1971, 62-72)” (Charaudeau y Maingueneau, 2005:59-60).

5.3.3 Significantes vacíos y hegemonía

En línea con la concepción de materialidad de los discursos sociales, (Laclau y Mouffe, 1987, Laclau, 2005) aportarán para su análisis político, que la hegemonía no se trata de una dominación imperante, sino que consiste en esfuerzos permanentes y nunca del todo victoriosos por formar consensos lo más extensos posible (Laclau y Mouffe, 1987).⁴⁷—Bajo la concepción de apertura de lo social, los autores entienden que el universo de la discursividad está formado de elementos sin ligar, que son significantes flotantes (Laclau, 1996, Žižek, 1992, 1993). Para dejar de ser elementos y para que se generen momentos (formaciones discursivas que fijen parcialmente su sentido social) en la significación, es necesario que opere un vaciamiento de ciertos significantes flotantes, que se condense en ellos un exceso de significación. Es pertinente

⁴⁶ Pecheux (1978, 2003) rompe con la oposición lengua/habla porque el discurso no es ni una ni la otra, incorpora al lenguaje a lo socio-histórico en tanto un discurso se sitúa en ciertas relaciones de fuerza.

⁴⁷ Esto es así porque “La dimensión hegemónica de la política sólo se expande en la medida en que se incrementa el carácter abierto, no suturado, de lo social (...) Hegemonía es, simplemente, un tipo de relación política (...) pero no una localización precisable en el campo de una de una topografía de lo social. En una formación social determinada puede haber una variedad de puntos nodales hegemónicos (...) [que] pueden ser el centro de irradiación de una multiplicidad de efectos totalizantes; pero, en la medida que lo social es una infinitud irreductible a ningún principio unitario subyacente, la mera idea de un centro de lo social carece de sentido” (Laclau y Mouffe, 1987: 183).

comprender que el *significante vacío* (Laclau, 1996) produce el efecto de exceso de sentido.⁴⁸ Cuando se integran diversas demandas a su alrededor, el significante se vacía en tanto que pierde su particularidad constitutiva para adquirir “efectos universalizantes” (Laclau, 2005). Señala Laclau que “[...] la política es posible porque la imposibilidad constitutiva de la sociedad sólo puede representarse a sí misma a través de la producción de significantes vacíos” (Laclau, 1996: 84). La hegemonía se constituye cuando una diferencia, sin dejar de ser un contenido particular, encarna la representación de la totalidad social, cuando un significante logra simbolizar la cadena de demandas equivalenciales. “Hegemonizar algo significa, exactamente, llenar ese vacío” (Laclau, 2005:83).

En 2005, Laclau observa la noción de significantes tendencialmente vacíos, al entender que el vaciamiento nunca puede ser total, ya que ello implicaría el establecimiento de una sociedad plenamente constituida como tal. De la imposibilidad de suturar lo social, surgen, entonces, prácticas hegemónicas, que privilegian ciertas articulaciones significantes por sobre otras en torno de determinados *puntos nodales*. La hegemonía procede a través de una doble lógica de diferencia y de equivalencia (Laclau y Mouffe, 1987). La diferencia complejiza el espacio político y alimenta antagonismos (posiciones diferenciadas). La lógica de la equivalencia, en cambio, simplifica el espacio político y tiende a conformar un centro que unifica/cancela las diferencias. Prosigue el autor señalando que: “...lo específico de lo equivalencial es la destrucción del sentido a través de su misma proliferación” (Laclau, 2002: 24). Y sus dos operaciones centrales son el flotamiento y el vaciamiento. Por ejemplo, “Democracia” como componente del “mundo libre” no es necesariamente sinónimo de “libertad de prensa”, “propiedad privada”, etc. Pero lo que da su dimensión específicamente ideológica al discurso del “mundo libre” es que cada uno de esos componentes discursivos no quede encerrado en su particularidad diferencial y comience a funcionar como nombre alternativo para la totalidad equivalencial que todos ellos conforman.

5.3.4 Antagonismo, dislocación, hegemonía⁴⁹

El proceso de vaciamiento del significante acompaña la conformación de antagonismos (Laclau y Mouffe, 1987; Žižek, 1992, 1993), que son relaciones en las que se muestran los límites de toda objetividad: allí donde se gesta una arena de lucha es donde existen antagonismos, es donde se hace posible la “articulación hegemónica” (Laclau y Mouffe,

⁴⁸ Žižek (1992, 1993) dirá que ese exceso refiere un *plus metafórico*.

⁴⁹ En el desarrollo el destacado es propio con la finalidad de demarcar ideas fuerzas de abordaje.

1987). Los autores advierten que aunque las formaciones discursivas resulten contradictorias, ello no quiere decir que tengan siempre carácter antagónico ya que "[...] todos participamos en numerosos sistemas de creencias que son contradictorios entre sí y, sin embargo, ningún antagonismo surge de estas contradicciones (...) En la medida en que hay antagonismo yo no puedo ser una presencia plena para mí mismo. Pero tampoco lo es la fuerza que me antagoniza" (Laclau y Mouffe, 1987: 168). El antagonismo implica que no hay una relación entre identidades plenas, sino que la relación entre ellas surge de la imposibilidad de constitución de las mismas. Por lo tanto, toda construcción identitaria presupone una serie de límites que Laclau (2005) denomina "una frontera de exclusión". En esta frontera que se delimita, todos los elementos que la componen son equivalentes entre sí en la medida en que todos se forman como exclusión de una primera identidad⁵⁰ (Laclau, 2005). Es decir, que las categorías excluidas para lograr constituirse en los significantes de lo excluido, como se dijo, tienen que cancelar sus diferencias a través de la formación de una "cadena de equivalencias".

Si bien no se encuentran significantes capaces de hegemonizar la totalidad del campo político, encontraremos procesos mediante los cuales ciertos significantes *empiezan* a articular series de demandas. Nos preguntamos, ¿cómo puede vislumbrarse la posibilidad/imposibilidad de esos procesos? si no siempre las relaciones son visiblemente "antagónicas"⁵¹ y, por lo tanto, ¿cómo puede abordarse desde Laclau el análisis de los procesos en los que no se observa, constante o claramente, una solidaridad o alianza unificadora entre causas o demandas? Una posible respuesta a estos interrogantes la observamos cuando Laclau (1993) profundiza su noción del antagonismo como límite de lo social, incorporando una categoría más primaria, la *dislocación*. Esa categoría da cuenta del hecho de que la sociedad en tanto totalidad presupuesta, está siempre ya "dislocada" por un exterior que, pese a ello, no es necesario que sea construido discursivamente en la forma del antagonismo. La dislocación es una falta de ser en la estructura social y, por lo tanto, condición de

50 La concepción de toda identidad desde un punto de vista antiesencialista nos plantea que ni los sujetos, ni la sociedad, ni la técnica son la manifestación de una esencia que los precede a su puesta en relación con otros elementos. Más precisamente se trata de construcciones, fruto de la conflictividad constitutiva de lo social. Considero que esta comprensión se halla mucho más elaborada por Laclau a partir de *La razón populista* (2005).

51 Norval (2000) ha cuestionado la concepción derridiana de la identidad como constituida exclusivamente por un "otro", y ha sugerido (remitiéndose a Laclau y Mouffe, 1987 [1985]) que puede haber formas no antagonistas de constitución de la identidad.

posibilidad o imposibilidad de la constitución de hegemonías. “La dislocación es la huella de la contingencia⁵² en el seno de la estructura” (Laclau, 1998:112).

Laclau (1997:97) va a señalar que la “...Hegemonía representa, en estos términos, el momento de sutura, el momento de inscripción de esa dislocación radical en un principio de lectura. Hegemonizar algo es proveer un lenguaje a través del cual, algo que es un límite absoluto comienza a poder ser pensado en un campo discursivo nuevo.” Así planteada, la dislocación puede ser procesada por el discurso hegemónico de modo tal que no se cristalice en ningún antagonismo entendido como un conflicto entre colectivos que se niegan mutuamente. Los sujetos pueden estar atravesando dislocaciones generadas en medio de la introducción de procesos “modernizadores” y, sin embargo, no procesarlas a través de la detección de una fuerza antagónica ya que “[...] hay otras posibilidades discursivas, yo puedo decir que lo que me está ocurriendo no es porque los enemigos me atacan sino que es un castigo de Dios por mis pecados” (Laclau, 1998:201).⁵³

En autor explica, en síntesis, que “[...] la idea de construir, de vivir esa experiencia de la dislocación como antagónica, sobre la base de la construcción de un enemigo, ya presupone un momento de construcción discursiva de la dislocación, que permite dominarla, de alguna manera, en un sistema conceptual que está a la base de cierta experiencia. (...) Se suponía que la dislocación llevaba, necesariamente, al antagonismo –ese es el resabio dialéctico– y es lo que no puede aceptarse de ninguna manera como un hecho dado” (Laclau, 1997:94).

Laclau señala que lo social son formas sedimentadas⁵⁴ de lo político y que “[...] el momento de la reactivación sería el momento de mostrar la contingencia originaria, a través de la cual, secciones de lo social se han constituido (...) Hay política cuando hay, de un lado, dislocación, y del otro lado, reinscripción, es decir, espacialización o hegemonización de esa dislocación” (Laclau, 1997: 105). Nuevos eslabones pueden cambiar la significación, pero “[...] esta deformación no opera sin obstáculos. Hay una resistencia del sentido ya establecido que obstaculiza las equivalencias nuevas. Es a través de la operación de este movimiento doble y contradictorio que la ilusión de cierre

52 Laclau (1997) plantea tres rasgos de la dislocación: 1) Como la forma misma de la temporalidad, una temporalidad que aún no ha sido hegemonizada discursivamente, por ningún espacio de representación. 2) La forma misma de la posibilidad, cuando la posibilidad no ha sido todavía dominada por ninguna perspectiva teleológica (instancia fenomenológica). 3) La forma misma de la libertad de una estructura que no logra determinar a los sujetos porque no logra constituirse.

⁵³ El resaltado es propio.

54 Ernesto Laclau (2000) se remite a la distinción husserliana entre sedimentación y reactivación

se construye discursivamente” (Laclau, 2005:55). Laclau aclara, además, que: “El paso de la dislocación a la re-inscripción puede ser, precisamente, el momento de constitución del antagonismo, es decir, puede ser el momento de emergencia de la lucha contra-hegemónica” (Laclau, 1997:18). Laclau (1990) añadió los conceptos de mito e imaginario como estrategias para gestar o conservar la hegemonía. Los mitos son iniciativas que intentan, de forma nunca del todo victoriosa, llenar la falta. Los mitos se convierten en imaginarios si tienen éxito en representar y movilizar a aquellos a quienes interpelan. Como cualquier otra formación hegemónica, los imaginarios sólo presentan una ilusión de clausura en el discurso social.

5.3.5 Posiciones de sujeto y sujeto

En este punto, bajo las redefiniciones que hemos destacado, veremos las que respectan a la categoría de “posiciones de sujeto” (Laclau y Mouffe, 1987 [1985]). A nivel significativo la apertura de la identidad resulta inevitable, así como la no fijación absoluta de la identidad es también imposible (Laclau y Mouffe, 1987). De modo similar a la concepción de la sociedad como totalidad imposible, las identidades están sobredeterminadas, es decir no poseen una esencia que las provea de una sutura y un fundamento. Laclau y Mouffe (1987) sostienen que no hay sujeto fundante del discurso, sino que existen diferentes posiciones de sujeto (por Ej. feminista, ecologista, democrática, etc.) dispersas al interior de una formación discursiva. La significación de estas posiciones particulares no está fijada *a priori*, ya que eso depende de la forma de articulación de éstas en una serie de equivalencias a través de un excedente metafórico que define la identidad de esas posiciones. Se trata de los puntos nodales, que son centrales en la constitución de las identidades ya que permiten la construcción de cadenas de equivalencias entre sujetos, por ejemplo “derechos reproductivos”. Mouffe (1992) indica que:

“No hay ninguna posición de sujeto cuyos vínculos con otras estén asegurados de manera definitiva y, por lo tanto, no hay identidad social que pueda ser completa y permanentemente adquirida. Esto no significa, sin embargo, que no podamos retener nociones como “clase trabajadora”, “varones”, “mujeres”, “negros” u otros significantes que se refieren a sujetos colectivos. No obstante, una vez que se ha descartado la existencia de una esencia común, su estatus debe ser concebido en términos de lo que Wittgenstein designa como “parecidos familiares”, y su unidad debe ser vista como el resultado de una fijación parcial de identidades mediante la creación de puntos nodales.” (Mouffe, 1992: 4). En ese sentido, Laclau (1993) observará que el sujeto se autodetermina no como algo que ya es sino como falta de ser a través de actos de

identificación.⁵⁵ Estos actos subjetivos de identificación tienen lugar, como dijimos, en un terreno de indecibilidad estructural radical o dislocación (Laclau, 1993, 2000).

5.3.6 Categorías de retraditionalización y desplazamiento

En este último apartado teórico, se repasan las categorías de retraditionalización (Hernández Martí, 2008) y desplazamiento (Foucault,) que han sido de vital importancia para llevar a cabo el análisis de discursos sociales sobre TRHA dentro de un recorte temporal lo suficientemente significativo para abordar procesos y operaciones de esta naturaleza.

Desde aportes sobre modernidad de autores como Giddens, Hernández Martí (2008:29) define a la retraditionalización como *"[...]la recreación de un dispositivo discursivo (retórico-ideológico) al servicio de las definiciones sociales de la identidad, del ejercicio del poder o de los mecanismos de mercado, consistente en una reinterpretación selectiva del pasado cultural con la finalidad de la legitimación histórica de los proyectos de un presente plenamente extrañado del pasado, y que se traduce en un constructo social reflexivo, multiforme, plural, expresado en prácticas explícitas en constante transformación"*.

La *retraditionalización* se asocia con la categoría de *despolitización* y vehiculiza mecanismos excluyentes de sujetos de derecho otros (políticos) que no encajan en los parámetros de aceptabilidad del *statu quo*. Bajo el supuesto de que la mediación técnica no es neutral, la operación ideológica de "borramiento" (Pêcheux, 1978, 2003) ha implicado en caso de las TRHA apelar a figuras culturalmente tradicionales: familia tradicional, imágenes abundantes de bebés en la oferta del servicio (la cálida promesa del producto final) pareja de distinto sexo (o no) maternidad, hijo propio, parecidos fenotípicos en donación heteróloga, venta de óvulos y espermatozoides de sujetos con características étnicas (y hasta intelectuales) caucásicas, la posibilidad de elegir el sexo biológico de un hijo/a a demanda, etc. Esta operación promueve la práctica y a la vez solapa sus mediaciones histórico-sociales y sus consecuencias políticas. Esta operación no da cuenta de una herencia del pasado (sí hay sedimentación) más bien es una estrategia performativa de identidades presentes, un mecanismo compensatorio ante una experiencia nueva difícil de ser simbolizada para un sociedad o colectivo (lo

55 Un ejemplo de Žižek (1993). Desde el antagonismo sexual, la lucha feminista por la opresión masculina patriarcal, se acompaña de la ilusión de que tras su "abolición" las mujeres alcanzarían su potencial humano, su plena identidad consigo mismas, etc. En este punto nos interesa considerar la relación con el concepto de *dislocación* en Laclau, para reflexionar estas cuestiones de cara al análisis de discursos sociales sobre TRHA hacia significantes vacíos.

que implica desarraigo) y supone un rencantamiento o re-sacralización de la práctica secular.

El mecanismo de *desplazamiento* forma parte de la polivalencia táctica de los discursos sociales: una misma secuencia discursiva, puede servir a distintas estrategias. Foucault (1976[2008:97]) señala que se trata de “desplazamientos y reutilizaciones de fórmulas idénticas para objetivos opuestos”. Los desplazamientos refieren una multiplicidad de elementos discursivos que abordaremos en nuestro recorrido. Por ejemplo, en cuanto al estatuto del embrión en TRHA, la contradicción entre “la donación” y “la adopción”, que juega como parte de estrategias discursivas opuestas, pero también las halla en una misma retórica de sacralización entre posicionamientos encontrados.

6. MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentan los criterios que orientaron el abordaje empírico del objeto de estudio. En primer lugar, la definición espacio temporal. En segundo lugar, los criterios y procedimientos para el análisis de discursos sociales. En tercer lugar, se explicita el proceso de construcción de base empírica para el análisis. Cuarto, la acción transversal en cuanto al nexo entre teoría-observación. En quinto lugar, se desarrollan criterios y conceptualizaciones acerca de medios y actores. Finalmente, se detallan la construcción de la línea de tiempo y de la guía de observación para el análisis.

6.1 Definición espacio temporal

Al no registrarse en el estado del arte lo que podríamos denominar una historia de los discursos sociales sobre TRHA en Argentina, el recorrido implicó una dedicación particular y exhaustiva de relevamiento y verificación continua de fuentes de información. Asimismo, el trabajo de beca que antecede a esta tesina ha sido un antecedente de familiarización con la temática, su historia, los actores principales, pioneros o emergentes y los principales conflictos, alianzas y dilemas puestos en juego. El análisis toma como punto de partida, entonces, a los discursos sociales reconstruidos socio-históricamente sobre la TRHA y una actualización del estado de situación en Argentina. El análisis de discursos (en general y, dado el objeto de estudio particular) no puede hacerse con *corpus* acotados o textos aislados, ya que la tarea de reconstrucción de *formaciones discursivas y condiciones de producción*,⁵⁶ obliga a trabajar un amplio *corpus* para acceder a interpretar regularidades, diferencias, desplazamientos y contradicciones a lo largo del tiempo.⁵⁷ Por lo tanto, con un trabajo profundo previo,⁵⁸ se definieron criterios por periodos abarcativos y se seleccionaron años identificados como clave: éstos últimos, enmarcados en momentos construidos como categorías durante el análisis, en el proceso de diálogo entre teoría, metodología y observación. Los momentos a continuación son una construcción orientativa, pero no hermética, asumen lecturas transversales.⁵⁹

⁵⁶ De acuerdo a los enfoques de Laclau, Foucault y Pêcheux, abordados en el marco teórico-metodológico.

⁵⁷ Se tuvo presente a modo orientativo el enfoque de Análisis Histórico del Discurso (Dijk, 1997).

⁵⁸ En el marco de la beca UBACyT 2010 ya mencionada.

⁵⁹ Si bien se ha focalizado en determinados años, las condiciones de producción de los discursos de cada momento, implicaron establecer un criterio permeable que llevó, de modo oportuno, a hacer referencias previas o posteriores de la línea temporal minuciosamente elaborada (imágenes 2 (3) en Anexo) Para abarcar dicha transversalidad, se recurrió a instrumentos de apoyo en el diseño metodológico (cuadros, líneas de tiempo, esquemas, etc.)

- a) **1997 / Momento moralista punitivo y de comienzos de la legitimación social de las TRHA.** Primera tensión en el espacio público⁶⁰ por el tratamiento de dos proyectos de ley restrictivos. Media sanción de un proyecto de ley prohibitivo de las TRHA, en HCN.
- b) **2002, 2005 / Momento de demanda por “vacío legal” + auge de turismo reproductivo en el país.** Devaluación / Visibilidad y publicitación frecuente del mercado reproductivo. XII Congreso Mundial de Fertilización in vitro y Reproducción Molecular (Buenos Aires).
- c) **2009/10, 2013 y 2017 / Momento de logros legislativos.**⁶¹
 - 2009/10:** Crisis económica mundial. Primeras leyes y resoluciones provinciales sobre TRHA + 11 proyectos de ley TRHA en HCN.
 - 2013:** Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. A nivel discurso: sanción de ley nacional de TRHA
 - 2017:** 4 años de Ley Nacional de TRHA y Creación del Comité Asesor AD HOC en el ámbito del Programa Nacional de Reproducción Médica Asistida.

6.2 Criterios y procedimiento para el análisis de discursos sociales

Con el análisis de discursos sociales se apunta, por un lado, a dar cuenta de los modos en que, en un escenario concreto, los significantes se articulan en cadenas y, por otro lado, a dilucidar las consecuencias políticas que tales articulaciones poseen.

Para el análisis político de discursos un requisito fundamental es que estos se desarrollen en ciertos contextos de intercambio. El recorte del *corpus* para el análisis (tanto de discursos como de contenido) se basó en el criterio de saturación teórica (Glasser y Strauss, 1967). Es decir, cuando el hecho de hacer más análisis particulares sobre determinadas unidades/notas y contextos no sacó a la luz nuevas o pertinentes categorías para el análisis propuesto, nuevas formaciones discursivas o dimensiones del fenómeno que se pretende conocer.

⁶⁰ Desde 1996/7 el mapa de actores logra ser más claramente delimitable, sin correr el riesgo de forzar el “diálogo social”.

⁶¹ 2008/9 será considerado un antecedente por las legislaciones y resoluciones provinciales.

6.2.1 Abordaje operacional para el análisis de discursos sociales

A nivel operacional se inicia el análisis utilizando la categoría de modalidad enunciativa y en orden espiralado se dirigió la observación de lo particular a lo general. Bajo categorías de *regularidades discursivas*, *encadenamientos discursivos de equivalencia y diferencia* y *enunciados-acontecimiento*. Para luego realizar las primeras descripciones de las formaciones discursivas presentes en el corpus de notas construido previamente bajo la conformación de unidades de análisis y un proceso que se detalla a continuación

6.3 Proceso de construcción de la base empírica para el análisis

6.3.1 Corpus principal

El *corpus* principal son notas de medios gráficos nacionales (*Clarín*, *La Nación* y *Página 12*)⁶² publicadas entre 1985 y 2010 (primer relevamiento) en 2013 y 2017 (segundo relevamiento) considerándose para el análisis los años 1997, 2002/5, 2009/10 y 2013 y 2017, principalmente. La elección de los diarios mencionados, fue por su circulación nacional, llegada y tiraje, características que los definen como formadores de opinión. Mientras que los primeros son los de mayor circulación nacional, *Página 12* se caracteriza por posicionar en su agenda temas que no tienen lugar en otros medios (Lois y Cosoy, 2005) entre los cuales cuentan la salud y los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, la selección de estos medios gráficos se corresponde con la necesidad de asegurar una cobertura de búsqueda considerable. Finalmente, se relevaron y estudiaron leyes, decretos reglamentarios y resoluciones del MSN y otros marcos normativos relacionados. Además, para complementar el *corpus* principal, se observaron páginas web de instituciones públicas y privadas, estatales y no estatales, así como sus redes sociales (lo que conllevó el acceso a información en distintos soportes, gráficos y audiovisuales).

6.3.2 Relevamiento

El relevamiento se ha hecho tanto en publicaciones digitalizadas (en sitios web oficiales de los diarios) como impresas (en la Hemeroteca del Congreso de la Nación) bajo el establecimiento de criterios de búsqueda parejos. Se exploraron mismas secciones y suplementos, conforme a donde los respectivos diarios suelen ubicar este tema, acorde a las distintas coyunturas donde éste resultara tratado (secciones como: sociedad, política, salud, ciencia, particularmente). Los pasos de la búsqueda fueron: visionado, lectura completa de cada nota/unidad hallada y registro en planilla (vuelta a visionado si

⁶² Se seleccionaron como unidades de análisis 138 notas en total de los medios gráficos mencionados (*Clarín*: 55; *La Nación*: 48; *Página 12*: 31). 1º: 51 / 2º: 44 / 3º: 43 EN: Gráfico 1 (Anexo)

alguna nota llama la atención sobre la posible existencia de otra/s que pudieran ser relevantes). Se rastrearon notas y subnotas. Noticias del orden nacional como internacional –en el último caso, la mayoría de las notas contienen opiniones de referentes a nivel nacional–. Previo al registro se hizo una lectura integral y detallada de las noticias para hacer un seguimiento continuado de los sucesos y actores allí enunciados. El seguimiento de los “hilos” mencionados contribuyó a asegurar la cobertura de la búsqueda.

6.3.3 Procedimientos

1) Relevamiento de notas por palabras clave⁶³ en buscadores web avanzados (las notas de los primeros años, cuyo acceso no es digital, fueron relevadas panorámicamente y escaneadas en la Hemeroteca del HCN).

2) En la totalidad del *corpus*, se contabilizaron las notas, distinguiendo por diario y año.

3) Observación:

- *Observación 1*: a nivel retórico: títulos y bajadas, jerarquía y espacio destinado al contenido y sección. A nivel de la enunciación: noticiabilidad, si responde de modo explícito a otro discurso, actores, destinatario, estilo y puntos de vista manifiestos.

. *Observación 2*: Ordenamiento en cuadro de registro e identificación de:

a. momentos: coyunturas de mayor tratamiento del tema y emergencia de discursos.

b. contenidos específicos, actores clave, significantes recurrentes

c. principales cadenas discursivas de diferencia y equivalencia.

4) Construcción de esquemas rudimentarios guía de *regularidades discursivas*.^{64 65}

5) Identificación, cruces y reflexión de coyunturas (micro y macrosociales). Verificación de datos consignados (curación de contenidos).

6) Aplicación de criterio de saturación teórica: selección de notas como unidades de análisis de cada periodo.

7) Construcción de cuadro de tematización, posiciones y mapa de actores.⁶⁶

9) Elaboración de una línea de tiempo contextual (6.6.2)

⁶³ Palabras clave y recorrido por recomendación dentro de las páginas web de los medios digitales: “fertilización asistida”; “técnicas de reproducción asistida”.

⁶⁴ Las *regularidades discursivas* hacen referencia a un patrón de comunicación en el que se expresa una manera especial de entender, representar y transmitir el sentido de la realidad que se sostiene en el tiempo. El patrón se construye en torno a la formación de objetos, tipos de enunciación, conceptos y elecciones temáticas.

⁶⁵ Lo que, salvando las distancias, desde la lingüística puede asociarse con familias parafrásticas (Culioli, 1999).

⁶⁶ EN: Gráfico 2 (Anexo)

10) Observación y análisis de contenido de otras fuentes secundarias: normativas, contextuales, teóricas y representativas de actores clave dedicados al tema (páginas web, publicaciones, notas en otros medios digitales, *fanpage* y grupos en redes sociales)

6.3.4 *El trabajo sobre los contenidos y otras fuentes*

El abordaje del corpus en términos de contenidos, fue complementario a nuestra metodología principal, que es el análisis de discursos sociales. Para Bardin (1996) el análisis de contenido implica hacer referencia al contexto social de los discursos y no queda reducido al análisis de lo textual sino que implica inferir apreciaciones sobre aquello que se analiza.⁶⁷ Asimismo, consideran los discursos sociales como prácticas sociales (Foucault 1981: 52-53 [1971]; Laclau y Mouffe, 1987) se tuvo presente el enfoque de *Análisis Histórico del Discurso* (Dijk, 1997). Por lo que el trabajo con fuentes de verificación de contenidos y datos relevados, y complementarias al *corpus* de notas, resultó fundamental para realizar el análisis discursivo.

6.4 **Acción transversal a los procesos: nexos entre teoría-observación**

- Relevamiento y estudio de literatura (estado del arte contextual, normativo, investigativo y teórico) con permanente actualización.
- Construcción de guías no estructuradas y semi-estructuras para la observación y organización del *corpus* y para el desarrollo de esquemas (gráficos y escritos) de articulación entre teoría general y sustantiva.
- Desarrollo de escritos, informes y ensayos durante el proceso (su socialización e intercambio en espacios académicos, resultaron un ejercicio enriquecedor para revisar primeras observaciones y realizar ajustes, plantear nuevos interrogantes al objeto).
- Observación del *corpus* y análisis preliminares, nuevas preguntas al marco teórico (diálogo con la literatura relevada).

6.5 **Acerca de los medios gráficos como *espacio público***

A los medios masivos seleccionados se los entenderá aquí como *espacio público* donde circulan diferentes discursos sociales y no se los tratará en calidad de actores y sus características particulares. Se reconoce que los medios no fundan lo público y que, sin embargo, lo público en la actualidad no existe por fuera de ellos (Caletti, 2000). Esto no supone considerar que los medios (incluidas las redes sociales) son transparentes o

⁶⁷ Existen diversidad de enfoques o concepciones sobre análisis de contenido. Por lo tanto, el análisis de contenido implicó una tarea de ordenamiento cuantitativo (particularmente entre 1985 y 2010) pero fundamentalmente cualitativo. Ya que primó el criterio de *saturación teórica* mencionado.

neutrales, tampoco implica negar sus límites y sus distorsiones como forma de acceso a los discursos sociales. Ahora bien, debemos aclarar algo a modo de advertencia: los mismos medios gráficos podían entrar en el mapa de actores si, y sólo si, cumplían con los requisitos previamente expuestos. No obstante, en general los diarios constituyen nuestra base documental, el análisis sobre sus artículos periodísticos y notas no apunta a la representación que los medios hacen del tema mencionado, antes bien este *corpus* es la vía de acceso a los discursos sociales a través de un “espacio público” particular. Comprendemos, finalmente que los medios de comunicación son clave en la construcción de dispositivos socio-culturales y políticos, en tanto vehiculizan y promueven significaciones a través de su misma práctica comunicativa:

“La imagen construida por los medios de comunicación/ formación de masas de lo que la ciencia realmente es y hace conforma aún más, por su mayor difusión, esa percepción social de la ciencia y de sus efectos (...) Entre estas estrategias retóricas, tienen una singular eficacia persuasiva aquéllas que se basan en una metáfora directriz que articula y da coherencia a toda una orientación discursiva. Cuando esta metáfora central, por lo habitual de su uso, ya no se percibe como tal metáfora sino como expresión de las cosas tal y como son. Ése es el caso de metáforas como la del impacto o la de la invasión que suelen articularse entre sí para multiplicar su efecto retórico.” (Lizcano, 2006 [1996]:73-74).

6.6 Definición de actores sociales y criterio de nominación

Definición de actor social para el análisis

Un actor puede ser un constructo/categoría, una institución o una persona biográfica. A la vez, un actor es entendido como interviniente dentro o a través de un campo determinado, sea consciente o no de dicha pertenencia. Se constituye en actor en el espacio público en tanto sus enunciaciones (que pueden ser acciones u omisiones) tienen cierta capacidad performativa. Quienes intervienen ingresan en la trama de la significación en tanto reconocen y son reconocidos (a nivel concreto o por medio de rasgos discursivos) para los demás actores con quienes interactúan, generan alianzas o rupturas. En estos movimientos, un sujeto o grupo de sujetos puede ser desplazado (las identidades son relacionales). Es decir, se despliegan nuevas prácticas, se redefine el universo discursivo.

6.6.1 Criterios éticos de nominación de actores y acontecimientos

Cabe mencionar que lo que aquí se describen y analizan son discursos sociales, en calidad de constructos académicos con la finalidad de establecer una mirada histórico-contextual y una crítica constructiva. En los únicos casos en los que se harán explícitos nombres de personas, será cuando se trate de funcionario/as públicos/as, Iglesia,

periodistas de opinión, especialistas con reconocimiento en el campo académico de las Cs Sociales y Humanas y otras figuras del orden público. Por fuera de eso, en las citas al *corpus* durante el análisis, se ha procedido a quitar determinados nombres propios, dejando sólo datos básicos del actor y pertenencias institucionales, cuando aplican. Asimismo, se evitó poner nombres de personas que aparecen en las notas de casuística.

6.6.2 Desarrollo de línea de tiempo histórico-discursiva⁶⁸

Se adjuntan a este trabajo tres gráficos que esquematizan una línea del tiempo. Como se plantea en el análisis, observamos que los discursos sociales sobre TRHA se han desarrollado en torno a, al menos, tres vías de hegemonización que se manifiestan, circulan y llegan a sobreimplicarse con distinta intensidad según los contextos, no son lineales, se mantienen activas con distinta intensidad y visibilidad.⁶⁹ A la línea del tiempo, se integran los acontecimientos histórico-significantes transversales al esquema, basado en estado del arte y trabajo de análisis del *corpus* de notas y otras fuentes secundarias complementarias y de verificación. Los ejes priorizados no pretenden ser agotados, más bien se seleccionaron hitos mínimos representativos de cada “clima de época” en torno al campo de la salud, las TRHA y la SyDDSSyRR.⁷⁰ Las líneas de tiempo fueron insumo y a la vez orientadoras del análisis de discursos, tratándose de un corpus extenso. Pueden ser utilizadas para reforzar una lectura contextual y trasversal general del análisis realizado. El esquema es descriptivo-contextual, basado en avances normativos y hechos históricos significativos. La línea de tiempo de dispuso abarcativamente entre 1984 y 2018, bajo el relevamiento, revisión y selección de: a) *Marco Normativo Nacional* (general y específico en temas abordados) b) *Coyunturas Nacionales* (según cada periodo: hechos históricos significativos, noticias, acontecimientos). C) *El Mundo* (acontecimientos y declaraciones de organismos internacionales).

⁶⁸ EN: Gráficos 3, 4 y 5 (Anexo)

⁶⁹ En forma exploratoria podemos identificar, atravesados por un conjunto de encadenamientos, tres “regímenes de verdad” (Foucault, 1992[1979]). Se trata de un desarrollo esquemático: durante el análisis se abordan matices y relaciones específicas.

⁷⁰ Se integran algunos datos en materia de VIH-sida en Argentina en los primeros años de la epidemia, con la finalidad de graficar prontamente tensiones con prepagas, materializadas en la dinámica normativa. Eso a modo reflexivo con el contexto reciente en el cual, pese a la Ley existente, debió emitirse una Resolución ministerial similar en el caso de las TRHA.

7. RECORRIDO Y ANÁLISIS DE DISCURSOS SOCIALES

El recorrido de reflexión y análisis empírico⁷¹ se presenta como un recorrido en continuo, pero que diferencia momentos, entendidos como constructos históricos esquemáticos. A través de ello, se busca explorar la producción social de significaciones acerca de las TRHA en nuestro país. La estructura propuesta es un desarrollo que se organizó a través de ejes de análisis, que tienen en cuenta, principalmente la caracterización de las principales cadenas discursivas de equivalencia y diferencia, la identificación de acontecimientos y actores clave, las tensiones públicas más destacadas y un repaso por la casuística en los medios. Ensayaremos reflexiones acerca de las consecuencias políticas y subjetivas de estos componentes a lo largo del proceso. Asimismo, orientaremos la reflexión hacia nuestros principales interrogantes, buscando dar cuenta de las marchas y contramarchas y de las contradicciones históricas en la constitución de un derecho reproductivo particular.

Para comenzar, repasaremos algunos antecedentes sobre los discursos sociales que circulaban en los primeros años de aplicación de las TRHA en el país, haciendo algunas acotaciones útiles para la lectura del desarrollo posterior. El primer momento (mitad de los años 90) permite que recorramos la materialidad discursiva de los mitos fundacionales que contribuyeron a la legitimación del campo, no sin matices. Los discursos sociales aquí descriptos continuarán en parte activos o residuales durante años posteriores. Ello intenta dar cuenta del comienzo de un proceso modernizador particular, el ordenamiento de la arena para futuras/presentes luchas democráticas. Los primeros momentos intentan aproximarse a la historia de los discursos sociales y políticos de estas prácticas. Es decir, esos primeros momentos del recorte temporal del corpus, dan cuenta de lo que serán luego las condiciones de producción de discursos y significaciones sociales actuales en los que las TRHA son concebidas como derecho reproductivo en el país. Un segundo momento, se dedicará a abordar los primeros años de la primera década del año 2000, cuando se halle instalado un mercado reproductivo, atravesado por la crisis coyuntural y también por la lógica de la oferta y la demanda en el campo de la salud, de modo hegemónico, pero no heterogéneo. En ese contexto comenzarán a surgir demandas políticas por el acceso económico a las TRHA y críticas desde la mirada de la salud pública sobre estas prácticas ya instaladas en el país. Finalmente, en un tercer momento (2009/10 – 2013 y 2017) de avances legislativos en la materia, reflexionaremos sobre las tensiones y reconfiguraciones políticas e ideológicas en torno a estas prácticas (ya) como derecho reproductivo.

⁷¹ A lo largo del desarrollo, se utilizará el recurso de destacado, siendo en todos los casos, propio y con la finalidad de resaltar aquellas expresiones, significantes o ideas, que resultan importantes para el análisis.

7.1 LEGITIMACIÓN DEL CAMPO REPRODUCTIVO

Moral y retórica de “ciencia autónoma”

7.1.1 Campo reproductivo en formación: entre la legitimación y la moral

En estos momentos, en materia de técnicas de TRHA, los argumentos están puestos en la necesidad de habilitar sin obstáculos el progreso técnico *contra la esterilidad* bajo el argumento de dar respuestas a la dolencia y ayudar a la *pareja infértil*. Al comienzo, Estado y sociedad en general, están al margen de los criterios de investigación, aplicación tecno-científica y acceso a los procedimientos.

En 1986 la metáfora del impacto (Lizcano, 2006) es coincidente con una tendencia en nuestra sociedad que irá perfilándose más nítidamente durante los años 90 en nuestro país, que fue la de marginar al sector público, y más concretamente al Estado, señalado como deficitario e ineficiente, y predicar la iniciativa privada. Los discursos sobre TRHA en sus inicios desprecian la intervención del Estado en su sostenimiento y su inversión, en un contexto nacional de crisis económica y social. Las condiciones de producción de ciertos discursos, se debían a un contexto dirigido a un vaciamiento simbólico y material de los servicios públicos y a una creencia cada vez más dirigida al Estado como entidad ineficiente y arcaica ante un mercado creciente, moderno. No obstante, se identifican matices diferenciales en los discursos, una vez que los proyectos de ley restrictivos se vuelvan de peso, como abordaremos en el siguiente apartado. Un médico destacado del CEGYR, en el contexto del primer nacimiento antes citado reclamó que: “[...] **el Estado no interfiera en la iniciativa que está en camino, tendiente a modernizar al país**”.

En relación con trabas a la importación de equipos de alta tecnología, necesarios para aplicar estas técnicas, enfatizó que esta **iniciativa era “privada”** y que: “**sería absurdo pedir subsidio al Estado cuando el país tiene una deuda externa de 50.000 millones de dólares**”.⁷² Desde el principio, los costos elevados será un problema planteado por los mismos especialistas y centros reproductivos pioneros, quienes coincidirán en que,

⁷² Clarín, 09/02/86, *Rebosan salud los bebés de probeta*, p.38.

dado el contexto de crisis que se atravesaba: “...**cuando se trata de medicina de alta complejidad no puede pedirse ayuda al Estado**”.⁷³

Lizcano, refiriéndose a la racionalidad técnica (y, podemos agregar, tecnocrática): “Lo social viene después, pero sólo después. La ciencia, ese objeto autónomo y exterior, asume “la responsabilidad y los deberes” hacia “la sociedad en su conjunto” (...) la sociedad juega un papel pasivo, sufre el impacto y ha de confiar en la responsabilidad de algo que ella no construye ni controla.” (2006[1996]:91).

Esa construcción del problema social en un problema de salud va a recurrir desde un principio a la metáfora bélica, la “**lucha contra la esterilidad**”⁷⁴ y el medio de combate será la promoción y aplicación de la TRHA bajo una retórica científica “benéfica” de las personas que no podían concebir. Iniciativa tecno-científica que será cuestionada por sectores conservadores de la política y religiosos durante los años siguientes. También, habrá resistencias de parte de sectores intelectuales del feminismo, pero no será un tema prioritario en la agenda del movimiento de mujeres en un comienzo. Es importante destacar que, desde el punto de vista de la política pública de aquel momento, se asomaba así una política biotecnológica neoliberal por omisión en tanto aquellas resistencias no iban a conseguir finalmente la marcha atrás de este “proceso modernizador”. Proceso que en un primer momento, a excepción de las pujas sectoriales de poder (científicos, sectores religiosos, políticos) no se caracterizará principalmente por tener estrategias discursivas antagónicas propias del campo popular (entre grupos, clases o sectores en puja, característico a las luchas populares) sino que la arena discursiva tenderá a operaciones de *dislocación* (Laclau, 1998), en las que se observará sintomáticamente la alusión a la infertilidad, la esterilidad, al vacío legal, derecho reproductivo, etc. en tanto *significantes flotantes* (Laclau y Mouffe, 1987).⁷⁵

No observada una alternativa contracultural, esta iniciativa privada de I+D⁷⁶ en el campo biotecnológico se empezaba a conformar dentro del campo científico con altas expectativas de desarrollo, pese a ubicarse en un país periférico, generalmente, subsidiario de la lógica global, pero con un campo fértil, en principio libre de legislaciones restrictivas u obstáculos políticos que se experimentaban en otras

⁷³ Esto lo planteaban, por ejemplo, referentes del CEGYR, Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción. Por ejemplo en: *Clarín*, 07/08/85, *Nacerán, en pocos meses más, bebés de probeta argentinos*. P.36.

⁷⁴ *Clarín*, 29/02/88, *Lucha contra la esterilidad*, p.38.

⁷⁵ Recordemos que los significantes flotantes dan cuenta de luchas políticas (y “semánticas”) por hegemonizar un espacio discursivo.

⁷⁶ Investigación y Desarrollo (I+D)

latitudes. Las cuestiones integran actores que pueden hallarse objetiva o subjetivamente afectados por éstas. Sin embargo, no hay correlación necesaria entre un problema o situación y la tendencia de los afectados a movilizarse activamente en defensa o cuestionamiento de la misma. Esto puede deberse a varios motivos (no percibirla, naturalizarla, no confiar en una respuesta favorable de parte del Estado, no poder movilizarse por falta de recursos simbólicos, económicos, ideológicos, etc.). Sin embargo, pueden ser otros actores que se apropien de esta cuestión, que busquen instalarla, manifestándose en representación de aquellos que la experimentan de modo directo. Deciden tomar la iniciativa por interpretar que su resolución en cierto punto queda en sus manos y estará más alineada con sus intereses y preferencias, mejorando sus bases de apoyo político. Incluso, esta intervención puede contribuir a disolver tensiones previsibles que amenazarían su poder relativo. Oszlak y O'Donnell (1981) señalan que esta iniciativa puede surgir por del mismo Estado o gobierno o por otros actores que toman posición frente a cuestiones que los involucran, cuyas propias políticas, pueden ser conducentes a un proceso de resolución e incidir en futuras tomas de posición sobre el tema. Es así que observamos que en Argentina la cuestión TRHA e infertilidad fue activamente apropiada en el espacio no sólo privado sino también de reconocimiento público del tema, por la comunidad científica (y corporativa) con una estrategia consiente o no de sí, pero que se percibe coherente, en términos generales y basándonos en el estado del arte. Dicha comunidad enmarcada en un conjunto heterogéneo de profesionales, centros de reproductivos, asociaciones y otros actores asociados institucionales y/o civiles que se irán enlazando, es lo que denominaremos (aunque no excluyentemente) *campo reproductivo* (Bourdieu, 1997).

Los expertos de los primeros centros e institutos privados especializados en TRHA del país, fueron los que mayor protagonismo asumieron en el espacio público con respecto a este tema. Incluso, se abrieron y difundieron espacios para recibir consultas de pacientes con trastornos de fertilidad. Ya que, además, en un inicio, fueron los mismos especialistas del emergente campo reproductivo los que, parados en la iniciativa privada, se hicieron cargo no sólo de la búsqueda de una respuesta médica *contra la esterilidad*,⁷⁷ no sin sensibilizarse por la existencia de dificultades de acceso económico de los pacientes a las costosas prácticas.

En contexto aún muy restringido a nivel social, económico y cultural, se interpreta que sin pacientes que confiaran en los profesionales, sin inducción de la demanda, no

⁷⁷ Clarín, 08/02/86, *Sobreviven dos de los trillizos de probeta*, pp. 24/25 (Fundación E. Nicholson); Clarín, 29/02/88, *Lucha contra la esterilidad*, p.38 (Fundación Halitus).

hubiera sido posible llevar estos procedimientos a cabo en el país: en esos momentos resultaría necesario el acercamiento a/de los pacientes. Que éstos se presten a algo tan novedoso (y “del futuro”) y confíen en los especialistas para que desarrollen intervenciones e investigaciones. Por un lado, se trata de una creencia propia de todo proceso medicalizador, en tanto socialmente se deposita confianza en la medicina (y en la técnica) con la esperanza de ser “curados”; en este caso: *cumplir su deseo del hijo propio*. Por otro lado, la firme iniciativa académica y empresarial de los profesionales nativos ante un proceso bio tecnológico global. El campo biomédico se va a ir constituyendo dentro de un paradigma de la ciencia neoliberal: “Las nuevas identidades-identificaciones [de] la globalización (...) ofrecen una ilusoria participación en el grupo de los protagonistas de la sociedad global a través de una intervención periférica en la producción de conocimiento biomédico”. (Ávila Vázquez, 2007:238)

Los capitales y el conocimiento invertidos por iniciativa privada requieren como contrapartida que la técnica pueda incorporarse socialmente sin demasiados obstáculos, sin ello no es posible sostener semejante andamiaje en la inversión de tecnología reproductiva. No será extraño comenzar a ver notas donde los médicos manifiestan una intención solidaria con aquéllas *parejas infértiles* que tengan dificultades para pagar estos procedimientos. El reconocimiento social le sigue atribuyendo al especialista un prestigio basado en un servicio a la comunidad y en una retórica del cuidado y la confiabilidad.



Ilustración 1. Clarín, *Lucha contra la esterilidad*, 29 de febrero de 1988.
Fuente: Hemeroteca del HCN

Ahora bien, la contracara inminente será en un inicio, la punitiva estatal y de sectores conservadores, *lobbyistas* de la Iglesia católica. Si bien ello ha sido un continuo en la historia de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, los cruces y tensiones discursivos no serán librados en un terreno necesariamente de lo popular, al comienzo. El campo reproductivo accionará ante la amenaza de no ver inhabilitada su actividad tecno-científica y biomédica en el país, con las consiguientes oportunidades de transferencia tecnológica y financiamiento internacional. Alcanzamos a observar, en aquel entonces, las marchas y contramarchas de un campo reproductivo periférico e incipiente, ávido de intervenciones e investigaciones biotecnológicas y médicas en TRHA en el país y con alcance regional

7.1.2 Pujas y alianzas por la legitimidad de las TRHA

Las primeras tensiones por la validez de las TRHA, se pondrán particularmente en relieve en el espacio público entre 1995 y 1997. La cuestión *fertilización asistida*, será en este contexto un nuevo frente contra el cual dar batalla de parte de sectores poderosos antiabortistas. Si bien las primeras respuestas de los especialistas armonizaban con ideas católicas de fondo, concilian. Al mismo tiempo, comienza a ser observable, por el grado de exposición pública de centros y especialistas, un panorama más heterogéneo en el campo reproductivo. Varios discursos sobre la reproducción, la maternidad y la familia tradicional y heteronormada, serán parte de las formaciones discursivas pilar de las prácticas del mismo campo reproductivo a largo del tiempo, como veremos. Son momentos en que en nuestro país resulta del todo explícita la articulación de los intereses de la Iglesia Católica con los del poder gubernamental, judicial y legislativo.

7.1.3 TRHA y moral: ¿El Estado pide una franca intervención?

Durante el primer nacimiento por TRHA del país, la respuesta de los especialistas a los sectores conservadores opuestos, será conciliadora y eso tomará carácter explícito en las declaraciones de uno de los profesionales pioneros, perteneciente al CEGYR:

*“El profesional, quien se declaró católico, citó la autoridad de la Iglesia y en especial del Concilio del Vaticano II para fundamentar su convicción de que **esta técnica es perfectamente “moral** y*

respetuosa de la persona humana". "De ninguna manera es un hecho inmoral", enfatizó, para añadir luego que "**Dios nos pide a nosotros que seamos colaboradores suyos**".⁷⁸

Desde 1995 destacaron las declaraciones con matices coincidentes de la Iglesia Católica⁷⁹ y de la Academia Nacional de Medicina, Ésta última hizo pública⁸⁰ su postura sobre las TRHA **estableciendo ciertos límites**. Se pone de manifiesto una óptica cargada de moral. La solicitada de la ANM destaca su **preocupación por el embrión** entendido como persona/"hijo" (adscribiendo a la *teoría de la fecundación*) sostiene como **válida la fecundación homóloga, comprende que la parentalidad debe ser heterosexual, dentro de la institución del matrimonio**. La *Encíclica evangelium vitae*⁸¹, asoció a las TRHA con **aborto**, rechazando la experimentación con embriones humanos y la fertilización in vitro y la fecundación heteróloga.⁸² De las principales discusiones en el marco de los medios gráficos o era principalmente planteada en un contexto argumentativo concentrado en la histórica disputa en torno del estatuto del embrión.⁸³

7.1.4 Proyectos de ley restrictivos

En 1995 en el HCN se gestaban dos proyectos de ley de reproducción asistida⁸⁴ en parte resistidos por algunos sectores del campo reproductivo quienes veían peligrar sus actividades en el caso de su sanción. Los proyectos en cuestión coincidían en reducir a tres el número de óvulos a inseminar, las parejas debían pasar por el Registro Civil y quedaba prohibida la fecundación heteróloga. Se manifestaron particularmente los principales referentes de la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad (SAEF), y centros especializados. La primera realizó un debate público en cual que insistieron en la "urgencia de una ley regulatoria".⁸⁵ Es a partir de ese momento que se plantea algo así como el *derecho a concebir hijos*.⁸⁶ No obstante, se interpreta que, pese a los esfuerzos mencionados y por los posicionamientos establecidos al interior del campo

⁷⁸ Clarín, 09/02/86, *Rebosan salud los bebés de probeta*, p.38.

⁷⁹ La opinión desde otros credos es prácticamente nula en el corpus estudiado.

⁸⁰ *La Nación*, 23/9/1995. Edición impresa.

⁸¹ Que tiene como antecedente inmediato la "Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación" dada en 1987 por la Congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia Católica. En 1995 la Encíclica *Evangelium vitae* condena la fecundación in vitro. *Encíclica Evangelium vitae del Papa Juan Pablo II, sobre las implicaciones éticas del aborto, la manipulación de embriones y el diagnóstico prenatal*.

⁸² *Página 12*, 10/08/95, *Fecundación y moral*, p.13.

⁸³ El resaltado en "negrita" es propio las declaraciones mencionadas, en cada caso.

⁸⁴ En la Cámara de Diputados, Ricardo Lafferriere; en la cámara de Senadores, Olijeda del Valle Rivas y Oraldo Britos.

⁸⁵ *Página 12*, 2/11/95, *Expertos en fertilidad siguen reclamando la ley*, p. 16.

⁸⁶ *Página 12*, 2/11/95, *Expertos en fertilidad siguen reclamando la ley*, p. 16.

reproductivo respecto de la regulación estatal, se trataba más de una acción reactiva/defensiva, que propositiva. Se observa que no había un consenso estable ni uniforme al interior del sector al respecto.

Por otro lado, en declaraciones que se repiten, la principal *víctima* de esta amenaza son los pacientes; y los centros de fertilidad, en principio, se vuelven sus representantes y velan por su derecho a concebir hijos. Meses antes había transcendido en los medios la protesta “solitaria” en Plaza de Mayo del Dr. Nicolás Neuspiller, en ese momento vicepresidente de SAEF,⁸⁷ en defensa de los derechos de las “*parejas estériles*” a la que se sumaron algunas de sus pacientes, que será luego fundadora y referente de la ONG Concebir. Decía en su protesta el Dr. Neuspiller:

*“Desde hace días estuve tragando aguantando todo tipo de agresiones. Hoy dije: basta” (...) “Leí muchas versiones en donde se dice que nosotros **tiramos embriones, maltratamos embriones**, que es **todo un asunto económico** (...) Deberíamos discutir las leyes, asesorarnos bien (...) Estoy aquí porque quiero **defender los derechos de las mujeres estériles a tener el mejor tratamiento que puede brindarse en el mundo para concebir un hijo**. Respetando, por supuesto, siempre, al **niño por nacer**” (...) “Mi temor es que salga una **ley restrictiva** con la que las **parejas argentinas** van a ver reducido su **porcentaje de éxito** y, por lo tanto, **no vamos a poder trabajar**”.*⁸⁸

Entonces, el mismo campo reproductivo que había excluido otrora la participación del Estado, ahora comenzaba a reclamar una ley adecuada ante la amenaza de ver restringida su práctica: “*En este tema el Estado pide una **franca intervención***” decía un profesional de Halitus⁸⁹ y denunciaba que la mayoría de los proyectos de ley sobre TRHA estaban influidos por asesores médicos vinculados con la Iglesia Católica, que se oponían, por ejemplo, a la criopreservación de embriones. “*Intentan que fracasemos*”, denunciaba el especialista. La construcción de aquellos *otros* que “intentan que fracasen” los intentos de legitimación de “una iniciativa privada”; que convocaba a especialistas, centros reproductivos e incipientemente, pacientes representados por los mismos médicos. Aquí la primera aproximación al contexto discursivo en el que emergieron estos grupos, en el que se infiere una solidaridad necesaria entre éstos y los centros médicos especializados, de acuerdo a lo que propusimos reflexionar desde Oszlak y O’Donnell (1981).

⁸⁷ Actual y primer director del Programa Nacional de Procreación Humana Asistida del MSN. Quien en su discurso inaugural de ese cargo como funcionario público, rememoró el acontecimiento que aquí se menciona.

⁸⁸ *Página 12*, 12/07/95, “*El derecho de concebir hijos*”, p.15.

⁸⁹ *Página 12*, 2/11/95, *Expertos en fertilidad siguen reclamando la ley*, p. 16.

7.1.5 Divergencias morales y alianzas de un campo reproductivo en formación

En 1996 repercutió en la opinión pública mundial la discusión en Gran Bretaña por el destino de 3300 embriones congelados y “abandonados” en clínicas por parejas que realizaron TRHA. Estos embriones, cumplidos los 5 años de conservación, resultarían finalmente desechados bajo la ley de fertilización asistida británica (1991). En resumidas cuentas, el cuestionamiento orientado por preceptos del Vaticano⁹⁰ y promovido por sectores antiabortistas, se centró en la alarma por la inminente destrucción de los embriones. Se planteó si, como “**huérfanos**”, deberían ser dados en “**adopción**”, o realizarle funerales, una “muerte digna”, etc.⁹¹

En Argentina, tras las repercusiones del caso británico, se van a desplegar una serie de intercambios entre distintos sectores ya mencionados, incluida la Iglesia Católica⁹², la enorme preocupación por parte de los legisladores alineados con la misma, contra la “manipulación y muerte de embriones”⁹³ y los mismos expertos, en algunos casos también preocupados por reducir el crecimiento de los bancos de embriones.⁹⁴

La mirada común será contraria a la destrucción o “descarte”. La retórica de conciliación se mantiene entre los especialistas, aunque con particularidades que permiten observar al menos dos matices diferenciales de fondo. En primer lugar, un pronto pase de la medicina a la bioética o, sin escalas, a la moral, en tanto sostenía que “los embriones tienen derecho a la vida” y “aconsejaban” la “adopción prenatal” o “dejarlos a disposición de un juez de menores”.⁹⁵ En segundo lugar, criterios biomédico y sanitario, en el que aun sosteniendo la idea del embrión como “persona”, establecen respuestas con un nivel argumental más independiente del juicio moral que los interpela, llegando a argumentar desde una mirada preventiva de los embarazos múltiples “de alto grado”. Es decir, en este caso, las respuestas al problema eran científicas y médicas: “gracias a la técnica de cocultivo” se podía seleccionar a los embriones de “mejor calidad”⁹⁶ para “incrementar las posibilidades de un embarazo”, “se descartan los no viables y “no se

⁹⁰ El Papa Juan Pablo II unos meses antes había llamado a “detener la producción y congelamiento de embriones humanos”, bajo la Encíclica *evangelium vitae*. *Clarín*, 01/08/96, *Comenzarán a destruir los embriones congelados*, pp. 54-55.

⁹¹ *La Nación*, 01/08/96, *Mataron con gotas de alcohol a los embriones congelados*, p.2.

⁹² *Clarín*, 02/08/96, *Destruyeron en Inglaterra los 3.300 embriones congelados*; subnota: *Lo que pasará en el país*, pp.38-39.

⁹³ *Clarín*, 8/07/96, *En la Argentina no existe una ley sobre fertilización*, p.40.

⁹⁴ *Clarín*, 8/07/96, *Idem* p.40.

⁹⁵ *Clarín*, 01/08/96, *Comenzarán a destruir los embriones congelados*; subnota: *Argentinos a favor de la adopción*, pp. 54-55.

⁹⁶ *Clarín*, 02/08/96, *Destruyeron en Inglaterra los 3.300 embriones congelados*; subnota: *Lo que pasará en el país*, pp.38-39.

congelan falsas expectativas”.⁹⁷ Los matices diferenciales que se hacen visibles dentro del campo reproductivo, que no pueden manifestarse al margen de la hegemonía discursiva antiabortista, coinciden en un punto: la técnica brinda medios para responder a los problemas morales. A riesgo de caer en una obviedad, si bien no hay una relación necesaria, los centros especializados y sus referentes no hacen militancia con respecto a los derechos reproductivos. Sino que más bien, estos últimos salen a dar respuestas cuando sus prácticas son criminalizadas o cuestionadas por otros sectores poderosos de la sociedad.

Por otro lado, al calor de los enfrentamientos desarrollados, en 1997 se produce media sanción⁹⁸ en el Senado de la Nación al proyecto del PJ que prohibía expresamente la clonación y el alquiler de vientres. El proyecto habilitaba para la realización de la TRHA solamente a parejas heterosexuales infértiles, casadas o convivientes de hecho durante tres años, que hayan probado infructuosamente otras técnicas menos complejas. Las modificaciones entendían por un lado, a la concepción no sólo dentro sino también fuera del seno materno. Bajo semejante criterio, el proyecto de ley penalizaba a quien destruya un óvulo fecundado fuera del seno materno, equiparándolo con un homicidio (CPN). Penalizaba con prisión a la mujer que consintiera fecundar un óvulo y luego se negase a su implantación o lo abandonara.⁹⁹ Proyecto avalado, nuevamente, por la Iglesia porque las TRHA para ésta eran “antinaturales” y “contrarias al concepto unitivo del acto conyugal”.¹⁰⁰ Por su parte, la comunidad biomédica rechazó ampliamente el proyecto de ley en cuestión indicando que no éste no tenía asidero científico alguno¹⁰¹. La media sanción al proyecto de ley citado da cuenta de la influencia y, probablemente el *lobby*, de sectores más recalcitrantes de la Iglesia Católica, también se vehiculizó declaraciones de algunos políticos.¹⁰²

Vemos así como se condensan dos cadenas diferenciales y equivalenciales en torno de las TRHA como delito o aberración moral, o las TRHA como incipiente derecho y/o práctica médica resolutoria de trastornos de la fertilidad y modernizadora del país. En ambos casos la ausencia de su regulación estatal de un lado y otro del mostrador, siendo el campo reproductivo generador de una demanda al Estado reactivamente por

⁹⁷ *Clarín*, 01/08/96, *Comenzarán a destruir los embriones congelados*; subnota: *Argentinos a favor de la adopción*, pp. 54-55.

⁹⁸ *La Nación*, 3/7/97, *Concepción asistida: media sanción*.

⁹⁹ *La Nación*, 4/07/97, *Rechazan el proyecto de fecundación*.

¹⁰⁰ *La Nación*, 4/07/97, *Idem*.

¹⁰¹ *Idem*,

¹⁰² *Página 12*, 28/06/97, *La ley de reproducción asistida del PJ enojó a médicos y pacientes*, p.16.

respuesta a la abatida católica, no como una formulación política consolidada y claramente definida hacia dentro y hacia afuera del campo. No obstante, la SAEF había tenido participación en el reuniones de trabajo entre los asesores de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados: **“La esterilidad no es sólo un problema de salud, es también una enfermedad de la esperanza y la ilusión”**, decía su presidente (SAEF) al inaugurar un debate interdisciplinario y presentar un anteproyecto de ley alternativo.¹⁰³

7.1.6 Primera aparición en la escena pública de los Grupos de Pacientes

Ahora bien, lo más novedoso de esta puja es que a la polarización consolidada se incorporó un sector incipiente, que recién se estaba gestando y, hasta entonces, no tenía una presencia considerable en el espacio público: se trata de los llamados “grupos de pacientes”, es decir, ONG que nacen con motivo de representar a pacientes con dificultades (o “trastornos”) para concebir un hijo. Los intereses visibles son los de los sujetos identificables aparentemente en forma transparente y sin tensiones: “médicos” y “pacientes”.¹⁰⁴ Veremos que esta alineación política basada en el mito de la relación “médico-paciente”, se presenta como una unidad, remitida a una relación básica y fácilmente asimilable, que sostiene los reclamos públicos desde una dimensión particular y exclusivamente médica. Podemos interpretar que la constitución del campo reproductivo, se va a nutrir de la *formación imaginaria* (Pêcheux) que es el vínculo médico-paciente, cuyos rasgos son la transparencia, la atención desinteresada, construida por una identificación y reconocimiento mutuos, basado en una relación asimétrica de saber-poder; que no se reconoce como tal y que opera bajo formaciones ideológicas que provienen del *hecho científico* como verdad en la modernidad.

Esta no diferenciación entre el discurso de los médicos y los pacientes se corresponde con un posicionamiento necesario en lo coyuntural contra un movimiento claramente prohibitivo de la TRHA. Sin embargo, esa articulación permanecerá en el tiempo, como parte de una marca fundacional. Veremos cómo años posteriores las ONG de pacientes se consolidarán y volverán expertos en su propia temática de salud. Pero, pese al compromiso general y grado de apropiación con la cuestión, se mantendrán alejados (de modo explícito) durante casi una década de un posicionamiento público basado en el signifiante “derechos reproductivos”. En junio de 1997 especialistas y grupos de

¹⁰³ La Nación, 8/7/1996, *Destruirán 2500 embriones en Gran Bretaña*.

¹⁰⁴ Página 12, 26/06/97, *Pacientes y médicos contra la ley que pone trabas a la reproducción*, p.14. / Página 12, 28/06/97, *La ley de reproducción asistida del PJ enojó a médicos y pacientes*, p.16.

pacientes se concentraron frente al Congreso para repudiar la media sanción del proyecto oficialista, bajo el lema *“Libertad a la procreación”*. Los carteles, fotografiados y reproducidos en la nota, señalaban:

“No a una ley que discrimina entre parejas fértiles e infértiles. No a la desaparición de conocimientos y trabajo para el país. No a una ley antiética”.

“Muchos **quedarán excluidos** y se **reducen las chances de embarazo**”, manifestó una referente de ONG de pacientes.¹⁰⁵ / “Bajo la consigna **“Hoy somos todos estériles”**, la asociación sin fines de lucro Pro Fertilidad y Familia realizó ayer al mediodía una **suelta de globos celestes y rosas** para rechazar el dictamen del PJ. La entidad sostuvo que el mismo **“invade la privacidad, es ofensivo y discriminatorio”**.¹⁰⁶

Un médico (ex directivo de la Sociedad Argentina de Andrología. Y en ese momento de Fertilab) decía en una nota de opinión:

*“Es importante que nuestros legisladores reflexionen sobre la escasa utilidad de las leyes restrictivas. **Este tipo de prohibiciones estimula el inmediato florecimiento de la actividad clandestina.** Considero deseable la promulgación de una **ley que reglamente la actividad sin intervenir en los actos privados** de los ciudadanos. La determinación del **número de ovocitos a fecundar** y su destino es una **prerrogativa indelegable de sus padres**”.*¹⁰⁷

El argumento más recurrente de médicos y, también, de pacientes: se sostiene en el daño discriminatorio contra los pacientes: la exclusión por reducir posibilidades de embarazo y el perjuicio económico. También aparece el peligro de que se eche a perder y censure el trabajo de los profesionales especializados en fertilización asistida del país, orientando un discurso sectorial relativamente armónico, que sostenía que ello implicaba un daño a toda la población en tanto afectaba a la actividad de investigadores en temas de salud. De mismo modo, los acontecimientos dan cuenta de la dislocación “lucha contra la esterilidad” desplazada hacia una incipiente queja (más que demanda) al Estado de parte de la sociedad civil.

¹⁰⁵ La Nación, 4/07/97, *Rechazan el proyecto de fecundación*.

¹⁰⁶ La Nación, 03/07/97, *Concepción asistida: media sanción*.

¹⁰⁷ La Nación, 11/07/97, *Actos privados*, p.17.

7.1.7 “Población congelada”

En relación con la marca de polarización que hemos indicado como un punto de constitución de la contracara de beneficios técnicos para la sociedad, en 1998, el Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (Cegyr) y la Sociedad Argentina de Endocrinología Reproductiva anunciaron que en el país existían a la fecha unos 1200 embriones congelados; se destacó, defensivamente, que **no había ninguna ley que lo prohibiera y que el único destino de estos embriones era el útero**,¹⁰⁸ aludiendo que éstos no eran destinados a experimentación ni tampoco destruidos. Este tipo de declaraciones tienen como correlato una de las tensiones mencionadas sobre la crioconservación de embriones: en 1993 un abogado católico presentó una **medida cautelar** para que se “*protegiera*” a los embriones congelados en tanto sostuvo que “**se están congelando personas**”.¹⁰⁹ De acuerdo con la medida, el juez Miguel Güiraldes se basó en la concepción del embrión en tanto persona con derechos, y al ordenar un “*censo*” se trataría de una *población* con derechos. Sin embargo, recién en 1999, la Cámara Civil confirmó el fallo¹¹⁰ y ordenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que hiciera un censo semestral de los embriones congelados e identificara a sus “padres”. La Cámara Civil también le haría saber al Ministerio de Justicia la “imperiosa necesidad” de que una legislación brinde solución a las diversas cuestiones jurídicas que plantea la utilización de las técnicas de FA. El fallo indicaba, asimismo, que antes de realizar cualquier donación se debía dar aviso al juzgado. Estas medidas fueron apeladas por las clínicas y la causa no volvió a resonar hasta el año 2004.

7.1.8 Acerca de la agenda política del movimiento de mujeres en los ´90

Enmarcados en posiciones de género de grupos que luchaban por los derechos sexuales y reproductivos, circularon discursos críticos hacia proyectos y contextos restrictivos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Claro que mucho más marginales en la capacidad de constituirse régimen de verdad en semejante coyuntura. No obstante, en línea con lo reflexionado en el marco teórico, más adelante retomaremos esta cuestión a la luz de los nuevos contextos socio-políticos. En primer lugar, se registra una nota de opinión¹¹¹ escrita por Eva Giberti, quien se ocupaba de

¹⁰⁸ Clarín, 21/06/98, *La calidad del semen del género humano disminuye*.

¹⁰⁹ Página 12, 7/12/1999, *La Justicia pide un censo de los embriones que se guardan congelados*.

¹¹⁰ C. Nac. Civil, Sala I, “Rabinovich, Ricardo D. s/ medidas precautorias” 3/12/1999

¹¹¹ Página 12, 31/07/96, *Las semillas del debate*. Subnota: ¿Embriones adoptivos?, p. 14.

cuestionar el uso de “adoptivos” para los embriones crioconservados, oponiéndose tanto a la moral católica como a la moral científica:

*“Habrá un número significativo de “adoptivos” destinados a caducar en cada ensayo (...) Su origen está regido por la técnica y no por la naturaleza”. Utilizar la condición de adoptivo como identidad de un embrión institucionalizado en territorios de la técnica genera una **contrariedad respecto del origen de los adoptivos reales**, cuyos embriones no recalaron en un banco de congelados sino en el **vientre de una mujer**”. Con respecto a las **manifestaciones altruistas** de deseos de “adopción” de embriones conservados a lo largo de los años, “...significa inventarse a sí misma como una madre ecuménica... alguien en quien se puede sembrar un producto técnico, para lo cual **la mujer** deberá adecuarse a ser, ella también, **otro producto de la técnica**”.*

El ejemplo anterior resulta importante, ya que nos ofrece la muestra de discursividad social subalterna, pero que interpretamos denota la dificultad de procesar en esa coyuntura social, la nueva experiencia reproductiva, remitiéndola a su pura negatividad. En ese punto la denuncia a la instrumentalidad técnica y patriarcal recaía en una visión incluso también moral, dentro de las condiciones de producción de los discursos feministas de aquel momento. Mientras que la dimensión positiva y la apropiación de la cuestión, tendió a ser hegemonizada de inmediato por otros sectores de mayor concentración de poder, bajo las consecuencias políticas que estamos comenzando a reflexionar. Por otro lado, dentro del mismo periodo, cuando se dio media sanción a un proyecto de ley restrictivo, que mencionaremos, emergió también aislada la intervención de FEIM sobre el tema: La Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) señaló:

*“Este proyecto **desprotege aún más a las mujeres** respecto del derecho a la maternidad. No satisface las necesidades de millones de mujeres a quienes **hoy les falta atención básica de su salud sexual y reproductiva en la Argentina** (...) [y vincula la cuestión a un **derecho humano fundamental**]”.*

Se trata de una mirada subalterna para la época, en base a una mirada integral de los derechos reproductivos y sexuales. Dada la historia de lucha por los DDSSyRR, se interpreta que el movimiento de mujeres en aquellos años y los siguientes, de una forma u otra, priorizó otras cuestiones en su agenda política.¹¹² Movimiento que estaba activo. No es casual lo que se trasluce en el reclamo del FEIM en 1997. El debate por la ley

¹¹² Los ejemplos seleccionados si bien no agotan, se aproximan a representar formaciones discursivas que atravesaban al movimiento feminista de aquel entonces, el primero, un posicionamiento desde mundo académico y, el segundo, desde una organización social.

nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (finalmente aprobada en 2002) inició en 1995, obtuvo media sanción y terminó perdiendo su estado parlamentario en 1997.

7.1.9 Avances tecno-científicos y procesos de medicalización

A fines de 1997 se dio el primer nacimiento con una nueva técnica de crioconservación de gametos a nivel nacional ¹¹³ : la implantación de un óvulo congelado, el primer caso en América Latina y el tercero en el mundo¹¹⁴. Este tipo de adelantos facilitan el desarrollo de los procedimientos ya que suponen un incremento en el “nivel de éxito” (para quienes se hallaban, entonces, en condiciones de enfrentar los costos). Innovaciones como la citada, se han basado en la rentabilidad como en el intento de reducción de embarazos múltiples (en particular, la multigestación de quintuples o séxtuples).

El ámbito de la biomedicina reproductiva ha tenido importantes cambios en sus consensos, criterios y medios de aplicación, además de tratarse de un campo no desprovisto de contradicciones internas y conflictos.¹¹⁵ Desde las primeras aplicaciones de las TRHA hasta la actualidad se ha incrementado el conocimiento tecno-científico y biomédico. La figura de experto suele tener un valor agregado en la sociedad, en tanto detenta (corporifica) el monopolio del conocimiento científico sobre ciertos temas y lo hace a través de un conjunto de destrezas, instrumentos y lenguajes, no desprovistos de valores y moralidad, como vimos. La medicalización que subyace en estos procesos es la que crecientemente contribuye a una indiferenciación entre el proceso de diagnóstico y el proceso de tratamiento, tanto en la imagen pública de estas técnicas, como en las vivencias de las personas con problemas reproductivos (Ariza, 2009).

7.1.10 Un llamado a la credibilidad técnica: hacia la legitimación del campo

*El proyecto de corte restrictivo de 1997 perdió estado parlamentario en 1999.*¹¹⁶ Sin embargo, tras la puja se creó un registro argentino de embriones humanos congelados, a cargo de SAEF. Pese a que los debates ideológicos de fondo, siguieron presentes, el campo reproductivo redobló sus apuestas. A partir de estos años, la tarea de los centros

¹¹³ Clarín, 9/12/97, *En la Argentina nació el primer bebé de un óvulo congelado*.

¹¹⁴ Clarín, 9/12/97, *En la Argentina nació el primer bebé de un óvulo congelado*.

¹¹⁵ Parte de los mismos puede ser reconstruida a partir del *corpus*, otros elementos exceden ampliamente este espacio y, en algunos aspectos se han reseñado en el estado del arte.

¹¹⁶ Página 12, 7/12/1999, *La Justicia pide un censo de los embriones que se guardan congelados*.

de reproducción aparece cada vez más promocionada y encuadrada en un relato de ayuda a la maternidad y paternidad, en el *éxito reproductivo* y en la innovación técnica de primer mundo. Es por eso que observamos en los relieves del *corpus*, discursos de especialistas con el recurso de datos e informaciones estadísticas, pero a la vez apelando a lo emotivo, a la experiencia individual de los pacientes, y los logros de la técnica van a empezar a jugar un papel compensatorio de beneficios, de invenciones, de logros, contrarrestando toda sospecha o irregularidad sobre el proceder del campo biomédico. Antes y después de aquellas tensiones, ya eran frecuentes las apariciones de especialistas y centros de fertilidad en el espacio público. Un médico (especialista argentino radicado en EE.UU.), decía en una entrevista:

"-¿Cuál es el panorama de la fertilización in vitro en la Argentina? -(...) Llevo pocos días aquí aunque muchos de los que ejercen en la Argentina se han entrenado en nuestro centro. Creo que una de **las dificultades para el desarrollo de la investigación en la Argentina es el individualismo**. "Hoy todos los hallazgos importantes se hacen en equipo. **Unirnos aún entre la competencia es fundamental**. Los personalismos no le hacen nada bien al trabajo científico interdisciplinario".¹¹⁷

El campo reproductivo comienza a encuadrarse en las asociaciones académicas, biomédicas y científicas. Dichas entidades privadas o públicas no estatales, algunas con muchos años de historia, serán las representantes del país ante organismos internacionales y redes profesionales, encargándose, entre otras cosas, del procesamiento y centralización de datos para el nivel local y la región. La estrategia discursiva de los centros comenzó a apostar por una mayor credibilidad en la sociedad por medio de difundir sus logros, estadísticas y *normalidad* de los procedimientos y criterios de aplicación de la TRHA en el país. Tras la amarga experiencia de 1997, en una nota de opinión, el responsable de CEGYR de aquel momento, decía:

"Los científicos y técnicos...hemos sido interpretados como *taumaturgos peligrosos*... debemos afrontar ahora la **responsabilidad de ser más creíbles por la comunidad**".¹¹⁸

Aquel llamado a la credibilidad técnica parece coincidente con un movimiento del campo reproductivo hacia la búsqueda de consolidación de una imagen propiamente científica de su trabajo y como contrapartida de aquello que no lo es. A través de desterrar mitos

¹¹⁷ La Nación, 8/7/1996, *Destruirán 2500 embriones en Gran Bretaña*.

¹¹⁸ La Nación, 11/07/97, *La responsabilidad de ser más creíbles*, p.17.

y generar confianza en el saber autorizado, divulgar novedades técnicas y tratamientos ofrecidos, recurrir a un lenguaje de saber referencial (datos, estadísticas, reporte de investigaciones locales o de países desarrollados, etc.) forma parte de un proceso de legitimación social. La *función referencial de la comunicación*, resulta un arma ideológica importante, en tal sentido. El agente (la tecno-ciencia) cuyo impacto antes podía ser amenazante, ahora puede familiarizarse y ser tal vez una suerte de vacuna contra la invasión que lo obstaculizaba (Lizcano, 2006 [1996]).

En primer lugar, como dijimos, los avances técnicos requieren ser desarrollados en un marco de confianza de parte de los (potenciales) pacientes y de la sociedad toda. El mismo campo biomédico, en el espacio de los medios, se va a ir preocupando por desterrar mitos tecnológicos o información consideradas caducas o erróneas sobre las consecuencias de la técnica. Ese punto redundantemente informativo es habitual en todo proceso de retradicionalización, familiarización/naturalización de cualquier objeto que se corresponda con un entramado técnico novedoso para la sociedad.

Las crecientes divulgaciones en los medios gráficos apuntan, por un lado, a la promoción (y probablemente, en algunos casos, a publicidad encubierta o “publinota”) de los centros de fertilidad; por otro lado, apuntan a la búsqueda de credibilidad social del campo reproductivo en general y de una técnica en particular: la FIV. Especialistas se ocuparán de informar investigaciones y dar entrevistas de manera cada vez más frecuente. Afirmaban que **“no hay ninguna diferencia entre el desarrollo de los chicos concebidos por fertilización asistida y el de los que nacieron de embarazos naturales”**, que **“el desarrollo del feto es el mismo que en embarazos naturales”**.¹¹⁹ Demostraban que las personas nacidas por FIV, eran “bebés normales”.

La *infertilidad* será reforzada como la contracara de las TRHA: el énfasis de los contenidos va a estar puesto en la expansión de estas técnicas como solución a la infertilidad. En la lista de técnicas junto con su reseña (encabezando habitualmente la FIV y sus variantes como ICSI) aparecen testimonio de los especialistas explicando los diferentes adelantos y procedimientos tecnocientíficos. Entre las informaciones que circulan en variadas notas, cuentan: el crecimiento de la infertilidad en los últimos años, sus prevalencia en el hombre y en la mujer, porcentajes de éxito, los determinantes de la salud reproductiva que llevan a la infertilidad (en menor medida) entre los que

¹¹⁹ Clarín, 9/10/97, *Estudian su desarrollo. Una fiesta para bebés fecundados in vitro*.

privilegian un recurrente “determinante social” que aparece hasta nuestros días: la postergación de la maternidad.”^{120_121_122_123_124_125}

Los centros se ocuparán de hacer cada vez más visible una imagen organizada del campo reproductivo. Varios especialistas reafirmaban recurrentemente en distintas notas los criterios que seguían para su trabajo, que estaban organizados bajo asociaciones, de allí seguían consensos y pautas “éticas” instituidas en el campo biomédico, naturales y aparentemente no cargadas de moralidad^{126 127}

En resumidas cuentas, durante la segunda mitad de los años 90, las condiciones de posibilidad de los discursos están regidas, de uno u otro modo, por los posicionamientos de espíritu conservador de la época. Vemos un campo reproductivo camino a brindar “otra imagen” pública, en un marco todavía carente de una legislación y de una demanda claramente definida en ese sentido. Asimismo, en 1996 se funda la primera ONG de pacientes con “trastornos de fertilidad”, dando lugar a la emergencia de nuevos actores (*los pacientes*) que no se diferenciarán claramente de los expertos, como explicábamos.

Se hace necesario reflexionar que la relación técnica-sociedad no es sólo una y necesaria, sino que va configurándose lentamente. Aquella, va ganando terreno a la significación social en contextos que la organizan y le dan un sentido en un momento histórico determinado y en el entrecruzamiento de agencias y poderes específicos: *“La imagen pública de la ciencia y, en consecuencia, el modo en que la sociedad reacciona ante sus efectos más notorios, viene construida por todo un complejo de factores. La imagen ideal que, por ejemplo, suelen ofrecer epistemólogos y moralistas sobre lo que la ciencia debe ser, contribuye poderosamente a conformar lo que de ella se percibe y se espera.”* (Lizcano, 2006 [1996]:73-74). Las diferencias conforman o promueven la identidad del campo.

Como vimos desde el comienzo, esa identidad, con matices, oscilaba entre perspectivas técnicas impregnadas o conciliadoras con la moral católica y otras más inclinadas a una construcción científica que se presentaba a sí misma como racional y ética. No

¹²⁰ La Nación, 16/02/98, Aumentaron en cinco años los casos de fertilización asistida.

¹²¹ Clarín, 22/04/98, En el próximo siglo, todas las parejas podrán tener hijos.

¹²² Clarín, 1/06/98, La calidad del semen del género humano disminuye.

¹²³ La Nación, 25/04/99, La reproducción asistida busca terminar con la infertilidad.

¹²⁴ La Nación, 30/10/99, Esperanza para parejas estériles.

¹²⁵ La Nación, 19/01/00, Cómo será el futuro de la fertilización asistida.

¹²⁶ Clarín, 20/03/99, Vacío legal en la Argentina.

¹²⁷ Clarín, 22/05/99, Expertos argentinos dicen que así se respeta la vida humana.

obstante, se trata de la conformación de una identidad dislocada. La referencialidad, la neutralidad y la globalización recurrentemente evocadas, forman parte de la operación que borra las huellas de la ideología (Pêcheux).

7.1.11 ¿Modelo de ciencia “autónoma” o de mercado?

El campo reproductivo se presenta en la arena pública como unificado y, sin embargo, emergen los matices diferenciales aún tras el lenguaje referencial. Las opiniones de expertos aparecerán por añadidura, sin conflicto, en la mayoría de las notas. Como una “opción biomédica”. Lo mismo sucede con la diversidad de técnicas y procedimientos relacionados con las TRHA, en un contexto de avances tecno-científicos crecientes ampliamente divulgados. En algunos casos se trataba de procedimientos todavía experimentales y/o cuestionados al interior del campo.

Las asociaciones médicas y los centros de fertilidad y especialistas ocupan firmemente “su” lugar. Su voz es la autorizada para opinar acerca de las posibilidades y avances científicos, los tratamientos, los dilemas y los criterios éticos. Veamos, por ejemplo, discursos alrededor de los casos experimentales de selección de sexo. Se registran testimonios que oscilaban entre las opciones de uso terapéutico (p. ej. hemofilia) o eugenésico liberal abstencionista (servicio de selección de sexo solicitado por los progenitores/consumidores).

Primer encadenamiento diferencial:

“En cuanto a las parejas que quieren asegurarse un hijo varón luego de varias “chancletitas”, o viceversa, “no veo nada de malo --opinó un experto de Halitus: algunas parejas, por distintos motivos, lo desean así muy fuertemente. De todos modos esta aplicación será minoritaria, ya que el método es complejo y caro”.

*Por su parte el secretario de la Sociedad Argentina de Esterilidad, afirmó que **elegir el sexo del hijo “...no está mal como decisión acotada al ámbito familiar: lo grave sería una política de Estado que privilegiara, por ejemplo, el nacimiento de hijos varones por razones económicas o militares”.***¹²⁸

Segundo encadenamiento diferencial:

¹²⁸ *Página 12, 11/09/98, Las cigüeñas que sólo traen nenas [EE.UU.] / Subnota: La técnica podría llegar pronto.*

*En cambio el director asociado del Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción (CEGYR), sostuvo que "el método sólo debería aplicarse para **prevenir enfermedades y no por voluntad de un hijo de uno u otro sexo**, lo cual iría contra las proporciones establecidas en la evolución del ser humano".*

En el primer encadenamiento se plantea la elección del sexo de un hijo "a gusto del consumidor" (con un ejemplo retraditionalizante y sexista) y se interpreta el único que puede ser eugenésico es el Estado mientras que el mercado reproductivo sería considerado neutral y las decisiones, privadas.¹²⁹ En el segundo encadenamiento, la diferencia reside en la clara oposición a lo anterior, priorizando la justificación en base a criterios biomédicos, preventivos y/o terapéuticos. Por otro lado, muchas veces los procedimientos novedosos son planteados desde rasgos tecnológicos (aplicación), económicos (costo) y médicos (servicio). Mientras que los dilemas bioéticos y políticos, parecen quedar en una dimensión subsidiaria ante el hecho técnico irreversible, materia de diferentes opiniones o puntos de vista.

7.1.12 Casuística: El padre récord y la súper mamá

En la agenda de los medios sobre TRHA (Palopoli, 2011) comenzaba a incrementar la casuística sobre los primeros embarazos múltiples: 75% del total de las noticias fueron sobre casos locales y el 40% sobre casos internacionales, entre 1985 y 1994). A partir de ese momento, los especialistas tendrán principalmente la palabra autorizada, y reservada de auto/críticas, en estos espacios.

Como parte de las operaciones discursivas observadas, nos remiten a la categoría de *retraditionalización*. Las declaraciones durante estas notas de parte de expertos oscilaban entre el lenguaje referencial y la retórica afectivo-familiar. La casuística de todos los momentos se nos brinda como una vía interesante de acceso, además, para comprender cómo los mismos discursos delimitan subjetividades. Desde los primeros años la creencia de neutralidad técnica de la TRHA se relaciona con una mirada pronatalista que celebra públicamente sus "éxitos", pero tras la cual no se plantean con claridad los riesgos ni las condiciones de su proceso. Comienza a aparecer una frase muy frecuente hasta nuestros días de parte de quienes atraviesan procedimientos de TRHA: "Todo valió la pena". Porque las notas, asimismo, apuntalan en exclusiva, los casos exitosos. En ese sentido, como indicábamos, en primeros nacimientos múltiples

¹²⁹ Al respecto, esta podría ser una forma de "eugenesia liberal", según Adela Cortina.

se observa cierto solapamiento de sus riesgos y hasta una ovación y espectacularización explícitas; muchas veces evocada por especialistas y claramente formulada en/por los medios gráficos en su titulares, con alusiones tales como: **“Nacieron los primeros Sextillizos de la Argentina”, “Supermamá”, “El padre record”, “Felicidad por seis”, etc.**¹³⁰

En cuanto a la tematización, observamos que los contenidos (además de los casos de nacimientos múltiples) que más abundaron en la mitad de la década de 1990, ponen particular énfasis en los rasgos más polémicos: vientre subrogado, estatuto del embrión, desde una mirada generalmente conservadora. Sea en la casuística u otras notas las personas usuarias que se enuncian se remiten a la pareja heterosexual y unida en matrimonio.

¹³⁰ Todas notas de tapa: *Clarín*, 23/05/93, *Nacieron los primeros Sextillizos de la Argentina*, pp. 38-39; *Clarín*, 29/05/93, *Supermamá*, p. 37; *Clarín*, 20/06/93, *El padre record*, pp. 44-45; *La Nación*, 23/05/93, *Felicidad por seis para una pareja. Llegaron seis bebés para alegrar la tarde de la ciudad*, p. 18.

7.2 AUGA DEL MERCADO REPRODUCTIVO

Un histórico “vacío legal”

7.2.1 Reconfiguraciones discursivas en el campo reproductivo

A partir de 2002, se observa un giro dentro del campo reproductivo que refuerza a las TRHA dentro de la dimensión explícita de mercado reproductivo. Este periodo consiste en el desarrollo de discursos sociales divergentes, entre lo que hemos identificado en el marco teórico como modelo de mercado y modelo de ciencia autónoma. Esta vez plasmados en posicionamientos de sujeto diferenciales, pero no opuestos, en pleno auge del turismo reproductivo en el país. El primero, en plena devaluación, se vuelca plena y explícitamente a una lógica de mercado, mientras que el segundo, desde un auto-reconocimiento ético, se despliega al mismo mercado, pero con otra retórica, la de la *autonomía del campo como científico*, al afrontar la empresa desventajas económicas de la coyuntura.

Por otro lado, aquel giro coincide con la conformación de una demanda al Estado cada vez más progresiva respecto del “vacío legal”, aunque con cadenas diferenciales. Una de ellas, más ligada a la regulación sectorial dentro del PMO, a problema del acceso económico ante un servicio establecido y aceptado como tal. Otra acentuación, menos visible y recurrente en la arena mediática, sostiene la articulación del vacío legal de las TRHA como un tema médico (riesgos); es decir, tiene otros matices y sostiene el significativo *salud pública*, que supone un giro “universalizante”, potencial de la apertura significativa que Laclau identifican como capaz de politizar, de fomentar una arena de debate más plural. Se considera aquel incipiente gesto, aunque aislado en el *corpus*, potente en tanto trasciende la demanda sectorial de la accesibilidad económica (costos-servicio) por el PMO, que sigue activa en la actualidad.¹³¹

Ambos ejes se proponen como esquemas interpretativos y reflexivos en base al trabajo de observación profunda del *corpus*, más no pretenden agotar el universo de sentido de éste u otro momento identificado. Es decir, se hacen claramente visibles diferenciaciones en la arena pública que marcan lo que es (o no) un accionar científico y sanitario en materia de reproducción medicamente asistida. Comenzaremos por el último posicionamiento-encadenamiento discursivo diferencial.

¹³¹ Justa, pero sectorial, aún con un marco legal nacional de “acceso integral” (a primer semestre de 2018).

7.2.2 Turismo reproductivo: cadenas discursivas diferenciales

El evento científico mencionado adquiere peso por sus contenidos y por el peso de sus actores. Se trató de un acontecimiento que tuvo relativo lugar en los medios gráficos estudiados y observamos está ligado a un fenómeno que en simultáneo. Por estos años, se potenciaba lo que los mismos institutos privados de fertilidad denominaron **“turismo reproductivo”**. Éste se ligaba o justificaba bajo la crisis de 2001, que promovió una baja en la demanda de TRHA y “obligó” a los centros a extender su oferta de servicios para pacientes extranjeros. Este acontecimiento no registra un escándalo para la opinión pública como tal vez lo hubiera hecho años anteriores. Eso no significa que no existieran resistencias o diferencias, pero estamos ingresando a un tiempo de nuestro país en el que la oferta reproductiva resulta ya un hecho consumado.

Por otro lado, responde a una experiencia sociocultural que excede al campo de la salud y, dentro del mismo, se trata de una práctica extendida que alcanza a otras áreas y servicios del campo y mercado de la salud en el país. En este punto una cuestión como las TRHA no es más que un síntoma del funcionamiento del campo de la salud en nuestro país, un indicador signifiante de su histórica “falla”. Con la diferencia de que se corre con otra ventaja que no es reconocida como tal por los centros reproductivos: el “vacío legal”, por ejemplo, que habilita la comercialización y donación (inducida, según Luna 2008) de gametos y embriones crioconservados, aún hasta la fecha de elaboración de esta tesina.

*“Tanta expectativa abrió la devaluación respecto del futuro de estas terapias que uno de los establecimientos -el Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (Cegyr)- comenzará a promocionar la semana próxima en Miami un **paquete de “turismo reproductivo”**, que conjuga la asistencia médica con servicios de anfitriones bilingües, asesoramiento en materia de hospedaje y recreación durante la estadía en Buenos Aires.”*¹³²

¹³² La Nación, 3/7/2002, “Los centros de fertilización tiente a parejas extranjeras”

Esa oferta de asistencia médica se combinó con *slogans* publicitarios:

*"El científico ideó un circuito de "turismo reproductivo" (...) la propuesta recibió el nombre de "Calidad y Calidez" y su lema central es **"nunca un viaje tuvo un mejor destino"**."*¹³³

Las características de la demanda y la capacidad de oferta funcionan, asimismo, como un elemento de prestigio de los centros locales, a la vez que en algunos casos, la retórica, en frases que utilizan, se asemejan a *slogans* como el de la cita precedente.

*"Siempre tuvimos pacientes de otros países, pero principalmente de los limítrofes. Este año, en cambio, empezamos a notar **mayor demanda de lugares lejanos**, como los EE.UU. **No sólo los atraen los costos, seis veces más baratos, sino la mayor contención que encuentran en los médicos latinos** en relación con el trato distante brindado por los sajones", sostuvo un profesional. Los mismos motivos señalaron cuatro expertos en reproducción humana, indicando, además que "... los centros argentinos obtienen en promedio **tasas de embarazo similares a las alcanzadas en establecimientos norteamericanos**. Así las cosas, la **fórmula "embarazo + bajos costos + atención integral"** abre las puertas a un **negocio** con posibilidades de prosperar en la Argentina."*¹³⁴

No obstante, aparecen matices diferenciales de oposición dentro del mismo campo reproductivo. Un conjunto de estos especialistas se encargó de diferenciarse de la estrategia publicitaria por tratarse de algo ajeno a sus competencias científicas:¹³⁵

*"En Fecunditas incluso bajamos un 30% los precios; el tratamiento cuesta 1050 dólares. **No recurriremos a la publicidad**, porque históricamente han llegado por su propia búsqueda, **ni a servicios ajenos a la ciencia**."* (Dr. Nicolás Neuspiller).

Por otro lado, uno de los profesionales consultados, lamentó que los procedimientos terminen dirigidos a pacientes de otros países, apelando a una retórica de "industria" nacional: *"Sí, esperamos que vengan más parejas por las **ventajas comparativas: resultados comparables con el resto del mundo y más contención a precios menores**. Hacen números y no lo piensan. Pero no nos causa satisfacción. En el IFER, preferimos tratar a argentinos. Precisamente mantenemos los valores porque **no podemos***

¹³³ La Nación, 3/7/2002, "Los centros de fertilización tiente a parejas extranjeras"

¹³⁴ La Nación, 3/7/2002, "Los centros de fertilización tiente a parejas extranjeras"

¹³⁵ Aunque en algunos casos gestionaban detalles de la estadía y acuerdos con farmacias para los pacientes extranjeros.

comercializar con el deseo de ser padre", describió." (titular del Instituto de Fertilidad).

Esto no es más que parte del proceso iniciado a fines de la década de 1980 en la constitución de científicos empresarios en el campo de la investigación y la profesión biomédica. En ese sentido, los pacientes ¿quedarían relegados a ser interpelados en calidad de consumidores de servicios reproductivos? ¿Qué lugar queda para la participación crítica ciudadana, que se mencionaba en el acápite anterior?

Al considerar las formas de legitimación social del campo reproductivo coincidimos con Mitchan y Briggie (2007) en que, pese a que los modelos de "ciencia autónoma" y el de "mercado" son diferentes, hallan puntos en común, ambos dos se centralizan en la magnitud de la ciencia, en sus beneficios, su alcance. Pero con motivos distintos. Uno alude al valor del conocimiento mismo, a su neutralidad. Mientras que el otro, concentra su atención en la productividad económica y el lucro. Sin embargo, ambos no nos ofrecen una orientación, un camino político explícito como sociedad, eso lo dejarían, unos a los consumidores y los otros, a la ciencia.

7.2.3 Vacío legal, mercado diversificado y retradicionalización

Aquí abordaremos un conjunto de aspectos que eran antes de 2002 omitidos, negados o esquivados en el tratamiento público de las TRHA y que se relacionan con una **progresiva aceptación**¹³⁶ por parte de los centro de fertilidad a que se atiendan mujeres solas, parejas del mismo sexo (particularmente, lesbianas) y no solamente parejas heterosexuales.

Al mismo tiempo, con mayores posibilidades de conservación de óvulos,¹³⁷ espermatozoides y la crioconservación de embriones, comenzará de a poco a extenderse un nuevo encadenamiento discursivo sobre la infertilidad, más allá de una enfermedad: comenzará a ser una opción reproductiva, un medio de prevención o anticipación. Por ejemplo en el caso de la **"postergación de la maternidad"** o la posibilidad de tener un hijo propio, a través de la OD o subrogación de vientre, en parejas del mismo sexo. Nuevamente vemos que se construye una formación discursiva dislocada, en la que la figura antagónica se condensa en el significante/síntoma: **"reloj biológico"**, en un tenor

¹³⁶ *Aceptación* no es lo mismo que **convivencia**, se parece más a la tolerancia.

¹³⁷ *Página 12. Sociedad. 29/11/2002 - [link](#)*

similar al de la “lucha contra la infertilidad” (o “esterilidad”). En este significativo lo que cuenta es la “carrera contra el tiempo” para aquellas mujeres que “se las pasa la hora” en su capacidad reproductiva. O la oportunidad de la maternidad biológica, para aquellas que “ya” se les pasó. La OD comenzará a ser sinónimo de autonomía, de una ventaja “más” que ofrece el mercado reproductivo a las mujeres, gracias a la ciencia. No obstante, ello es producto de una importante inversión del campo, productora de opciones innovadoras de mercado, bajo una figura tradicional. En fin, como experiencia así dislocada, zanja la trama de significación social, habilitando la reedición de un dominio hegemónico: la posibilidad de autonomía, desdibuja la postergación del mandato. Mientras que la explotación reproductiva, viene detrás: el sujeto activo de la OD es siempre su beneficiaria, la figura de la donante desaparece; los dilemas éticos, al parecer, también:

“Postergar la maternidad después de los 35 años ya no será un problema. En la Argentina se abrió el primer banco de óvulos propios congelados del mundo (se trata de una iniciativa del CER Instituto Médico) “La postergación de la maternidad después de los 30 es hoy un hecho para muchísimas mujeres. Si bien saben que el tiempo pasa y el reloj biológico las corre, no tienen idea de cómo envejecen sus óvulos. De esta forma, podrán guardarlos sin temor a perder la posibilidad de ser madres en el futuro. Es un procedimiento sencillo y no encierra conflictos éticos ni morales porque lo que se congela son células sin fecundar y no embriones”¹³⁸

Ahora bien, las posibilidades de tener un hijo vía TRHA de parejas del mismo sexo y/o personas solas, han implicado resistencias por parte de los centros reproductivos. Mientras algunos apoyaban que exista este tipo de tratamientos, otros más conservadores y excluyentes, planteaban que no son aceptables los procedimientos sin mediación de un problema de infertilidad, como enfermedad. Veamos ambos encadenamientos, cómo cuestiones de DDHH se volverían *dominio* relativo a uno u otro *criterio experto* moralizador. Criterio/opinión, que se valdría, a su vez, de operaciones significantes de retradicionalización:

“Hasta hace un año, en el CEGYR no aceptaban como pacientes a mujeres solas y únicamente practicaban procedimientos de fecundación asistida a parejas heterosexuales. “Tal vez evolucionamos en la medida en que vimos más casos. Puede parecer muy egoísta traer un hijo al mundo deliberadamente sin la presencia paterna, pero es muy difícil negarle a una mujer la posibilidad de tener un hijo”, explicó el cambio de postura

¹³⁸ Página 12, 29/11/02, *Guardar hoy y ser madre mañana*.

del CEGYR su director médico. En apenas un año atendieron a una veintena de pacientes con el mismo interés.”¹³⁹

Estas discrepancias morales en el campo reproductivo son, al mismo tiempo la emergencia de una lógica de diversificación del *target* del mercado en momentos de crisis económica. Al punto que ello relativiza las primeras valoraciones heteronormativas marcadas, que van siendo corroídas por los cambios y aperturas en un momento histórico camino una reivindicación de los derechos igualitarios sexuales. Esta nueva segmentación del mercado reproductivo, nos recuerda a lo que alude Conrad (2005). El autor advierte un cambio de focalización del proceso de medicalización en las sociedades contemporáneas. El médico o experto ya no resulta el motor privilegiado de estos procesos. Recaen ellos en ser agentes dentro del campo de las biotecnologías. Las estructuras de funcionamiento de este engranaje van pasando a tener un rol preponderante, por sobre las valoraciones específicas personales. Priman así, los intereses del mercado y la lógica de consumo.

La otra cadena diferencial observada, se grafica en el ejemplo que sigue:

“Quedan todavía algunos que se resisten a atenderlas. Como el director del Instituto de Ginecología y Fertilidad IFER: **“La Medicina se debe utilizar para curar o tratar de corregir algo que está alterado. Una mujer sola no está enferma (...) de ninguna manera estoy de acuerdo con inseminarlas.”**¹⁴⁰

En la anteúltima cita, se expone un relato recurrente, acerca de la concepción de maternidad en las mujeres, que nos da cuenta de una operación de desplazamiento del discurso. Por un lado, casos o experiencias de mujeres solas que recurren a las TRHA para ser madres, sigue siendo un tema que emerge, pero tabú en nuestra sociedad actual. Se halla, como retomaremos, bajo una fuerte condena cuando la monoparentalidad materna, se torna libre decisión. A la vez, una vez consumada la demanda o el hecho mismo, puede volverse casi un heroísmo en tanto cumple, a contratiempo, con “el destino” que la misma sociedad le impone. El recurso significativo de desplazamiento que justifica el acceso a las TRHA en mujeres solas, no se basaría en un derecho reproductivo o un estado de bienestar pleno más allá de la enfermedad. Da cuenta de un estereotipo de género bastante oportuno: “puede ser algo egoísta de parte de ella, no está enferma, pero es difícil negarle a una mujer la posibilidad de ser madre”.

¹³⁹ Página 12,14/07/02, *Papás de probeta*.

¹⁴⁰ *Ídem*.

¿Sería esta tendencia una forma de *re-medicalización* o de auto-creación (Sibila) basada en la autonomía reproductiva?

Por otro lado, serán muy recurrentes las apariciones de centros y expertos, informando las amplias y seguras opciones del mercado reproductivo. Expertos pondrán de manifiesto aspectos propios de la comercialización, circulación y oferta reproductiva en materia de donación de gametos. Bajo diferentes criterios dispuestos al interior del campo reproductivo, en el cual, nuevamente se da la tensión entre las elecciones a gusto de consumidor/a y las valoraciones acerca de los parecidos fenotípicos, en tanto rasgos físicos (no pautas asociadas a la salud) para responder a otra figura retórica retradicionalizante que borra las huellas del apuntalamiento técnico en la reproducción médicamente asistida, al mismo tiempo que se naturaliza el *libre comercio* trasnacional, no regulado, de gametos, que persiste hasta nuestros días.¹⁴¹

Primera cadena discursiva:

“Salvo Fecunditas, que tiene su propio banco de semen, las demás clínicas recurren a la firma Criobank, representante local de uno de los principales bancos de esperma de los Estados Unidos, con sede en California. La interesada puede elegir las características físicas [y actividades] del donante.”¹⁴²

Segunda cadena discursiva:

*Neuspiller, director de Fecunditas (...) no acepta pedidos. “Trato de que el semen pertenezca a un hombre con rasgos parecidos a la mujer. Si tiene ojos oscuros, voy a elegir que el donante también tenga ojos oscuros”, aclaró.”*¹⁴³

Finalmente, el origen de toda oferta/demanda reproductiva, el deseo de hijo biológico-propio. Lo que las TRHA nos ofrecen y se sirven para su legitimación es el “como si” no mediaran el mundo. Un centro especializado local anunció en 2002 la realización de un programa de **certificación de paternidad** para parejas que realicen técnicas de alta complejidad, como FIV e ICSI, donde es necesaria la manipulación de gametos y embriones:

*“La gente que acude a un especialista en fertilización asistida generalmente tiene dudas o fantasías de que puedan existir fallas en los procedimientos. Por eso **decidimos ofrecer en***

¹⁴¹ Más adelante, a partir de 2017, identificaremos un proceso diferenciado al respecto, en plena institucionalización de las prácticas de TRHA, en el marco del MSN.

¹⁴² *Página 12, 14/07/02, Papás de probeta.*

¹⁴³ *Ídem.*

forma gratuita y como servicio rutinario este certificado -explicó ayer a LA NACION el director del laboratorio de embriología del Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción (Cegyr)-. Estimamos que es la primera vez que esto ocurre en América latina, e incluso en el Instituto Jones, de los Estados Unidos, donde se logró el nacimiento del primer bebé de probeta en ese país, nos confirmaron que hasta ahora nunca ofrecieron algo similar." (...) Si se logra el nacimiento de un bebé, se toma una muestra de su sangre y **se realiza un estudio de ADN que permite verificar la compatibilidad genética entre el hijo y sus padres.**"¹⁴⁴

Cabe mencionar que, pese a los marcos normativos actuales, estas certificaciones desde el ámbito privado han tenido un peso preponderante y aún persistente en la actualidad.¹⁴⁵ El Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2014) resguarda la confidencialidad del procedimiento médico y señala que no puede haber rastros de que la persona nació por TRHA en su certificado de nacimiento (sí reza que debe quedar registro en un expediente).

Estos recorridos, nos hacen reflexionar que las exclusiones de sujetos de derecho no se agotan en el acceso económico (o no) a las técnicas. En aquellos momentos, y hoy también en muchos aspectos operativos o rutinarios instalados que se nos escapan, los criterios de los especialistas siguen siendo presentados como internos al campo, neutralmente administrables en él y aditivos a todo proceso reproductivo. Ante el vacío legal los expertos se hallaban ciertamente autorizados (y a cargo de) aportar soluciones a dilemas sobre la filiación y sus aspectos administrativos.

Estas manifestaciones, podrían ser una sedimentación que queda del inacabado *vacío legal* en la actualidad. Mientras tanto, corriendo los inicios del siglo XXI, aparecerán naturalizadas estas variaciones "anómicas" que no conformaban debates que trascendieran sustancialmente al espacio público ni a la ciudadanía. En consecuencia, en el campo reproductivo pueden discernirse variadas formas de exclusión en medio de la inclusión diversificada de la oferta. En ese punto, (re) medicalización, retraditionalización y lógicas de mercado, se combinan históricamente para gestar algunas exclusiones identitarias y políticas. Finalmente, no es menor y no será la primera vez ni la última que emerja en el *corpus*, la manifestación de estas empresas respecto de la comercialización de gametos, bajo su pleno criterio y control. Aspecto aquel, también, de mucho peso respecto a un "vacío legal" que, como veremos, no

¹⁴⁴ La Nación, 11/09/02, *Certificado de paternidad para los nacidos por fertilización asistida*.

¹⁴⁵ En la actualidad el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (desde 2014) establece en su anexo que la Filiación puede tener lugar por naturaleza, por TRHA o por adopción y que todas estas formas de filiación tienen ante la ley los mismos efectos (Art. 558) y se establece (Arts. 560, 561) el procedimiento legal de consentimiento informado, incluida la determinación de la filiación.

formará parte significativa de las demandas políticas predominantes en la cuestión en el espacio público: más bien, tenderá a ser natural que el ámbito privado gestione en salud y controle la compra/venta/adquisición de gametos.

A través de los distintos fragmentos que hemos presentado en este apartado, podríamos preguntarnos, finalmente, si en vez de un *vacío legal*, por omisión del Estado, se trataría de un lleno. Éste, atravesado por agencias y poderes que organizan una orientación tanto a nivel de políticas liberales o científicas, de ciencia y reproducción; como políticas estrictamente biotecnológicas e investigativas, por fuera de la construcción de una agenda pública de I+D.

7.2.4 La semilla de un debate político pendiente: “Vivimos en una época de euforia reproductiva”

En 2002 la OMS dedicará una reunión internacional de evaluación y un libro al estado de la cuestión después de 25 años de las TRHA y casi un millón de niños/as nacidos por medio de estas técnicas en todo el mundo (OMS, 2002). De alguna manera este emprendimiento de la OMS mostrará un reconocimiento de las TRHA como práctica establecida y reconocida que necesita un seguimiento. Durante el XII Congreso Mundial de Fertilización in vitro y Reproducción Molecular, realizado en Buenos Aires, se advierten los **“costos y riesgos”**¹⁴⁶ de las técnicas de FA, especialmente en **embarazos múltiples**, lo que se agrava por la **“falta de regulaciones”** sobre el tema.¹⁴⁷ Asimismo, es denunciada la falta de información adecuada sobre estas prácticas y sus límites, lo que genera **“falsas expectativas”**¹⁴⁸ en los pacientes.¹⁴⁹

Había coincidencias entre los expertos del simposio, en particular en cuanto a que los pacientes no suelen contar con información completa sobre las técnicas de reproducción asistida: **“Se habla mucho de sus éxitos, pero las técnicas pueden acarrear complicaciones cuando ocurren embarazos múltiples”** (doctor de la Universidad Nacional de Chile).¹⁵⁰

¹⁴⁶ Clarín, 13/3/2002, “Los costos económicos y físicos de los embarazos múltiples”

¹⁴⁷ Clarín, 13/3/2002, *Idem*.

¹⁴⁸ Clarín, 13/3/2002, *Idem*.

¹⁴⁹ La Nación, 14/3/2002, “Vivimos en una época de euforia reproductiva”

¹⁵⁰ Clarín, 13/3/2002, *Idem*.

Otro actor que asociará a las TRHA con *salud pública* será la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Red LARA), sin omitir su preocupación por la pasividad de las ONG/grupos de pacientes con respecto al tema: un integrante de Red LARA decía:

*"[los pacientes] Deben tener la información suficiente para decidir el cuándo y el cómo de los diagnósticos y los tratamientos que deben seguir. Incluso, **sugirió que se debería reforzar el papel de los grupos de ayuda entre pacientes así como permitirles un rol crítico en las investigaciones clínicas sobre reproducción asistida.** (...) Según Borrero, el **alto costo** de las técnicas de alta complejidad impide su uso para ciertos sectores de la población. **Los Estados todavía no conciben a la infertilidad como un problema de salud pública.**"*¹⁵¹

*"Según un doctor local, integrante del comité ejecutivo del congreso, **"en la Argentina se hacen alrededor de 3000 tratamientos de fecundación in vitro por año, pero la única manera de acceder a ellos es con medios económicos, lo cual los hace "elitistas y discriminatorios", a diferencia de lo que ocurre en Europa. El costo actual de un tratamiento de este tipo en el país es de alrededor de 4000 pesos.**"*¹⁵²

7.2.5 Pujas por el reconocimiento de la infertilidad como enfermedad

En 2004 comenzará a consolidarse la demanda de parte de las asociaciones de pacientes, para que la infertilidad sea reconocida como enfermedad e incluida dentro del PMO. Dicha demanda se potenció tras un reclamo por discriminación hacia personas que realizaban TRHA y sus embarazos. Las asociaciones de pacientes consiguieron que la Subsecretaría de Defensa de la Competencia y del Consumidor, dictara una medida cautelar¹⁵³ que garantizaba la cobertura médica del embarazo, el parto y la atención del neonato, sin que importe cómo se logró la concepción, en todo el país.¹⁵⁴

Ese año se visibiliza Concebir. Ésta es asociación perteneciente a la Federación Internacional de Asociaciones de Pacientes con Infertilidad (Ifipa) y miembro de una asociación de "apoyo a los consumidores" de Estados Unidos, el International Consumer Support for Infertility ("ICSI") de la cuál Concebir es miembro desde 2000. La

¹⁵¹ Clarín, 13/3/2002, *Idem*.

¹⁵² La Nación, 14/3/2002, *Idem*.

¹⁵³ La Nación, Fertilización asistida, 14/07/04

¹⁵⁴ Al observar el corpus de notas y otras fuentes secundarias, ha llamado la atención que la demanda que se ha podido sostener al momento de judicializar casos remite al paciente a la figura de usuarios/as o consumidor. En reiteradas oportunidades, la exigencia de que un tratamiento sea reconocido por una prepaga, procederá a través de mecanismos de derecho al consumidor y no otros circuitos de acceso a la justicia. Como mejor opción, incluso, cuando rija a partir de 2013 la ley de TRHA. Por la misma historia de las demandas políticas en el tema y a la vez, por las mismas fallas del "sistema de salud".

asociación citada llevará adelante una especie de activismo entre pacientes, brindará apoyo psicológico y ofrecerá información a parejas con problemas de infertilidad.

En 2004, tras antecedentes de causas llevadas a la justicia¹⁵⁵, Concebir y otras ONGs hicieron un reclamo por discriminación, la Subsecretaría de Defensa de la Competencia y del Consumidor dictó una **medida cautelar**¹⁵⁶ que **garantizaba la cobertura médica del embarazo, el parto y la atención del neonato, dentro del PMO a nivel nacional y sin que importe cómo se logró su concepción.**^{157 158}

Tal medida alcanzó a las obras sociales y empresas de medicina pre paga a nivel nacional, a excepción de obras sociales provinciales en las que no rige el PMO. Este recurso lo que hacía era que se cumpliera la reglamentación vigente con respecto al PMO (ley nacional 24.754), por lo que se intimó a todas las empresas de medicina prepaga a que se abstuvieran de negarse a cumplir con la ley. Las **obras sociales y prepagas reaccionaron** afirmando que este tipo de disposiciones provocaría un **colapso en sus empresas** y que se trataba de una **demanda superficial, comparable con la de una cirugía estética.**^{159 160}

Esta acción viene de la mano con un reclamo que va a ir desarrollándose cada vez con mayor intensidad:

"A diferencia de otros países, en la Argentina la esterilidad no es considerada una enfermedad. Por eso, ni las obras sociales ni las prepagas cubren los tratamientos ni las medicinas para que las parejas que sufren este tipo de dificultades puedan tener bebés. A partir de allí, una asociación de pacientes y los médicos especialistas del área plantean que la infertilidad sea reconocida por ley como una enfermedad, y los tratamientos se incorporen al Programa Médico Obligatorio." "El primer gran escollo está en la postura de la Superintendencia de Servicios de Salud. Su titular, Rubén Torres, opina que el Programa Médico Obligatorio se estableció teniendo en cuenta las enfermedades "prevalentes". Y la infertilidad, para el funcionario, **"no es una afección prevalente"** en el mapa epidemiológico del país. **"Estamos en emergencia sanitaria —señala— y las prioridades son otras."**¹⁶¹

¹⁵⁵ Página/12, 14/7/2004, "Prepagas"

¹⁵⁶ La Nación, 14/7/2004, "Medida en favor de la fertilización asistida"

¹⁵⁷ A excepción de obras sociales provinciales en las que no rige el Programa Médico Obligatorio (PMO)

¹⁵⁸ Página/12, 14/7/2004, "Prepagas"

¹⁵⁹ Página/12, 23/7/2004, "Ley o no ley"

¹⁶⁰ Clarín, 14/7/2004, "Intiman a las prepagas a cubrir partos por fertilización asistida"

¹⁶¹ Clarín, 01/07/03, Buscan que la obra social cubra la fertilización asistida.

Los institutos de fecundidad se mantuvieron neutrales, indicando que se puede llegar a un consenso sin incidir en la economía de estas empresas:

*“...[el] director del Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR) y vicepresidente de la Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad, señala que (...) **Para las obras sociales la infertilidad es una mala palabra**, porque la asocian a los **embarazos múltiples**, que también **son caros**”, dice el especialista.(...) El tema sería intentar ponerse de acuerdo para que ninguna de las partes salga perjudicada”, opina ...[el] director del Instituto Halitus. (...) **“Nosotros podríamos comprometernos ante las obras sociales a que después de estos tratamientos no se produzcan embarazos múltiples, que son el gran temor. Eso se puede hacer, pero no hay voluntad ni de escuchar”...**”*¹⁶²

7.2.6 Visibilización y posicionamientos de los primeros “grupos de pacientes” en el país

En la primera sección del análisis, planteamos hasta qué punto la cuestión TRHA cabía en la agenda política del movimiento de mujeres en la década de los años 90. En la antesala a un periodo social y políticamente nutrido de reivindicación y ampliación de derechos en Argentina, 2003 nos hallaba, tras marchas y contramarchas, en el logro de revocar un fallo que impedía la puesta en marcha de la Ley 25.673/02 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.¹⁶³ No obstante, la demanda política que se venía configurando desde el campo reproductivo de las TRHA, se centraba en una *ley especial*, que correría al comienzo por otras aguas.

Las primeras ONG de pacientes más visibles en los medios gráficos estudiados, vehiculizarán en distintos momentos la demanda de cobertura e integración en el PMO de las TRHA. En 2002, la participación de una de las ONG pioneras, será clave. Concebir¹⁶⁴ participó en junio de ese año del Mes Internacional de la Infertilidad:

*“[...] se propone desmitificar este problema y alentar que quienes lo sufren busquen consejo médico y psicológico. El lema es: **“Un millón de bebés, es hora de romper el silencio”**, en*

¹⁶² Clarín, 01/07/03, ídem.

¹⁶³ La Nación, 21/03/03, Defienden la ley de salud reproductiva.

¹⁶⁴ Fundada en 1996 y perteneciente a la Federación Internacional de Asociaciones de Pacientes con Infertilidad (Ifipa) y miembro desde 2000 de una asociación de “apoyo a los consumidores” de Estados Unidos, el International Consumer Support for Infertility (“ICSI”). Actualmente Miembro del Comité Asesor AD HOC en el ámbito del Programa Nacional de Reproducción Médica Asistida del MSN.

alusión al millón de niños que han nacido desde 1978 gracias al uso de técnicas de fertilización asistida.”¹⁶⁵

En su web institucional, Concebir se presentan como una asociación civil “independiente” y el “primer grupo de pacientes con trastornos de la reproducción de América Latina”. Históricamente dirigen su apoyo para quienes (ya) han elegido o están en camino de recurrir a las TRHA:

*“Uno de los **objetivos fundacionales** de la asociación es brindar **contención y acompañamiento** a estas parejas, a través de grupos de autoayuda en donde poder despejar dudas y compartir vivencias que **“faciliten el camino que emprenden quienes deciden acudir a técnicas de fertilización asistida”**”.*

En la arena pública, al menos, todos los caminos de contención al problema de la infertilidad se remiten directamente TRHA desde esta ONG, dejando efectos retóricos que encadenan un signifiante al otro.¹⁶⁶ Sostienen que existe un “deseo de hijo” y no una “obligación reproductiva”,¹⁶⁷ y se basan en abordajes desde el campo de la psicología especializada en acompañamiento a pacientes (parejas, individuos y grupos) usuarios/as de TRHA:

*“Durante los procedimientos diagnósticos, los tratamientos, las intervenciones quirúrgicas e incluso en la fertilización asistida, **el anclaje al dolor es una constante**. El dolor en el cuerpo tiene su inscripción en el inconsciente; la memoria inconsciente del dolor nos remite a vivencias traumáticas dolorosas (...).”¹⁶⁸*

Desde el comienzo, se presentaron proyectos de ley propuestos para regular el acceso a las TRHA y, entre éstos, los elaborados por asociaciones de especialistas y por los grupos de pacientes (en general, en armonía) como damnificados/as en la “lucha contra la esterilidad”. En cuanto a los posicionamientos de parte de dichas ONG pioneras, a lo largo de décadas de lucha, observamos un primer momento, de desafección social y política de algunas con la cuestión de los derechos reproductivos y sexuales, entre 1996 y 2011 (Palopoli, 2011) y un segundo momento entre 2013 y la actualidad, en el que (sin perder sus rasgos fundacionales) se han abierto al calor del contexto histórico de ampliación de derechos sexuales.

¹⁶⁵ *Página 12*, 1/6/2002, “Cómo afrontar la angustia y la ansiedad en la búsqueda del hijo que no llega”;

¹⁶⁶ *Página 12*, 25/06/2009, “Obligación reproductiva” o deseo de hijo. Por Silvia Jadur, Constanza Duhalde y Viviana Wainstein (Concebir).

¹⁶⁷ *Página 12*, 25/06/2009, “Obligación reproductiva” o deseo de hijo. Por Silvia Jadur, Constanza Duhalde y Viviana Wainstein (Concebir).

¹⁶⁸ *Página 12*, 1/12/2002, “Un puro dolor de esterilidad”. Por Silvia Jadur (Concebir)

En primer lugar. En un relevamiento (Palopoli, 2011) realizado sobre los proyectos de ley en TRHA (entre 2009 y 2010) con carácter parlamentario, se observó que la articulación que allí figuraba de estas prácticas con cuestiones de derechos reproductivos y sexuales, resultaba en la letra de aquellos de nula a escasa. Allí, la construcción del derecho reproductivo se enunciaba cuanto mucho como el *derecho a concebir hijos*, el acceso económico para hacerlo, la formulación de la infertilidad como una enfermedad y los usuarios/as o pacientes: la *pareja infértil* heterosexual. Los primeros proyectos de ley de estos grupos, en síntesis, no atendía al marco (nacional ni internacional) de los *derechos reproductivos y sexuales*, planteados más arriba.¹⁶⁹¹⁷⁰ Han pasado muchos años y estos actores clave se han actualizado a la ampliación de derechos, en particular, de las personas de la diversidad sexual.

En segundo lugar, ya con la ley nacional de TRHA (2013) obtenida, el propio relato de la ONG en su web recapitula su larga experiencia de trabajo. Manifiesta así sus logros a lo largo del tiempo: afirmando que fue estratégico, el hecho de haber recurrido a la expresión “derecho reproductivo” en el último proyecto de ley tratado ante de la sanción. Algo que no habían formulado así poco tiempo antes. Concebir brinda su perspectiva particular: “Al introducir en la Ley el concepto de “derecho reproductivo” fue posible el acceso a las TRHA de MSPE (madres solteras por elección” y PI (parejas infértiles)”.¹⁷¹

Más adelante, retomaremos esta cuestión de los posicionamientos políticos, para reflexionarlos en comparación con las nuevas expresiones asociativas o sociedad civil, emergente en torno y a posteriori de la sanción de la Ley Nacional que regula la cobertura de las TRHA.

¹⁶⁹ Como observación anecdótica, en varios proyectos, como el de Concebir, pero no exclusivamente se habla de RHA, Reproducción Humana Asistida. Mientras que el uso técnico del campo reproductivo en general y de la OMS, en particular las llama TRA (TÉCNICAS de Reproducción Asistida). En el camino, se va perdiendo la palabra “técnica” al momento de formular una propuesta de legislación. Como ocurre con el significativo fertilización asistida (FA) (Palopoli, 2011).

¹⁷⁰ En aquel primer momento, se registró (Palopoli, 2011) en 2010, un suceso llamativo. En una Jornada Interdisciplinaria en los Tribunales de Lomas de Zamora. Allí, quedó expresado un ferviente rechazo de una de las ONG, a la mirada legal sobre derechos reproductivos de la Dra. Maritza Aizemberg del Observatorio de Derecho de la Salud (Facultad de Derecho, UBA).

¹⁷¹ www.concebir.org.ar (última visita: junio de 2018)

7.2.7 Viejas tensiones y matices diferenciales en torno al estatuto del embrión

En el presente veremos los posicionamientos discursivos respecto del estatuto del embrión y criopreservación de embriones, que desplegará, al menos dos cadenas significantes, con matices pero en conflicto: la tradicional-punitiva y la que sostiene una concepción jurídico-política acerca del “pre-embrión”. Por otro lado, se mencionará una tercera cadena significativa, por fuera de la coyuntura, pero dentro del periodo. Dicha cadena da cuenta de otras posibilidades que caben a políticas públicas de ciencia y técnica.

En segundo lugar, en 2004 el juzgado de Primera Instancia en lo Civil Nº 56 de la Ciudad de Buenos Aires, designó un “Tutor especial” para los embriones congelados y ovocitos pronucleados existentes en la citada jurisdicción. El sustento de esta designación fue el concepto de “intereses contrapuestos” entre los progenitores y los embriones, por lo que el tutor se encargaría de realizar un censo y control sobre los embriones. Un abogado católico, advirtió que había que **“proteger”** a una **“población congelada”** y acusaba de que **“se están congelando personas”**.¹⁷² En medio de esta nueva, constante, reacción conservadora por el estatuto del embrión, junto con los médicos de centros privados, varias de las ONG de pacientes, junto con dichos centros comienzan a aludir al signifiante **“pre-embrión”**. Un término más que médico, jurídico, que habilita a entender que el embrión sería considerado persona, una vez que está implantado en el vientre materno. Las ONG que se manifestaron al respecto, hasta la actualidad, se basan en la jurisprudencia de la CIDH contra la prohibición de la FIV.¹⁷³ El abogado simló la situación de esta práctica con el “nazismo”. En la misma línea, el Instituto de Bioética de la UCA, manifestó que la manipulación de embriones era una **“falta de respeto” a la dignidad humana**.¹⁷⁴

A estas medidas los centros de fertilidad se resistieron apelando que se **“violaba la intimidad”** de los pacientes, que sólo daría la información “bajo consentimiento” de éstos ya que estas medidas implicaban una **“violación del secreto profesional”**.¹⁷⁵ Concebir sustentó también el argumento de la identidad y la ley de Protección de Datos

¹⁷² *La Nación*, 24/7/2005, Rabinovich, *el tutor criticado por los padres*.

¹⁷³ En una versión actualizada de su web, donde otrora, apelaban al “pre-embrión”, como destaca el corpus citado. / Refiere a la sentencia de 2012 de la CIDH contra Costa Rica por los daños producidos a un grupo de personas dada la prohibición de realizar la práctica de fecundación in vitro (FIV).

¹⁷⁴ *La Nación*, 24/7/2005, Rabinovich, *el tutor criticado por los padres*.

¹⁷⁵ *Idem*.

Personales, indicando que los **únicos tutores** de los embriones eran sus progenitores.¹⁷⁶

Desde 1993, en Argentina se usa la práctica del congelamiento de “preembriones” como una reserva para cuando las fertilizaciones fracasan. Así, las parejas dan su consentimiento para mantenerlos congelados. A cambio, los médicos garantizan anonimato. Concebir, junto con distintos centros especializados, siempre recurrió a la categoría de “preembrión”.¹⁷⁷

“...[El abogado católico] no tiene autoridad moral para hacerse cargo de los preembriones”, disparó el presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. “Primero, porque **no se trata de niños sino de preembriones congelados**. Segundo, **sólo los progenitores tienen autoridad sobre los preembriones**”, agregó (...) Para... [ese especialista] **el vacío legal** que hay en la Argentina permite que se den “situaciones ridículas como la que se está enfrentando”.¹⁷⁸

Finalmente, ante las resistencias y apelaciones legales, la causa judicial quedó parada hasta el 2006, cuando Rabinovich fue reemplazado por la defensora de menores Silvia Dascal, que cedió a las apelaciones y acordó que cada seis meses los institutos informen sobre la cantidad de embriones que tienen almacenada, reservando la identidad de los “padres”.¹⁷⁹ Tanto las ONG de pacientes así como algunos centros especializados, remarcaron la **necesidad de una ley ante el vacío legal**.¹⁸⁰ La respuesta de Concebir no distaría de los argumentos biomédicos que vinimos analizando y su particular manera de tomar posición respecto del estatuto del embrión, se puede sintetizar en los siguientes fragmentos:

*“[Una referente de la ONG] Cuenta que cada fracaso, a la hora de concebir, es muy doloroso, pero que también la felicidad es inmensa cuando la llegada de un hijo deja de ser un deseo. **“Defendemos la vida”, repite una y mil veces.**”¹⁸¹*

Esta ONG de pacientes, lo explicará así:

“Con el desarrollo de la fertilización asistida, surge un concepto nuevo: el llamado **preembrión**, que es el óvulo fecundado antes de la transferencia en el útero materno, donde- fuera de toda

¹⁷⁶ La Nación, 24/7/2005, “Esta es otra piedra puesta en el camino”.

¹⁷⁷ Clarín, 26/7/2005, Embriones congelados: se niegan a revelar quiénes son sus dueños.

¹⁷⁸ Ídem.

¹⁷⁹ La Nación, 25/7/2008, Qué hacer con los embriones.

¹⁸⁰ Clarín, 26/7/2005 Ídem.

¹⁸¹ La Nación, 24/7/2005, “Esta es otra piedra puesta en el camino”.

decisión médica y librado a la decisión de la naturaleza, el **preembrión** se implantará o no, y en caso afirmativo, comenzará el embarazo.”¹⁸²

Veremos la posición de Concebir con respecto al *estatuto del embrión* y en relación a esta tendencia tecnocientífica neutral - mediadora del campo reproductivo, que refracta en estas asociaciones y su lenguaje. Las prioridades de las ONG más visibles en la área pública, se van a centrar sobre todo en acceder a la cobertura de las TRHA y no van a ahondar en cuestionar riesgos para la salud ni profundizar dilemas bioéticos. Asimismo, se interpreta la voluntad de tomar distancia de aquel conflicto político de fondo en nuestra sociedad.¹⁸³ En breves cuentas, la de “preembrión”¹⁸⁴ es una denominación principalmente jurídico-política, antes que médica, más el efecto retórico que alcanza en materia de TRHA, busca evocarla bajo una explicación científica, como una forma de tomar distancia del debate dentro del campo de la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos. Pero no sólo dentro de ese campo, sino también en el marco de la I+D, en políticas públicas de ciencia y técnica.

Aunque las primeras dos cadenas significantes se enfrenten, nos hablan de matices diferenciales que dan cuenta de una misma sedimentación acerca estatuto del embrión como persona. Nuevamente la polarización moral de las tensiones en torno a las TRHA, es interpretada como una delimitación que excluye otros debates sociales pendientes íntimamente relacionados. Qué hacer con los embriones criopreservados sobrantes y en manos de centros privados. Unos años más tarde, en 2008 se emitirá una nueva instrucción del Vaticano, la *Dignitas Personae*. En ese contexto, entre 2008 y 2011 el Estado Argentino invirtió 2,1 millones de dólares para investigación con células madre para prevención de enfermedades. Once grupos de científicos de instituciones públicas y privadas, trabajaron una plataforma para adoptar tecnologías extranjeras y generar investigación original en el país. Al respecto, el Ministro de Ciencia Técnica, Lino Barañao, declaró:

"El embrión no es un ser humano. Es sólo un conjunto de células con instrucciones para llegar a ser un ser humano (...)" "(...) Barañao (...) se ha destacado como uno de los científicos que consiguió la primera generación de vacas clones y transgénicas, en colaboración con una empresa privada local. (...) "(...) "La Iglesia Católica tiene otra postura sobre el embrión:

¹⁸² Respuesta de Concebir al debate por la designación del Sr. Rabinovich como "Tutor especial de los embriones congelados". Por Concebir : Isabel Panetta y Estela Chardon. Disponible en línea (última visita, abril de 2014) [Enlace](#).

¹⁸³ Los mismos nombres de las ONG (Sumate a dar vida, etc.) apuntan a esa concepción sacralizada de la vida humana y son esos mismos nombres una forma de posicionamiento político ante el principal punto de resistencia.

¹⁸⁴ Se registran sus primeros usos en los argumentos del informe legal Warnock, 1980, que promovió la primera ley de TRHA británica.

cree que con la fecundación del óvulo con el espermatozoide ya se adquiere el estatus de persona. **Tampoco** acepta la fertilización in vitro. Pero creo que es **mejor que los embriones se utilicen en investigación científica antes que se descarten en las clínicas de fertilidad (...) en condiciones normales, el 60 por ciento de los embriones no se implantan. Esto no es considerado una muerte**". ¹⁸⁵

7.2.8 Nuevas demandas políticas, nuevos sujetos de derecho

El recurso de las TRHA en parejas homosexuales o personas solas, resulta algo prohibido para sectores religiosos que sustentan una moral tradicional de la familia. Pero dicha posibilidad procreativa, tampoco ha tenido inmediatamente un lugar en los centros reproductivos mismos ni en las pioneras demandas políticas en torno de las TRHA, observadas en un comienzo distantes de una perspectiva integral de salud y derechos reproductivos y sexuales. Aquellos posicionamientos, con matices como vimos, se han aferrado históricamente al viejo paradigma de salud como ausencia de enfermedad y no como pleno estado de bienestar bio-psico-social. Por lo que la infertilidad ha llevado por décadas en estas pujas la asignación de enfermedad de la pareja heterosexual. En 2006, se irá abriendo en el espacio público otra posibilidad significativa para la "infertilidad", como una *imposibilidad reproductiva*.

En 2006, la CHA (Comunidad Homosexual Argentina) cuestionó el proyecto de ley de fertilización asistida de Luz Sapag:

"[...] los **matrimonios y parejas heterosexuales** que acrediten una relación estable de al menos dos años" y sólo "**en casos de infertilidad debidamente diagnosticada**". En cambio, el proyecto de la senadora Haydée Giri permite las prácticas de fertilización asistida "a **toda mujer** mayor de edad y capaz" que "las acepte libre y conscientemente". ¹⁸⁶

El, secretario de la CHA, entidad que en ese momento estaba pujando por el proyecto de ley de Unión Civil, reclamaba:

"Esta limitación **"afecta y discrimina a nuestra comunidad"** (...) "En el **proyecto de ley de Unión Civil [se] incluye, entre otros derechos, el de adopción en pareja. Impedir el acceso de parejas lesbianas a la fertilización se constituiría en un antecedente en contra de la adopción homoparental**". El dirigente agregó que "haremos llegar a los senadores el libro

¹⁸⁵ Clarín, 11/03/09, *Investigación con células madre embrionarias. Para el ministro de Ciencia, "un embrión no es un ser humano" / subnota: Es como matar a una persona, dice la Iglesia.*

¹⁸⁶ Página 12, 11/11/06, *La asistencia que no asiste a todos.*

Adopción. La caída del prejuicio, editado por la CHA, que reúne el material científico más actualizado al respecto”.¹⁸⁷

La ley de la Provincia de Buenos Aires, sancionada unos pocos años más tarde, se basará en la infertilidad como enfermedad, reduciendo las prácticas de TRHA a la fertilización homóloga, dejando afuera la heteróloga, excluyendo no sólo los tratamientos con frecuencia necesarios para parejas y personas heterosexuales de Buenos Aires, también se ha tratado de una significativa discriminación hacia otras poblaciones, como las parejas del mismo sexo. En breves cuentas, la difundida demanda de la *infertilidad* como enfermedad y el histórico constructo de la *pareja infértil*, forma parte de una tendencia medicalizadora de la pareja heterosexual como “unidad biológica”, excluyente de otras formaciones parentales posibles.

7.2.9 Judicialización creciente

En 2008 se incrementaron los fallos judiciales¹⁸⁸ a favor pacientes para la cobertura de tratamientos de TRHA contra obras sociales y prepagas.¹⁸⁹ Es de destacar el hecho de que un juez marcó una disidencia con respecto a los progresivos fallos contra las obras sociales, no por negar las demandas enunciadas, sino por considerar que, ante el “vacío legal”, ese tipo de decisiones implicaban **“avanzar sobre facultades” que no le corresponden al juez, sino al legislador. Aludió también que este tipo de fallos implicaban consecuencias negativas en el “financiamiento de la salud”**.¹⁹⁰

Este testimonio es interesante, dado que cuando en 2010 se celebró una Jornada por el Derecho a la Fertilización asistida en el Colegio de Abogados de Lomas de Zamora,¹⁹¹ los letrados que apoyaban la ley de fertilización asistida en Provincia de Buenos Aires, señalaron exactamente el mismo punto (Palopoli, 2011) dando cuenta de los costos que estos fallos habían generado en 2010. Mientras que la abogada Marisa Aizenberg, especialista en Derecho de la Salud (Facultad de Derecho, UBA), señalaba en el mismo panel, las dificultades que producen las “normas anárquicas” en el sistema de salud y que es necesario comenzar a *cambiar el sistema de salud*. Estos reclamos estructurales

¹⁸⁷ Página 12, 11/11/06, *Ídem*.

¹⁸⁸ A nivel de la casuística en el contenido de las notas (2008-2010), algo significativo del periodo es el incremento de casos mediados por fallos judiciales, es el 17,2% de las notas y se genera el primer caso de nacimiento por TRHA vía marco legal (2010) a nivel provincial.

¹⁸⁹ *Clarín*, 8/12/2008, *La infertilidad es víctima de un grave vacío legal*.

¹⁹⁰ *La Nación*, 20/5/2008, *Ordenó la Justicia tratar la infertilidad*.

¹⁹¹ Audio de las Jornada por el Derecho a la Fertilización Asistida, CALZ, Diciembre de 2010.

no se corresponden con las características de las demandas políticas predominantes, que venimos analizando.

En una línea política ligada con las expresiones asociativas creadas en los años 90, que observa críticamente Pecheny (2009) desde 2008, varias ONG de pacientes dieron comienzo una junta de firmas¹⁹² para que los procedimientos de TRHA sean cubiertos por el PMO, bajo la concepción de la infertilidad como enfermedad^{193 194} tal como había sido planteado por los especialistas de la OMS (2002, 2003; con la definición de la misma en 2009) y como sucede en otros países.¹⁹⁵ Esta iniciativa tenía el apoyo del sector institucionalizado del campo reproductivo. Por lo que la demanda de integración en el PMO, no resultó un factor de conflicto, sino de nuevas posibilidades de inserción de la oferta. Los sectores dentro de este campo, que tendían (sin plantear disputas públicas visibles) hacia la demanda de un proceso de regulación integral y más asociado con la salud pública, eran las asociaciones históricas, como SAMeR:

“En Argentina la infertilidad no es considerada una enfermedad. Por lo tanto, ni las obras sociales ni las empresas de medicina prepaga cubren los gastos de los onerosos tratamientos de fertilización asistida. (...) Varias organizaciones no gubernamentales luchan para que esta situación cambie, y por eso **juntan 300.000 firmas para que el tema sea tratado de una vez en el Congreso.**” (...) “Los profesionales de la **Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR)** también elaboraron un proyecto de ley, que presentaron en el Congreso en 2005, sin éxito. **“Queremos que la infertilidad sea considerada una enfermedad. Y que se regule toda la actividad. Es un tema muy complicado porque los medicamentos son tan caros como los tratamientos”.**¹⁹⁶

7.2.10 Embarazo múltiple: posdata discursiva

La problematización del embarazo múltiple es marginal en los medios gráficos relevados y en las demandas de las ONG más visibles en éstos. Observamos que el embarazo múltiple ha venido oscilando entre lo costoso (para las empresas, para las familias) y lo riesgoso. Alcanzando la primera década del 2000, al margen habrá encadenamientos diferenciales de la sola demanda de acceso económico a las TRHA.

¹⁹² Clarín, 18/5/2008, *Firmas para que se considere enfermedad a la infertilidad.*

¹⁹³ Clarín, 18/5/2008, *Idem.*

¹⁹⁴ Clarín, 28/3/2008, *Idem*

¹⁹⁵ Clarín, 28/3/2008, *Idem*

¹⁹⁶ Clarín, 28/03/2008, *Idem.*

En Argentina, el tema del embarazo múltiple no ha estado desprovisto de divergencias entre especialistas e instituciones.¹⁹⁷ La preocupación por este tema fue revitalizada en 2008 en el espacio público de los medios gráficos por especialistas de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida y por la ONG Multifamilias quienes denunciaron que los institutos no suelen informar sobre los riesgos de este tipo de tratamientos.¹⁹⁸

Declaraba la presidenta de la Fundación Multifamilias, que registraba, entonces, más de 7.000 familias de este tipo:

*"(...) (...) "Es un **derecho de las mujeres conocer los riesgos de un embarazo múltiple** y los riesgos que implica nacer prematuro o con bajo peso. El paso por neonatología tiene sus consecuencias, aún después del alta. Y además, hay que estar muy preparado emocional y económicamente para criar a tantos bebés juntos (...)"*

*"En Latinoamérica, **el porcentaje de embarazos múltiples a raíz de tratamientos de fertilización asistida es tres veces mayor al que está aceptado por la comunidad científica. [Se] juegan intereses de todo tipo y el único perdedor es la salud de madres y bebés (...).**"¹⁹⁹*

*"(...) [el] jefe del Departamento de Medicina Reproductiva del Cegyr, da cuenta de algunas complicaciones: **"La mitad de los embarazos de trillizos se pierde. Y la pérdida llega al 70% si son cuatrillizos. Por otra parte, los trillizos deben estar al menos un mes en terapia neonatal, y los quintillizos dos meses. Por eso lo ideal es implantar dos embriones: la posibilidad de que sean mellizos es sólo del 20%"** (...)." ²⁰⁰*

¹⁹⁷ La Nación, 14/3/2002, "Vivimos en una época de euforia reproductiva"

¹⁹⁸ Página/12, 20/6/2008, Como conejillas.

¹⁹⁹ Página/12, 20/6/2008, Como conejillas.

²⁰⁰ Clarín, 21/02/09, Crece la polémica por los nacimientos múltiples con técnicas de fertilización.

7.2.11 Casuística: mercado, hegemonía reproductiva y diversidad sexual

Pasada la primera mitad de la década de 2000, comenzarán a aparecer notas de casuística atravesadas por las cuestiones que hemos abarcado. Como denominador común, abundan los casos exitosos, donde además se informa sobre procedimientos alternativos, costos, etc. bajo un lenguaje referencial tecno-científico, la publicidad de centros reproductivos y la demanda de integración de las TRHA al PMO. Los riesgos o aspectos menos auspiciantes de las TRHA, quedarán al margen.²⁰¹

La casuística se va a ir diversificando y ampliando, tanto a nivel de las temáticas (OD, vientre subrogado, nuevos procedimientos y avances científicos, genética, etc.)²⁰² también a nivel incipientemente de los sujetos que demandan las TRHA (personas de la diversidad sexual).²⁰⁴ Asimismo, al calor de la emergencia de un nuevo actor en la escena, organizaciones por los derechos sexuales, por otro lado, en 2006 se difundirá como primer caso público de TRHA en el país de una **pareja del mismo sexo**.²⁰⁵²⁰⁶

Lo que abunda en la casuística de los tres medios gráficos, es el final feliz y exitoso en la consecución del *hijo propio* gracias a las técnicas. Por otro lado, el énfasis de parte seguirá siendo puesto en el prestigio biomédico y la publicidad incorporada anexa o parte de los testimonios, datos sobre la oferta/demanda de tratamientos, sus costos y el éxito reproductivo:

"Hicimos 1.240 tratamientos el año pasado, el 25% del total del país. Y la tasa de embarazo de mujeres menores de 37 años fue del 41%, comparada con la de los mejores centros de Europa", dijo el director de PROCREARTE.²⁰⁷

²⁰¹ En cuanto a notas periodísticas de los tres medios gráficos relevados, aparecen riesgos en sólo 3 notas/unidades, que dan cuenta de casos actuales y nacionales entre 2004 y 2010, siendo una sola entre 2008 y 2010 (Palopoli, 2011).

²⁰² *La Nación*, 20/7/2008, "Ser madre con óvulos de otra mujer".

²⁰³ Sin considerar las numerosas notas específicamente relacionadas con clonación, células madre, etc., que hemos dejado a un lado para priorizar el análisis asociado con los discursos sociales a partir de las demandas políticas en el espacio público.

²⁰⁴ Entre 2004-07 se registraron 93 noticias de casuística y en la variedad de temas del periodo de 17 ítems disponibles, hay 12 tópicos, mostrando una tendiente ampliación temática en la casuística (Palopoli, 2011)

²⁰⁵ *Página 12*, 11/11/06, *La asistencia que no asiste a todos*.

²⁰⁶ No obstante, durante el periodo 1999-2003, fueron 6 (16,6%) de un total de 36 noticias, las que trataban el tema de homoparentalidad (Palopoli, 2011). Entre 1999 y 2003, el 14,8% del total de noticias dedicadas a casuística local en los tres diarios nacionales, versan en casos de nacimientos y aplicación de las TRHA en relación con mujeres solas, gays y, fundamentalmente, lesbianas. Se trata de las primeras notas a nivel nacional que contienen esa casuística (Palopoli, 2011).

²⁰⁷ *Clarín*, 28/03/2008, *Buscan que la infertilidad sea considerada enfermedad*.

Los testimonios más habituales que vienen acompañados de la divulgación de actividades y, en ocasiones, datos de contacto de algunos centros especializados, oferta de técnicas y servicios, información sobre costos y posibilidades de acceso, etc. Los riesgos y efectos sobre la salud bio-pisco-social que pueden leerse entre líneas, parecerían ser algo así como “daños colaterales”. Lo que remarca la lectura de los correlatos de los médicos, de las asociaciones civiles y periodísticos es la apelación al “golpe bajo”, al padecimiento emocional propio de la imposibilidad de concebir cuando se desea un hijo y la consecuente (y reiterada) sentencia una vez logrado dificultosamente, aquel deseo: **“todo valió la pena”**:

“Todo fue diferente, prácticamente no cruzamos palabras con el Dr. [X], pero nunca olvidaré el saludo final, con su deseo de ‘ojalá prenda alguno’, y mi corta respuesta... ‘ojalá’. Y esa vez la vida lo quiso también y [nuestra hija] llegó a nosotros el 18 de abril de este año; y créanme todo lo que pasamos, todo lo que se siente, la frustración, la desesperación, la desilusión, las lágrimas, el duelo de cada pérdida, **todo valió la pena.**” ²⁰⁸

Asimismo, en este periodo son cada vez más las notas que hablan de casos de mujeres de 40 años o más que afronta estas técnicas contra su **“reloj biológico”** gracias a las posibilidades de las TRHA. A la inversa, son escasamente difundidas las alternativas para las personas que viven con VIH.²⁰⁹ ²¹⁰Lo mismo, la la cuestión de los embarazos múltiples en tanto problema sanitario:

A nivel de la casuística y **embarazo múltiple** podemos citar un “caso aislado”, pero no inferior en las concretas tendencias de estas gestaciones en el país y en la región. En 2008, se difundió el caso en Neuquén de quintillizos, acontecimiento que llevó a tener que dar, primero, explicaciones al médico responsable ante la prensa y también, dio lugar a declaraciones de especialistas *habitué* de los medios gráficos:

*“No puedo decir que estoy contento de que se hayan fertilizado quintillizos, que ha sido algo **no deseado**, pero sí estoy contento de cómo se dio el embarazo y de que hayan llegado a las 32 semanas de gestación”, dijo el obstetra José Luis Antelo, a cargo del tratamiento de la mujer de Neuquén. Los quintillizos no fueron buscados. El tratamiento de fertilización se hizo con tres*

²⁰⁸ *Página/12*, 25/7/2008, “*Todo valió la pena*”.

²⁰⁹ Se trata del 7,4% de los casos que equivale a 2 noticias nacionales sobre un total de 27 sobre casuística en el periodo 1999-2003 (Palopoli, 2011)

²¹⁰ Por ejemplo, con la técnica de “lavado de semen” e/o IA.

óvulos y tres espermatozoides. Prendieron los tres y dos se dividieron. La verdad, **algo imposible de prever**".²¹¹

“Es toda una rareza. No es frecuente que se dividan, y menos dos a la vez”, explica a Clarín Ramiro Quintana, del Instituto de Ginecología y Fertilidad. Hace 15 años, Quintana fue el especialista que trajo al mundo a los sextillizos López. Entonces fue una fiesta: un acontecimiento médico que se reflejaba en todos los medios. “Se hizo con un método llamado Gift [transferencia intrafalopiana de gametos]. Con una laparoscopia se ponían en la trompa óvulos y espermatozoides. Era un procedimiento ciego. Hoy de ninguna manera se haría algo así -admite Quintana-. Cambió el conocimiento médico. Mejoró la medicación. Mejoraron las técnicas y la tecnología. Hay muchos menos riesgos”.²¹²

Al observar tanto casos como testimonios de profesionales de la salud en este periodo, llama la atención algunas incongruencias locales con respecto a los criterios biomédicos regionales en cuanto a, por ejemplo, la cantidad de embriones a transferir.²¹³ Eso nos interpela acerca de los costos menos auspiciosos por alcanzar el “éxito” reproductivo, el deseo de parentalidad y el consentimiento informado a los pacientes. También nos hace pensar en el efecto de sentido “atemporal” que condensa la retórica técnica de *innovación* en cada momento. Aquello que hoy nos es presentado como “lo mejor”, o bajo un argumento de seguridad y confianza para nuestra salud, mañana será considerado un método riesgoso o sus efectos habituales, un error de cálculo.

²¹¹ Clarín, 21/02/09, *Crece la polémica por los nacimientos múltiples con técnicas de fertilización*.

²¹² Clarín, 21/02/09, *Ídem*.

²¹³ "Las tasas de parto de los distintos procedimientos de reproducción asistida [en la región] son comparables a la de los países desarrollados. Sin embargo, REDLARA tiene que insistir en la reducción del número de embriones transferidos en ciclos de FIV/ICSI y OD, para prevenir los partos múltiples y disminuir así, las complicaciones perinatales." RED LARA (2010:1). Reporte. Disponible [aquí](#).

7.3. “LOGROS LEGISLATIVOS”

Estado de situación: 2009/10, 2013 y 2017

7.3.1 Antecedentes previos a la sanción de la Ley Nacional

Entre 2009 y 2010 fueron once el total de los proyectos de ley de TRHA a nivel nacional, que estaban siendo tratados en diversas comisiones de la Cámara de Diputados (ocho) y en la Cámara de Senadores (tres).²¹⁴ Las grandes omisiones en la legislación han coincidido, con los aspectos más controvertidos plasmados en los diversos proyectos de ley a lo largo de los años, incluso los de carácter no restrictivo. En un periodo de “logros legislativos”, marco por un clima de época de ampliación de derechos humanos en distintas temáticas y en particular, las que hace a la salud sexual y reproductiva, nos encontramos con un campo reproductivo consolidado, hegemónico, pero no homogéneo. Un campo cuyas prácticas, como vimos, han gozado de un “vacío legal” que les dio suficiente espacio, movilidad y tiempo para desenvolverse sin restricciones amplias y sólo con relativos cuestionamientos.

Como antecedentes a la sanción de la ley provincial en Buenos Aires (2010) se registran algunos avances legislativos en las provincias que hemos destacado en el capítulo de estado del arte. Por ejemplo, trasciende en 2010 el primer nacimiento cubierto por el Estado en La Pampa.²¹⁵ Entre la mayoría de las leyes y resoluciones aprobadas en un primer momento, el denominador común que ha venido justificando la necesidad de cobertura de estos tratamientos es la concepción de infertilidad como enfermedad (Palopoli, 2011). Cabe destacar que la provincia de Río Negro en 2010 fue el primer caso del país en sancionar una ley (Ley Nº 4557/10) en la que la cobertura de las TRHA se inscriben desde una perspectiva de derechos reproductivos al remitirse a un “derecho a la descendencia”, Además, su partida presupuestaria a nivel provincial desde el comienzo fue la asignada al Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana.²¹⁶ Esta ley dice en su Artículo 1º: “Se reconoce el derecho a la descendencia como parte de los derechos sexuales y reproductivos y por lo tanto,

²¹⁴ Fuentes consultadas: <http://www.diputados.gov.ar>. Dirección de Información Parlamentaria. Secretaría Parlamentaria (HCDN). <http://www.senado.gov.ar/web/proyectos>. Senado de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Dirección General de Publicaciones.

²¹⁵ *Clarín*, 19/06/10, *La Pampa: primer nacimiento por un tratamiento de fertilización pagado por el Estado*.

²¹⁶ Si bien en la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel nacional ya se hablaba de métodos conceptivos y anticonceptivos, no ha llegado a reparar especialmente en los primeros como en los segundos. Las TRHA ingresan a la lógica de leyes específicas y con la reciente creación de un Programa en el MSN, con una partida presupuestaria aparte.

reconocidos como derechos personalísimos”.²¹⁷ Sin embargo, la regulación de las mismas técnicas en cuanto, por ejemplo, procedimientos y criterios de la donación heteróloga de gametos y crioconservación de embriones, quedan omitidos. Esta ley provincial cubre todos los tratamientos de baja complejidad vía obra social y de los de alta complejidad se derivan al presupuesto provincial.

La iniciativa de la ley de TRHA en Río Negro citada, fue de la radical Marta Milesi y Luis Bonardo del Foro Rionegrino. Milesi en aquel momento resaltó, que **el Estado debía establecer “un marco regulatorio”** de las TRHA: **“Con esta ley y los protocolos vamos a impedir que se haga negocio con esto porque se trabajaría dentro de lo que realmente marca la ciencia”**, señalaba.²¹⁸ El derecho reproductivo así planteado, sugiere *otro* ordenamiento de intereses sociales alrededor de las prácticas y técnicas de RHA. Es un antecedente aquel, que llega a diferenciar de modo explícito, la racionalidad política del mercado reproductivo de la racionalidad política soberna; aunque en la letra la tendencia general será regular más que nada aspectos de cobertura médico asistencial para acceder a las TRHA.

Por otro lado, en diciembre de 2010, el Senado de la Provincia de Buenos Aires, sancionó la Ley de Fertilización Asistida provincial 14.208.²¹⁹ En su contenido esta ley junto con la mayoría de las leyes provinciales y resoluciones aprobadas al momento, el denominador común que justifica la necesidad de cobertura de estos tratamientos es la concepción de **infertilidad como enfermedad**, así como de manera generalizada predomina en las formas de cobertura, la técnicas homólogas y no las heterólogas. El aquel momento, el ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia manifestó que la nueva ley:

“pone en **pie de igualdad** a aquellos que tienen capacidad de pago para costear un tratamiento de fertilización con aquellos que no la tienen”. Y agregó que plasmar “este proyecto en una ley demuestra que **no se trata de una medida aislada sino de una política sustentable en el tiempo**”.²²⁰

²¹⁷ Fuente: Sitio web oficial de la Legislatura de Río Negro. <http://www.legisrn.gov.ar/> y Río Negro diario portal digital (2010). “El Estado deberá garantizar la fertilidad asistida”. Viedma (AV), 4 de junio de 2010.

²¹⁸ Bariloche digital, “Reconocen en Río Negro el “derecho a la descendencia”, 5 de junio de 2010

²¹⁹ Decreto reglamentario 2980/10.

²²⁰ Clarín, 02/12/10, *Provincia ya tiene cobertura gratis para fertilización asistida*.

La noticia de la aprobación de la ley no tardó en repercutir en los sectores potencial o inmediatamente afectados. Federico Díaz Mathé, director ejecutivo de la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina, cuestionó:

“¿Quién lo va a financiar? Seguimos tomando un camino errado y sin resolver el problema de salud en la Argentina. El Estado le transfiere a sector privado lo que no puede atender. El sistema ya es caro para los afiliados, y en la medida que se sigan incluyendo enfermedades a la cobertura se va a seguir encareciendo. Lo que pareciera ser una conquista social en realidad no es tan así”.²²¹

En el sitio web sobre TRHA del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, pueden apreciarse gran cantidad de notas de medios locales y nacionales, divulgado los nacimientos a partir de la puesta en marcha.²²² Allí se informa, según cifras oficiales sobre los tratamientos totalmente gratuitos. A su vez los datos oficiales señalaban los embarazos y nacimientos desde inicios del 2011. En relación con los tratamientos gratuitos, comenzaron a aplicar en casos en que no se posee la obra social provincial (o no se tiene obra social). Ante casos de brechas tecnológicas o médico-asistenciales en los servicios públicos, ha venido procediendo las derivaciones de pacientes de los servicios públicos a los centros privados conveniados. Tras la ley provincial, se extiende la casuística dedicada a los nacimientos exitosos a raíz de la ley implementada en Buenos Aires, y que resultó, capitalizada políticamente: El entonces Gobernador de la provincia, Daniel Scioli, declaró: “(...) esta iniciativa está inspirada en nuestra firme convicción de entender la vida como el bien más sagrado y es indispensable para fortalecer nuestras **políticas de igualdad y derechos humanos**”.²²³ Mientras que en 2015, ya candidato a la presidencia del país, sentenció: “La fertilización asistida es un orgullo para mi provincia, enfrenté las mismas presiones que seguramente él [Mauricio Macri] tuvo en la Ciudad, las que decía iba a desfinanciar las prepagas (...) Allí está el Estado, **950 parejas pudieron tener a sus hijos, él la vetó porque decía que iba a desfinanciar la obra social de la Ciudad**”.²²⁴

Uno de los aspectos prontamente cuestionados en la Ley de provincia de Buenos Aires, fue la discriminación por poner límites en la edad de la mujer para acceder a las técnicas; y también, en el caso de las mujeres lesbianas y/o solas que desearan concebir un hijo sin diagnóstico de infertilidad.

²²¹ Clarín, 03/12/10, “¿Quién lo va a financiar? Es un camino errado”.

²²² Gob. Pcia. Bs. As., sitio sobre TRHA: <http://www.leydefertilizacion.gba.gov.ar/informacion-util/>

²²³ Página12, Las 12 08/10/10

²²⁴ Télam, Debate. Scioli destacó la ley de fertilización asistida y recordó que Macri vetó su aplicación en la Ciudad, 15/11/2015.

En el primer caso, a mediados de 2011, el tribunal de Trabajo N° 2 de Lanús,²²⁵ determinó que el artículo 4 del Decreto reglamentario 2980/10 de la Ley de Fertilización Asistida provincial 14.208, es **inconstitucional** debido a **que limita la posibilidad de recibir tratamiento a mujeres de entre 30 y 40 años**. Los jueces del tribunal consideraron que el artículo restringe el derecho a la salud y va en contra de lo establecido por la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (Reforma constitucional de 1994).

En el segundo caso, denunciaba una militante lesbiana (madre en comaternidad con su compañera a través del uso de inseminación artificial):

“La forma en que fue redactado el texto de la ley merece algunas consideraciones. Es cierto que hay puntos que quedarán pendientes hasta el momento de la reglamentación: como el tipo de tecnologías que se incluirán o el número de veces que se permitirá reintentar la posibilidad de un embarazo. Pero otras cosas ya han quedado cristalizadas en la ley, como la consideración de la infertilidad como una patología y la restricción del acceso a las tecnologías reproductivas sólo a quienes se les considere infértiles. Esas condiciones **cierran el acceso al sistema público a usuarias de estas tecnologías que no son infértiles**: parejas de lesbianas y mujeres solas, cuya demanda de estos servicios viene aumentando en los últimos años.”²²⁶

En los últimos años, a partir de nuevas leyes, decretos, judicializaciones y resoluciones, se hicieron reparaciones y parches a las primeras legislaciones provinciales y, particularmente, fue la legislación nacional, la que elevó el nivel, alcanzando de modo más igualitario a sujetos de derecho. Por otro lado, en lo que respecta a la habitual judicialización de casos ante obras sociales y prepagas que se han venido negando durante años a esta cobertura. Incluso desde la antes de la posibilidad del marco normativo, pacientes exigían ante la justicia la cobertura de tratamientos, pidiendo sea considerada la infertilidad como una enfermedad. Para el periodo de 2009 y 2019, el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA junto al Instituto Gioja, realizaron un relevamiento de fallos entre el primer semestre de 2009 y 2010. Registraron en ese año, un 20% de incremento en las prestaciones. Pero sólo el 40% de los casos judicializados, terminó favoreciendo a los pacientes. De los casos

²²⁵ Fue ante el reclamo de una mujer de 42 años al Instituto de Obra Medico Asistencial (IOMA), que le había denegado la práctica médica. "A. A. y otro c/ IOMA (Instituto de Obra Medico Asistencial) s/ amparo" – TRIBUNAL DEL TRABAJO N° 2 DE LANÚS (Buenos Aires) – 29/06/2011. A julio de 2011 no se ha modificado la norma, si bien en la Cámara de Diputados bonaerense hay sectores que están buscando promover tal modificación.

²²⁶ *Página 12*, 24/12/10, *Las restricciones para mujeres solas y lesbianas a la nueva ley de fertilización*.

favorables, el 78% brindó cobertura integral y el 22% sólo cubrió parcialmente el servicio médico asistencia en TRHA para esos pacientes. Ese informe señala, asimismo, que durante 2009 fueron rechazados el 63% de los casos de amparos, pero observaba un incremento tendencial a lo largo de 2010.²²⁷

7.3.2 Repercusiones en torno a la sanción de la Ley Nacional 26.862

Antes de la sanción de leyes y resoluciones en la temática en el país (entre 2009 y 2013) no se registran declaraciones frecuentes sobre la cuestión TRHA de parte de funcionarios públicos y decisores políticos de jerarquía, en el *corpus* relevado. Entendemos que ha sido a lo largo de los años una cuestión que transitó entre disímiles e inestables proyectos de ley. Con legisladores parcialmente preparados para afrontar la complejidad del tema y plasmado éste de dilemas no del todo debatidos a nivel social. Una demanda atravesada por agencias y poderes heterogéneo, fragmentados o sectorizados. Una temática social de la *(des)esperanza y la ilusión*. Objeto de algunas medidas parciales o inaplicables en órdenes administrativos locales. O bien, un tema ya tradicionalmente (y todavía) recurrente en juzgados y organismos de atención al consumidor.

Los primeros proyectos de Ley en materia de TRHA, fueron elaborados desde mediados de la década de los años 80. Como vimos, trataba en esos años de proyectos restrictivos o prohibitivos, aquellos que lograban prosperar en el HCN. En junio de 2012, obtiene media sanción en la Cámara de diputados la Ley Nacional para garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida. La titular de la Comisión de Salud de esa cámara, María Elena Chieno (FpV) manifestó en aquél momento que “[el proyecto] **repara una deuda social (...) y se encuadra en un país que aseguró el acceso a derechos sociales progresistas** (...) con una mirada inclusiva, equitativa y responsable, que no deja afuera a ningún sector”.

En cambio, la diputada del Silvia Majdalani (PRO) quien participó de uno de los dictámenes de la minoría, sentenció: “ (...) se trata de un **proyecto “inviable”** porque “no tiene una regulación clara ni plantea un límite de edad y tampoco prevé un presupuesto que pueda cubrirlo”.²²⁸

²²⁷ Aizenberg, M. (2012). El tratamiento legal y jurisprudencial de las técnicas de reproducción humana asistida en Argentina. Fuente: [link](#)

²²⁸ Página 12. *Tratamientos de fertilidad, un derecho*. 28-06-2012.

Habrá amplios sectores de la sociedad que considerarn esta Ley como un logro legislativo no sólo en sí mismo, sino como parte de un conjunto de ampliaciones de derechos en la última década del país, que coincide con la tendencia de reconocimiento y legalización de un conjunto de derechos asociados al campo de la SyDDSSyRR en el país.

En la coyuntura socio-político en la que se consigue obtener una ley nacional, la cuestión *fertilización asistida* (TRHA) resonará acorde a ese contexto, es llamada al encadenamiento que la enmarca en un “*plus*” *metafórico*. Ingresa sutilmente (y sin previo aviso) como un elemento ligado a un conjunto más amplio de pujas y reivindicaciones, que Laclau y Mouffe (1987) asocian con las *luchas democráticas*. Será así en este momento histórico. Constituido a través de formaciones imaginarias (P cheux, 2003) materializadas en múltiples y heterogéneos colectivos y grupos, organizados bajo distintos matices y perspectivas políticas y/o partidarias.

En 2013, tras 27 años de la presentación del primer proyecto de ley de TRHA en el país, con 204 votos a favor, uno en contra y nueve abstenciones, se sanciona la Ley 26.862 de “*Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*”, a través del sistema de salud público, de seguridad social y privado, para todas las personas mayores de edad, sin discriminación por orientación sexual o estado civil. Esta ley enuncia un enfoque interdisciplinario para el abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y TRHA y pauta el carácter no lucrativo ni comercial de la donación de gametos, entre otras consideraciones formales, que abarcamos en el estado del arte. El **Estado argentino, entiende por TRHA:** “*los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo*”, e integra: “*las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones*”. Toda nueva técnica que se desarrolle a futuro, será objeto de aprobación por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Conviene repasar posicionamientos en la repercusión del momento, luego, y el contexto posterior:

Cadenas discursivas equivalenciales:

- , Cristina Fernández de Kirchner, entonces, a cargo de la presidencia de la Nación, manifestó:

"La fertilización asistida es ley desde hoy. **Más derechos, más inclusión**, mejor país. Como les dije, la **Década Ganada**".²²⁹

, HCN:

"[...] El proyecto fue defendido por la presidenta de la Comisión de Acción Social y de Salud, María Elena Chien, quien señaló que la ley **marca "un nuevo camino en lo que son políticas de inclusión", contra la discriminación en materia de procreación**. La mayoría de las bancadas acompañó el proyecto, a excepción del PRO, por cuyos disensos internos el jefe de bloque, Federico Pinedo, pidió autorización para abstenerse."²³⁰

, ONG de pacientes:

"Afuera de la Cámara, las organizaciones que venían batallando por la ley se manifestaron en respaldo de la sanción [...]" **"Significa un antes y un después para miles de personas** que estaban dudando de si un día iban a poder concretar su familia", se alborozó una referente de *Abrazo por dar Vida*, una de las ONG que reclamaron por la aprobación de la ley. Fuera del Congreso, mientras celebraba con compañeras de otras organizaciones (...) **"esta ley, que costó, devuelve esperanza" a familias** "de todo el país, no sólo de Buenos Aires" porque **"hay chicas en el interior que ni siquiera podían acceder a un diagnóstico de infertilidad**. [...] Por otra parte, la referente se mostró optimista aun ante **las protestas de la cámara de empresas de medicina prepaga, que "se amparan en cosas inexistentes porque les tocaron la timba"**".²³¹

[...] sabemos que es el primer paso: **todavía hay que reglamentar la ley. Y ver qué fondos tiene el Estado para ayudar a quienes no tienen obra social ni medicina prepaga**. De todas maneras, esta ley nos enorgullece como sociedad, nos muestra comprensivos y amplios. **Hoy hay derechos para todos**" (Concebir).²³²

, Organizaciones de la diversidad sexual:

"Es una ley que **al principio se planteaba desde la perspectiva de la infertilidad como enfermedad**, y que **después del trabajo de las organizaciones** se transforma en una ley que **plantea la fertilización como derecho**", señaló el presidente de la Federación Argentina LGBT. Además, enfatizó, el articulado "establece claramente que bajo ningún concepto en la reglamentación se podrán incorporar restricciones que impidan el acceso al tratamiento en base a orientación sexual y estado civil". [...] Por su parte, desde el área jurídica de la Comunidad

²²⁹ La Nación, Cristina Kirchner sobre la ley de fertilización asistida: "Felicitaciones a todos los que lucharon por la ley; se la ganaron". 5/06/13

²³⁰ *Página 12*, Ya es igualitario el derecho a tener hijos. 06-06-2013 - [link](#)

²³¹ *Idem*.

²³² *Clarín*, Ley de fertilización asistida. 06/06/13

Homosexual Argentina, [se] dijo que **“esta ley sigue reivindicando a la Argentina como el país que más respeta la diversidad en Latinoamérica”**.²³³

Posicionamientos de centros reproductivos y algunos matices:

- Centro reproductivo Cimer

Médica de especialista en fertilidad del Centro de Investigación en Medicina reproductiva, “(...)contabilizó que había cerca de 4000 nacimientos anuales por TRHA, es decir, en el país nacen 10 niños por día como resultado de algún procedimiento de fertilización. [Remarca la relevancia de la ley]”

- Director de Cegyr (centro de medicina reproductiva), plantea una duda ante la resistencia de las prepagas:

“El tema es quién absorberá todo este gasto...”. Muchos millones (Clarín, Sociedad, 06/06/13) y **“Se sabía y se intuía que iba a haber retenciones. Los tratamientos son muy costosos.** No tanto los de baja complejidad, pero sí los de alta. (...) Pero ahora hay una ley para cumplir”²³⁴

Cadenas diferenciales:

- Mauricio Macri, entonces Jefe de Gobierno porteño, estaba contra el proyecto promovido por el oficialismo:

“Creo que en este momento la **prioridad** es que el sistema de salud funcione en **prestaciones en las que se va la vida de la gente**”, consideró. A su vez, consultado sobre cómo será la aplicación de ley en la Ciudad, manifestó que **“hay que lograr que se haga con mucho cuidado, porque es una prestación muy costosa”**

- Abstenciones. La diputada nacional Paula Bertol brindó explicaciones acerca de su abstención y la de 8 diputados más del bloque del PRO:

“hay muchos temores de que (la Ley de Fertilización Asistida) se convierta en **un tráfico de vientres**”, debido a la falta de regulación (...) (...) “la norma **“tiene una escasa profundidad”**, ya que entre otras cosas **“deja de lado un tema de bioética, que es qué pasa con los embriones”** (...) (...) **“si esta ley se hubiera parecido a la de la provincia de Buenos Aires, yo la hubiera votado a cuatro manos”**.

- Pre-pagas Para las prepagas la ley de TRHA **fue una “irresponsabilidad”**

Director ejecutivo de Cimara, la cámara que agrupa a las empresas de medicina privada medianas y grandes en Argentina (20): **“Creo que es una irresponsabilidad de parte de los legisladores sancionar una ley sin saber cómo se va a financiar lo que aprueban. Lo que**

²³³ *idem.*

²³⁴ *Clarín, Fe.. Sociedad, 06/09/13*

va a pasar es que el costo se va a prorratear entre todos los usuarios del sistema” anticipó. (...) Agregó que si bien la **infertilidad** es considerada una enfermedad por la OMS “es algo muy puntual”. Además consideró que está dentro de las **“afecciones de resolución voluntaria” es decir, “hay personas que deciden no tratarla”**.²³⁵

UCA - Iglesia Católica:

“Revello también criticó que la nueva ley: [los embriones] “no son un simple cúmulo de células que se usan, seleccionan y descartan”, sino “vida humana”. [Se abre] “las puertas al **alquiler de vientres y la ‘donación’ de óvulos**”, afectando la dignidad de la mujer, y permitirá que “mujeres o varones solteros o en pareja con cónyuges de su mismo sexo puedan acceder a un hijo”, **impidiendo deliberadamente que el chico tenga un papá y una mamá.**”²³⁶

En el espacio público de los medios gráficos, que las equivalencias que dan cuenta de un posicionamiento favorable en ese momento. Hemos expuesto la amplitud de respuestas que esta ley implicó apenas sancionada, incluso aquellos posicionamientos anacrónicos, pero especialmente en este periodo, son los matices diferenciales los que conviene considerar para comprender los acontecimientos siguientes, en tanto ni la técnica, ni la mera cobertura, han demostrado resolver por mera fuerza de ley, los debates sociales de fondo. El todavía judicializado acceso se hallará vehiculizado más obras sociales y prepagas, que por los servicios públicos de salud, siendo subsidiarios de los privados, más aptos para desarrollar convenios con el Estado, en condiciones tecnológicas, experiencia previa y con recursos instalados para asumir el nuevo contexto de oferta/demanda reproductiva.

7.3.3 Obstáculos para el acceso a la cobertura

Poco tiempo después de sancionada la ley 26.862, comenzarían a persistir obstáculos para la aplicación plena del acceso integral planteado en su letra, ante ciertas resistencias y omisiones de obras sociales y pre pagas. Comenzarán a emerger demandas latentes ante vacíos jurídicos. Al poco tiempo de sancionada la ley, una ONG de pacientes, verían una serie de baches o dificultades en el cumplimiento como en la reglamentación de la misma:

“La infertilidad se consideraba una enfermedad y el Estado entendía que debía formar parte del Programa Médico Obligatorio (PMO) para cualquier persona mayor de 18 años (...) las obras

²³⁵ La Nación, *Fertilización asistida: las prepagas creen que la ley es una irresponsabilidad*. 05/06/2013.

²³⁶ Clarín. La Iglesia salió a cuestionar la nueva ley de fertilización asistida. 7/06/2013

sociales y prepagas tenían un nuevo compromiso con sus afiliados. **"El problema de acceso a los tratamientos resultaba fundamental para garantizar la equidad, evitando que sólo quienes disponían de los medios económicos pudieran realizarlos"** (...). Sin embargo, la legislación dejaba cuestiones sin definir. "La reglamentación llegó a los pocos días y sin asesoramiento. Como **no dejó bien en claro qué cubre y qué no las prepagas se agarraron de eso para hacer sus propias leyes como lo interpretaron**", dice la principal referente de Concebir. **En la asociación empezaron a recibir cientos de consultas porque las empresas no cubrían el 100% de la medicación, porque había sólo unos pocos centros entre los que atenderse** (los pacientes se encontraban en la obligación de cambiar de médico en mitad de un tratamiento), no cubrían los procesos de donación de gametas (óvulos o espermatozoides), entre otras cuestiones."²³⁷

En 2014, la diputada María del Carmen Bianchi presentaba una iniciativa que buscaba zanjar aquellos vacíos legales (con firma también del bloque oficialista):

"Hay que evitar que los criterios de mercado se impongan por sobre la salud y el bien común", señaló Bianchi a este diario, al explicar los fundamentos de su propuesta. La diputada consideró que "si bien la Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida y su decreto reglamentario echaron luz sobre varias cuestiones atinentes a la fertilización asistida, otras tantas no han sido abordadas y ello implica que en su mayoría se regulen por las reglas del mercado, por la oferta y la demanda".²³⁸

A partir de éstas dificultades y vacíos, el Ministerio de Salud de la Nación, comenzó a desarrollar decretos y resolución para detallar, reafirmar o presionar al cumplimiento de aspectos fundamentales de la Ley, en particular la integración de los procedimientos integrales de TRHA dentro del PMO. Por ejemplo, se sucedieron: decreto, el N° 207/2016, para dejar libre de confusiones la cantidad de intentos de tratamientos, así como de transferencias de embriones, cuyos grises eran aprovechados por las empresas de medicina prepaga, restándoles posibilidades a los/as pacientes. Recientemente, en junio de 2018, se (re) estableció la obligatoriedad de la cobertura del cien por ciento en medicamentos, que deberá ser brindada por los agentes de salud, pese a que la letra de la ley asume ya eso. Sintomáticamente (Laclau y Mouffe, 1987) en nuestro "sistema" de salud, ha sucedido lo mismo, por ejemplo, con la epidemia de VIH, en sus comienzos y en relación a las posibilidades de acceder a tratamientos ARV.²³⁹

²³⁷ La Nación. "El difícil camino de ser padres: un año de grandes contramarchas, pese a los intentos de cambio". 31/12/2013

²³⁸ Página 12. "Hay que evitar que los criterios de mercado se impongan por sobre la salud y el bien común", 21/03/14

²³⁹ A junio de 2018, en un contexto político de retrocesos en cuanto a las políticas públicas basadas en derechos humanos fundamentales, se está debatiendo en la Comisión de Salud del Senado, la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET)

Casi cinco años después de sancionada la ley, los distintos procedimientos médicos, asistenciales operativos y normativos, comienzan lentamente a trazarse en un proceso al menos anunciado de institucionalización del campo reproductivo y promesa de regulaciones y extensión de este derecho hacia los servicios públicos de salud del país. Con un mercado reproductivo que se ha ido adaptando o, mejor dicho, ha generado un espacio conveniente para su adaptación a nuevas políticas públicas en materia de TRHA y derechos reproductivos. Nicolás Neuspiller, coordinador general del **Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida** del Ministerio de Salud de la Nación, y uno de los más destacados pioneros en el campo reproductivo desde sus inicios, recientemente informaba, en el marco de incremento de la cantidad de tratamientos, luego de años de sancionada la ley nacional:

“Las obras sociales y prepagas están cumpliendo con la ley. Aceptan los tratamientos de alta y baja complejidad. Si bien algunas ponen palos en la rueda, terminan cumpliendo”, (...) **“Desde el Estado –sigue–, entre 2016 y 2017 pusimos a funcionar consultorios de fertilidad** en cada una de las provincias. Hay tres centros de alta complejidad en Córdoba, Tucumán y Bahía Blanca (Buenos Aires), y recientemente firmamos un convenio con el Hospital de Clínicas, en la Ciudad de Buenos Aires”.²⁴⁰

No obstante, de manera persistente, aún con resoluciones del MSN, otros actores coincidían que todavía en Argentina, existen obstáculos para acceder a los procedimientos, no sólo por motivos económicos, sino particularmente discriminatorios de parte de los servicios. Por ejemplo en Buenos Aires, la Defensoría del Pueblo provincial, informaba que: **“...todos los meses ingresan un promedio de 10 presentaciones de parejas, de hombres o de mujeres que no reciben respuesta de los servicios de salud.”**²⁴¹

“Tenemos denuncias de que IOMA insiste en rechazar la crioconservación y la transferencia de embriones, cuando deben cubrirse de forma integral con la toda la medicación. Y muchas obras sociales ofrecen cubrir sólo el 40% de los costos”²⁴²

Desde grupos de pacientes, ofrecen asesoramiento y datos útiles para los reclamos ante obras sociales y pre pagas, señalando que son esas últimas las que más incumplen en la cobertura de TRHA. Es curioso ingresar al portal de Concebir y ver que

²⁴⁰ Clarín. El sueño de concebir... 04/06/18

²⁴¹ Clarín, suelos interrumpidos, 08/11/17

²⁴² Clarín, *Ídem*. En la nota se informan costos: “En el sistema privado, una inseminación intrauterina (baja complejidad) puede costar entre \$ 8.000 y \$ 20.000. Es el tratamiento más sencillo y frecuente. La Fertilización In Vitro (FIV) o la inyección Intra Citoplasmática –de complejidad media- requiere un gasto de \$ 70.000 a \$ 100.000. Contratar a un instituto para una donación de gametos (esperma u óvulos), con la medicación que requiere, puede valer más de \$ 170.000.”

la primera opción²⁴³ es Defensa al Consumidor, segunda, la Superintendencia de Servicios de Salud (incorporada, asimismo, a la Ley nacional, junto a la autoridad de competencia, MSN) y, tercera opción que informan: Defensoría del Pueblo de la Nación: “Concebir –ONG que recibe unos **400 pedidos de asistencia al mes**- afirman que **“las prepagas más caras están en la cima” de los reclamos que reciben, seguidos por los institutos estatales**. Finalmente, las que más responden son las obras sociales sindicales”, explicó...la presidenta de la entidad integrada por pacientes que buscan o encontraron ser padres con ayuda de la Medicina.”²⁴⁴

La Defensoría del Pueblo de la Nación, por su parte, en 2016, tuvo que intervenir por medio de dos exhorto ante prepagas para el cumplimiento de la cobertura obligatoria de salud a pacientes de la comunidad LGBTI. El primer caso en defensa de un varón trans, en adecuación del sexo. El segundo, obstáculos a una pareja de mujeres para acceder a la cobertura de TRHA. Ante estas vulneraciones, la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (Falgbt) y la Defensoría LGBT dieron respaldo a las medidas de la Defensoría.²⁴⁵

En la misma línea, desde SAMeR, se observará:

“La promulgación de la ley 26.862 fue una medida muy positiva para los pacientes en su momento. Pero trajo una dificultad al ser una ley de cobertura y no integral. Trajo problemáticas, porque **hay cuestiones esenciales técnicas no contempladas en la ley**”, explica la doctora [...] vicepresidente de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva.”²⁴⁶

Observa Spinelli (Petracci y Waisbord, 2011:27) las fallas estructurales del campo de la salud en Argentina y el peso de la fuerte presencia de capital económico en el mismo. El autor, señala que “... *las capacidades de pago, los costos de las prestaciones y las tasas de uso de las poblaciones llevan a los prestadores de capital concentrado a desarrollar estrategias para no comprometerse con las poblaciones sin capacidades de compra de seguros, como también a desligarse de las poblaciones que requieren prestaciones de alto costo o padecen enfermedades o problemas crónicos. Ambas situaciones quedan entonces bajo responsabilidad del Estado nacional, provincial o municipal.*”

²⁴³ Disponible en: <http://concebir.org.ar/legal/reclamar-cobertura/>

²⁴⁴ Clarín, Ídem.

²⁴⁵ Página 12, Para que cumplan con la ley, 07/2015.

²⁴⁶ Clarín, Denuncian vacíos legales y arbitrariedades, 08/11/2017

7.3.4 Nuevo Código Civil: viejos y nuevos posicionamientos

En el contexto de debate de la Ley de TRHA, también se debatía el proyecto del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, que contemplaba una actualización de impacto social a muchos niveles: simplificación del trámite de divorcio y adopción, contratos prenupciales, bienes pertenecientes al dominio público y, entre otros puntos, aspectos de relación directa con las TRHA. Uno de ellos lo hemos tocado en otras oportunidades en este recorrido. La tensión por el estatuto del embrión, llevó otra vez a la recurrente conflictividad moral de los años anteriores y que ha sido una marca potente en la delimitación de la producción social de significaciones en TRHA y en el conjunto de los DDSSyRR, históricamente, en nuestro país.

Uno de los proyectos sostenía: “La existencia de la persona humana comienza con la concepción en la mujer, o con la implantación del embrión en ella, en los casos de TRHA [...] si no nace con vida, se considera que la persona nunca existió”. El FPV propuso una modificación, dando estatus de persona, de modo indiferente a que estuviera o no implantado en el seno materno; y consignando que la **protección del embrión no implantado, sería motivo de una ley especial**.

Al respecto, el ex presidente de las sociedades Argentina y Latinoamericana de Medicina Reproductiva, declaraba:

“En la Fertilización Humana Asistida, el embrión, **antes** de ser implantado, **no es una persona**, y así lo plantea el Código de Ética de nuestra especialidad: considerarlo como tal, impediría de hecho nuestra práctica, ya que no permitiría los **procedimientos necesarios para prevenir embarazos múltiples y evitar enfermedades genéticas**” [y sostuvo que aquella modificación] **“obedece a la presión de la Iglesia Católica: ellos son los únicos para quienes un embrión no implantado es una persona”**

Los especialistas defendían la versión del proyecto inicial, en la que se diferenciaba la figura estatuto del embrión, antes y después de ser transferido “(...) *ya que esto corresponde al proceso natural de fecundación, donde sólo una minoría de embriones llega a implantarse*”, declaraba un actual directivo de la misma entidad. Por su parte, otro ex directivo de SAMeR, agregaba:

(...) **Merece sí un respeto y tiene un status bioético que no permite utilizarlo para fines de investigación ni experimentación**, ni crear un embrión con otro objeto que no sea el

nacimiento de un bebé sano. Pero de ninguna manera debe considerarse una persona **En esto acordamos todos los integrantes de la SAMeR y el 99% de los científicos que hacen RHA en el mundo [...]** la reforma que la comisión bicameral plantea para el artículo 19 de la propuesta inicial, obedece simplemente a la presión de la Iglesia Católica [...] **en rigor, directamente no se podría hacer FIV porque crearían “personas” de las cuales muchas no van a llegar a nacer**”²⁴⁷

Organizaciones de pacientes, también emitieron sus comunicados, uno de los cuales se expresa casi en su totalidad para dar cuenta de la retórica que veníamos analizando en relación con estos grupos y su perfil político. Por ejemplo, *Sumate a Dar Vida*, declaraba:

“Una **pareja** que lucha por ser padres, el **avance de la ciencia que lleva esperanzas a miles** de personas que –por una limitación que está afuera de su alcance- no pueden concebir naturalmente. Una vida que se gesta con la ayuda de la medicina, un hijo que crecerá feliz en una familia que lo concibe con el cuerpo y el corazón desde hace años **¿Qué de todo esto va contra el derecho a la vida?** ¿Quién puede explicar esta brutal vuelta atrás en el proyecto del Nuevo Código Civil? ¿Qué pensamientos anacrónicos guían y arrasan con un **derecho que habíamos ganado los pacientes con nuestro dolor a costas** y nuestra frustración frente a las puertas del Congreso de la Nación? ¿Por qué volver a dejar un **vacío legal**? ¿Por qué impedir que **muchas parejas** puedan concretar el deseo de tener un hijo y formar una familia? ¿Cuál es el sentido de seguir negando el avance de la ciencia? (...) **Esta modificación (...) Va contra la vida misma**”²⁴⁸

La última modificación, excluyente de la aclaración de “en el seno materno” y que llama a la generación de una ley especial para el embrión, sería la que terminaría primando. En agosto de 2015 entró en vigencia el nuevo CCyCN, aprobado en octubre de 2014, bajo la ley 26.994. Otras organizaciones por los derechos reproductivos, por ejemplo, *Católicas por el Derecho a Decidir*, también se manifestó al respecto del Artículo 19: “ (...) no sólo es una grave afrenta contra los principios constitucionales y toda la estructura jurídica que amplía los derechos de las personas, sino también un **notorio retroceso frente a los nuevos logros legislativos**, principalmente, las leyes 26.618 de Matrimonio Igualitario, 26.743 de Identidad de Género y de manera más reciente, la Ley 26.862 de cobertura médica de TRHA (...) Por supuesto que celebramos la posibilidad de contar con un nuevo CCyCN para nuestro país en consonancia con nuestra CN, los Tratados Internacionales (...) Sin embargo advertimos que no sucede lo mismo con el art.19 que, según la redacción aprobada en Senadores, atentaría contra los **principios de igualdad y no discriminación, progresividad,**

²⁴⁷ Página 12, El embrión de la polémica, 21/11/2013

²⁴⁸ Sumateadarvida.org (última visita: mayo de 2018)

multiculturalidad, y a la vez estaría en contra del derecho a la intimidad, la autonomía reproductiva y el disfrute del avance científico, en este caso a la reproducción humana asistida [...] No se debe caer en la confusión de equiparar fertilización con concepción, el propio Senado sancionó en 2013 la ley de cobertura médica de las TRHA (...) por lo tanto los legisladores admitían que el embrión *in vitro* no es persona [proceden] [...]”²⁴⁹

Vemos en una misma cadena discursiva dos posicionamientos distintos en la dimensión política de la cuestión, algo que proviene de nuestros primeros interrogantes, y se asocia, por un lado a una visión acotada, a un compromiso social desde lo personal y el dolor humano, y el otro, lleva la misma demanda a una visión estructural e histórica,, contextual y articulada con un conjunto de cuestiones políticas y de DD.HH. Por su parte, la primera cadena, la de los expertos, se ancla más en el campo de la efectividad de las prácticas y en criterios del orden tecno-científico e, incluso, bioético. No obstante, con un claro posicionamiento antagónico con respecto a la Iglesia Católica y, como vimos, ya sin evocar una retórica conciliadora, ante los medios masivos. Adicionalmente, el argumento que propone CPD, nos plantea un llamado necesario a la coherencia legislativa en ésta y otras temáticas, tomando un claro posicionamiento de re-politización de las TRHA como parte de los derechos reproductivos. Finalmente, se regularon en el CCyCN, los efectos filiatorios de las TRHA, estableciendo la *voluntad procreacional* como criterio rector para la filiación; permitiendo la donación anónima de gametos, donados bajo una autorización circunscrita de datos de donante, por parte de las personas nacidas por TRHA. Se quitó la posibilidad, no obstante, de regular aspectos asociados a la subrogación de vientre. Retomaremos ambos puntos en los siguientes acápites. Por otro lado, en 2017 se perdió el estado parlamentario un proyecto de ley especial e integral²⁵⁰ de regulación de las TRHA, para cubrir los vacíos legales asociados aquellas cuestiones que no se habían alcanzado a tratar ni en la sanción de la ley 26.862 ni en la reforma del CCyCN, la gestión de los embriones *in vitro* no implantados, el destino de los embriones criopreservados, el control y registro de los bancos de donantes de gametos, la cantidad de veces que una persona puede donar, entre otros. En aquel momento, Nicolás Neuspiller declaraba: "No es un debate religioso; es ciencia. Hay anomalías incompatibles con la vida, pero el Código Civil no da la posibilidad de descartar. Hay que debatir desde ese lugar, no son personas ni son vidas".²⁵¹

²⁴⁹ Católica.org.ar (última visita: mayo de 2018)

²⁵⁰ Proyecto de Ley mencionado disponible en:

http://www.samer.org.ar/pdf/PROYECTO_LEY_ESPECIAL_E_INTEGRAL_DE_TRHA.pdf

²⁵¹ La Nación, Embriones congelados: lo aprobado perdió estado parlamentario y el debate vuelve a cero. 31/05/2017

7.3.5 Donación: salud y derecho a la identidad (genética) en Argentina

Hemos reflexionado sobre cómo la polarización entre agencias y poderes en torno a determinados encadenamientos discursivos, alrededor de ciertos conflictos tomados como tales y no otros, establecen una delimitación en la arena significativa, excluyen o desalentando otros encadenamientos posibles. Al respecto del derecho a la identidad, en el país, el control (aún hasta la actualidad, en la práctica) todavía lo tienen los centros privados. Éstos ofrecen a sus usuarios/as la opción de un *Programa de Identidad Abierta* (PIA). En dicho programa, están inscriptos aquellos/as donantes que acceden a que el centro pueda revelar datos de su identidad a la persona nacida con su espermatozoides u óvulos, si los solicita. Para lo cual, establecen un tiempo límite: puede pedirlos a partir de los 18 años, pero el contrato establece que tiene tiempo para hacerlo, hasta los 25. Luego de cumplido ese plazo, el centro privado se halla eximido de la responsabilidad legal acerca de brindar esos datos o no. Una de las referentes de Concebir, decía al respecto de la urgencia de una Ley y acerca del nuevo CCyCN:

“[existe la] necesidad de respetar el derecho constitucional a la identidad de todos los nacidos por TRA que empleen gametas de terceros, es decir en los casos de donación de semen o de ovodonación. Actualmente en nuestro país estas prácticas no respetan dicho derecho porque la donación se realiza anónimamente (...).”²⁵²

El vigente CCyCN, establece el anonimato (una reserva de identidad) del donante, a menos que la persona nacida pida la información “por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial”²⁵³ En la actualidad no existe un banco público de gametos en Argentina a nivel nacional, que pueda regular esa situación normativamente pautada. Esa misma situación afecta a las mujeres que donan óvulos también, debido a que no hay un control sobre la cantidad de veces que expone su salud para ello. En 2017, el director del Programa Nacional de RMA (creado en 2016²⁵⁴) Dr. Nicolás Neuspiller, señalaba que se estaba trabajando en un programa informático base del Registro Nacional de Donantes.²⁵⁵

²⁵² Página 12. Fertilización asistida y DDHH, 01/04/2012. [link](#)

²⁵³ CCyCN, artículos 563 y 564.

²⁵⁴ Res. 2190 E-2016. MSN.

²⁵⁵ Clarín, *La donación de óvulos sin control y con una gran demanda*, 07/01/2017

7.3.6 Procreación solidaria o explotación reproductiva

En Argentina la subrogación de vientres no está prohibida. Sin embargo, en 2014 finalmente quedó afuera del CCyCN, por presión de la Iglesia católica. En el Anteproyecto de Reforma del CCyCN previo a su modificación, se incluía a la “gestación por sustitución”²⁵⁶ como una práctica supuesta (y especial) dentro de las TRHA. A esa práctica por su complejidad, se le ponía como condición un proceso judicial previo a los fines de homologar los consentimientos de todas las partes y determinar la filiación del niño/a nacido/a. Pese a haber quedado sin efecto este punto en la sanción definitiva, se presentan a nivel local determinados planteos judiciales que involucran este tipo de práctica en las TRHA actualmente. Al punto tal que existe jurisprudencia, pero en los últimos años, los casos que se hacen más visibles son los de los ricos o famosos, que viajan a Estados Unidos, a tramitar el procedimiento, para conseguir una parentalidad compartida o monoparental.

Asistimos a una nueva espectacularización de una práctica de TRHA (como lo fuera principalmente en un comienzo, la gestación múltiple) a través de varios casos que trascienden en los últimos años en medios masivos de comunicación y redes sociales. Experiencias que también suceden en otros países, con mayor regulación o clandestinidad.

Ante esta tendencia, y llegando a 2017, van a resurgir con mayor potencia discursos del movimiento feminista a nivel internacional. Se trata de reparos respecto de las TRHA que mayores dilemas generan, y que solían registrarse en el *corpus* de modo aislado (excepcional en el *corpus* de notas) generalmente como sucesos ocurridos en otros países lejanos. En aquel momento desde el movimiento de mujeres resonaba como ahora, la advertencia sobre la comercialización y explotación de mujeres en esa práctica particular. Se anticipaban en parte a nuestros días, sensibles a la comercialización que podía o estaba dándose en países del tercer mundo o pobres como India, donde efectivamente funciona un mercado de vientres disponible. Desde España se potencia un activismo que difiere del de la diversidad sexual loca. La primera tendencia desde el movimiento de mujeres es crítica y se oponen al alquiler de vientres, ya que cuestionan que se trata de un privilegio de clase y remarcan que las mujeres no son vasijas:²⁵⁷ y en algunos casos directamente rechazan que la práctica sea considerada una TRHA, ya que así se inscribiría en el tipo de “prácticas de control sexual de las mujeres”:

²⁵⁶ Artículo 562 del Anteproyecto.

²⁵⁷ Sitio web oficial: www.nosomosvasijas.eu

(...) **“No existe el derecho a tener hijos** por mucho que alguien desee cumplir el sueño de ser padre o de ser madre. **Sí existe, en cambio, el derecho de la mujer a controlar su propia sexualidad, a decidir libre y responsablemente sobre su cuerpo y a hacerlo de manera informada y autónoma, sin coacción, discriminación ni violencia. (...) la gestación subrogada no se debería realizar sin supervisión pública, se tiene que suprimir el papel de los intermediarios y, ante todo, hacerse en un marco de solidaridad. Es decir, que la gestación subrogada sea altruista (...) exento de cualquier tipo de contraprestación económica”.**²⁵⁸ [...] [Del mismo modo, una Profesora de Teoría Feminista de la Universidad Complutense de Madrid, manifestaba] **“Mi opinión es contraria a los vientres de alquiler y prefiero esa denominación** al eufemismo de maternidad subrogada”.

En Argentina se sostienen hoy experiencias crecientes y perspectivas permisivas, otrora impensables en los años 90 para estas prácticas. Tomarán esa posta las asociaciones y grupos de la diversidad y disidencias sexuales en nuestro país. Pero también, originalmente, en el marco de posicionamientos ligados a espacios institucionales oficiales en materia de TRHA. En 2016 se crea el Programa Nacional de acceso integral a las Técnicas de Medicina Reproductiva. Y en 2017 se crea la Comisión Asesora *AD HOC* en TRHA²⁵⁹ en el marco de aquel Programa (MSN) de acuerdo a lo estipulado por la Ley nacional. Dicha comisión está integrada por organizaciones como asociaciones: *Asociación Concebir, Sumate a Dar Vida, Abrazo por Dar Vida, 100% Diversidad y Derechos, Colectivo Derecho de Familia, Asociación Argentina de Centros de Reproducción Asistida y Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR).*

La comisión (CATRHA) elaboró una **Guía de buenas prácticas en materia de gestación por sustitución**: “(...) a los fines de unificar criterios y así, brindar seguridad, contención y respuesta a todos los involucrados ante una realidad social que no se puede evadir.” Este documento se fundamenta en lo establecido por la OMS, la CN y, también, la Convención Americana de Derechos Humanos, además de la Ley 26.862 (art. 8º)²⁶⁰ En el citado documento se establece: que se acude a este procedimiento en

²⁵⁸ Página 12. Descartables.[link](#)

²⁵⁹ RES 679/17. MSN. Creación del Comisión Asesora AD HOC en el ámbito del Programa Nacional de Reproducción Médica Asistida.

²⁶⁰ Comisión AD HOC (2017). “Guía de buenas prácticas...” basado EN: Gil Domínguez, Andrés, “La Gestación por Sustitución como derecho fundamental y derecho humano”, EN: DFyP 2015 –diciembre-, 237. : “La gestación por sustitución (GS) en tanto procedimiento **reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)** permite que aquellas personas que quieren formar una familia y no pueden hacerlo por su imposibilidad de gestar y/o llevar a término un embarazo por razones de salud (infertilidad) o social (infertilidad estructural) [...] No hay ninguna norma en la Constitución o en los instrumentos internacionales de derechos humanos que inhiba la gestación por sustitución. Al contrario, el principio pro persona expande la gestación por sustitución en base “a los derechos a la vida privada y familiar (art. 11CADH), a la integridad personal (art. 5 1 CADH), a la libertad personal (art. 7.1 CADH), a la igualdad y a no ser

caso de imposibilidad de gestar y/o llevar un embarazo a término por razones de salud, sexo, género u orientación sexual. Clasificación: gametas aportadas por comitentes o por terceras personas (la gestante no puede aportar sus gametas femeninas). Se proponen dos criterios para ser gestante: por un lado, los comitentes son quienes la eligen y postulan a evaluación. Debe ser una mujer de su confianza, que los una cierto lazo afectivo (familiar o no) Ello queda supeditado a la evaluación de un equipo multidisciplinario. En caso de no ser aprobada, será la pareja quien tendrá que buscar y proponer otra gestante (CATRHA, 2017:2).²⁶¹

Quien destaca en este punto dentro de la comisión es la asociación civil 100% Diversidad y Derechos. Al respecto de esta propuesta, señalaba la presidenta de la misma:

“Nuestra demanda es la regulación de la gestación por sustitución por parte del Estado. Actualmente, es una práctica que no está prohibida en nuestro país, que se está realizando cada vez más, pero sin una ley que la regule y, por lo tanto, **ese vacío jurídico genera la desprotección de todas las partes intervinientes, pero sobre todo de quienes están en posición más desventajosa: las gestantes y los niños y niñas nacidas** por esa técnica de reproducción asistida (...) Las **gestantes no cuentan con ninguna norma protectoria** de sus derechos durante el proceso de gestación y pos nacimiento y son **fácilmente susceptibles de explotación**, sobre todo cuando están en situación de pobreza o necesidad económica, ya que no hay ninguna autoridad pública que controle o intervenga en el proceso. (...) considera que la ley es la mejor forma de proteger a las mujeres y **no dejar la maternidad subrogada en manos del mercado**. “Desde el colectivo de diversidad sexual nos sentimos hermanadxs, comprometidxs e inescindibles **políticamente de los movimientos feministas y de mujeres**”.²⁶²

Por su parte, María Rachid, Secretaria General de la Federación Argentina LGBT recurre a los términos “gestación solidaria” o “por sustitución” para denominar a esta práctica, y manifestó:

“Hemos asesorado y patrocinado en decenas de prácticas llevadas en el exterior, como también algunas que ya se están desarrollando en el país y presentado un proyecto de ley donde expresamos una propuesta que regule estas prácticas respetando la **autonomía sobre el cuerpo de las mujeres y la voluntad procreacional** (...) El argumento de que es una práctica para familias ricas solo se da en el contexto en el que no está regulado expresamente por lo que las **obras sociales y prepagas se resisten a cubrirlo**.”

Observamos una operación significativa de desplazamiento en la que, a través de una práctica que históricamente fue comprendida expuesta al mercado, hoy se orienta hacia una forma de autonomía y derecho a formar una familia. Esto que comienza a

discriminado (art. 24 CADH) en cuanto al derecho a la maternidad y de conformar una familia, la que juega un papel central conforme art. 17 de la Convención Americana de Derechos Humanos”.

²⁶¹ CATRHA, 2017 (Disponible [aquí](#).)

²⁶² *Página 12. Descartables. Las 12.* 21/07/2017

reinscribirse en la arena actual, nos sugiere potencialmente otro debate existente al interior del complejo movimiento feminista y transfeminista en Argentina (y en el mundo). Trabajo sexual vs. Situación de prostitución; trabajo sexual autónomo o explotación sexual ajena. ¿Qué condiciones se plantearían en un país con un potente mercado reproductivo instalado? Ello aplicado a la capacidad reproductiva de las mujeres y/o personas con útero. Es muy pronto para arribar a conclusiones, pero en una arena más politizada, resuena la posibilidad de debates entre un abolicionismo reproductivo y una “gestación solidaria”, atravesados por el mercado reproductivo hegemónico y transnacional.

7.3.7 Casuística: derecho reproductivo y espectáculo

La casuística en los tres medios gráficos nacionales ha tenido algunas variaciones en su contenido, pero más en parte de sus retóricas. También, hay temáticas/casos que permanecen en el tiempo, aunque planteadas de manera diferente: antes bajo dilemas éticos o morales, mientras que hoy tienden a presentarse bajo los marcos normativos existentes o pendientes.^{263 264} Experiencias que parecían lejanas (caos internacionales) hoy incluso han sentado jurisprudencia en el país.

Las numerosas noticias, *reality show* y otros artificios de espectacularización en torno a las diversas alternativas de parentalidad que viven y muestran los famosos, artistas o conductores de programas,²⁶⁵ son casos que abundan en los medios gráficos.

Por otro lado, si bien el contexto no es el mismo que en periodos anteriores, persiste la construcción heteronormativa de la pareja y la familia, el refuerzo del mandato materno, el pronatalismo y el valor de la filiación como proyecto de vida obligado que, como mucho, hoy puede “postergarse” o cumplirse bajo alternativas al alcance de la ciencia.

También siguen apareciendo casos de embarazos múltiples, el más destacado, de quintillizos y nuevamente, el tono anecdótico, los testimonios felices, pero preocupados y el naturalizar esta problemática sanitaria:²⁶⁶

“(…) el padre de los quintillizos, contó (…) “tenemos un largo camino para recorrer con nuestros hijos pero estamos muy felices”. Este hombre que podría formar casi un equipo de fútbol, tiene

²⁶³ La Nación. Fertilización asistida: lograron ser padres con ayuda de Defensa del Consumidor. 30/10/2017

²⁶⁴ La Nación. La Justicia ordenó a una obra social cubrir el tratamiento de fertilidad a una mujer de 49 años. 15/09/17

²⁶⁵ Clarín. Madres maduras Maby Wells, embarazada a los 47 años. 27/04/2017

²⁶⁶ Clarín. Son (...) Los quintillizos de Tucumán evolucionan bien y deberán pasar dos meses en neonatología. 13/04/2017 [link](#)

cinco hijos de su primer matrimonio a los que se sumaron estos nuevos cinco de su segundo (...) La pareja buscaba un hijo desde hacía cinco años y por ello se sometieron a un tratamiento de fertilización que dio como fruto este nacimiento múltiple. (...)”

Hasta 2017, los casos que menos se visibilizan son los del orden terapéutico, que pueden abarcar el uso de las TRHA como un recurso preventivo para pacientes oncológicos, procreación en personas con VIH, etc.²⁶⁷ En segundo lugar, también son menores casos de madres solteras por elección (MSE). Y en mejor posición dentro de lo marginal, las parejas del mismo sexo. Cuando aparecen, se trata de casos en los que las personas judicializan o denuncian, y en menor medida, quienes muestran la plenitud de su parentalidad igualitaria y diversa. Como mencionamos en un apartado anterior, son recurrentes los casos publicados de judicialización, especialmente en ese último caso, pese a los avances y los años transcurridos.

No obstante, el último año se destaca el incremento de una temática que antes aparecía lejana, como es la subrogación de vientre. En los años 90, solía aparecer en los medios gráficos de modo aislado, como “nota de color” e internacional. El caso más significativo podemos identificarlo en 2017,²⁶⁸ bajo nuevas variantes de judicialización.²⁶⁹ De parte de personas y parejas que buscan autorización judicial para legitimar su filiación por el uso de aquella práctica. En la Ciudad de Buenos Aires, por orden de un juez y de manera provisoria, hoy puede realizarse la inscripción de los bebés nacidos en el contexto de estos acuerdos reproductivos, en el registro civil. La disposición N.º 93/DGRC/17 evitaría tener que asistir a la justicia, al “autorizar a inscribir, en términos preventivos, los nacimientos de los menores nacidos por Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) de alta complejidad, denominada gestación solidaria” (Art.1º). Esta disposición se ha planteado únicamente a los fines del registro y se encarga de aclarar en su letra que no implica una postura a favor ni en contra de las TRHA y de la “gestación solidaria”.

Interpretamos que la casuística en medios gráficos es una vía de acceso interesante para reflexionar las operaciones discursivas y la construcción y visibilidad de sujetos de derecho. Pero son más que un simple recorte de las realidades reproductivas: son parte de la construcción imaginaria entre la novelaría y el integrarlas como cuestiones de salud pública y derechos. Los medios gráficos no solamente nos brindan un panorama

²⁶⁷ Notas que dieran cuenta de ese tipo de casos, comienzan a aparecer apenas en 1995, centrados en hermanos que nacen para curar a un hermano mayor (Palopoli, 2011).

²⁶⁸ Clarín. *Por un amparo colectivo, habilitan en la Ciudad la inscripción de hijos nacidos por alquiler de vientre*. 5/10/2017

²⁶⁹ Clarín. *“Nuevas familias. Una pareja gay tuvo mellizos con un vientre prestado y la Justicia ordena sacar del DNI de los chicos a la mujer que puso el cuerpo”*. 04/08/2017

de los procesos modernizadores, sino que éstos mismos, en calidad de espacio público, materializan aquellos procesos: la legitimidad de las prácticas sociales, la mistificación, la inducción de ofertas/demanda, las cosmovisiones, valores, creencias y expectativas sociales.

8. CONCLUSIONES

Las prácticas ligadas con los avances científicos y tecnológicos en la materia, plantean nuevos giros a los problemas cognitivos (Gaudillière, 2001) políticos y filosóficos. Problemáticas de los que se hacen eco no solamente los científicos, los académicos, sino el conjunto social, los grupos de pacientes, las organizaciones y movimientos sociales, los funcionarios públicos, como los legisladores que buscan traducir estos (no tan) “nuevos problemas” en términos legales. En Argentina, las marchas y contramarchas sociales y políticas en materia de TRHA, histórica y sintomáticamente, han implicado un despliegue de múltiples intereses de mercado, morales y religiosos. La nueva realidad de “logros legislativos” sucede en un momento de transición económica y política en el país. También ésta se ve condicionada y convive con estructuras y procesos hegemónicos preexistentes de peso, que siguen definiendo las inclusiones y exclusiones de sujetos de derecho así como las posibilidades de democratización de esta política pública.

Al comenzar, planteamos que la producción social de significaciones en torno a las TRHA, más que gestarse de antagonismos, se han dado bajo procesos de dislocación modernizadores propios de las sociedades postradicionales. Esos procesos, integran operaciones discursivas como las de retraditionalización o desplazamiento, que, por un lado, vehiculizan la institucionalización de una práctica social y, por otro lado, contribuyen a organizar en la trama discursiva la constitución y exclusión de demandas e identidades políticas. Tan es así que la posibilidad de accesibilidad económica a las TRHA ha sido un triunfo colectivo y a la vez, un proceso hegemónico avanzado, listo para la ampliación del sector y el fomento de la adherencia y demanda reproductivas dentro del sistema de salud.

En un comienzo, las formas de instalar y posicionar la temática hacia una cuestión social, la han puesto en un lugar de servicio moderno, neutral y eficiente, cuya cocina era sólo asunto de expertos, embajadores tecno-científicos de las TRHA. Desde el comienzo llegó antes la cura que la “enfermedad”: el diagnóstico de infertilidad ha sido sinónimo y legitimación de las TRHA. Mientras que, a nivel de las políticas públicas hoy, las medidas preventivas y alternativas para las personas en medicina reproductiva, todavía no se constituyen en una estrategia concreta, a cinco años de sancionada la ley.

Más allá de la ley nacional, que enhorabuena regula la cobertura sanitaria de las TRHA, creemos que las preguntas sobre la constitución de un derecho reproductivo, abarca, pero también excede lo formal o normativo. Luego de tres décadas de instaladas las prácticas desde el mercado reproductivo y recién con apenas cinco años que se empiezan a abordar como una cuestión de salud pública, podemos decir que comienza una larga lucha política hacia adentro y hacia afuera del campo de los DDSSyRR. Un debate acerca de estas prácticas y sus sujetos de derecho no puede ser remitido a un problema meramente médico que pueda resolverse administrativamente, y/o por vía de una ley que busque garantizarlas, sin mediaciones de un debate social. Decía Paulo Freire, “hay que democratizar las cosas buenas y no suprimirlas. Yo no rechazo las cosas burguesas sino la concepción burguesa de la vida.” (Freire, 2003:45). Toda acción que proclame la autodeterminación, en particular las TRHA (y pensando, especialmente en la subrogación de vientres) no está aislada del peso de los marcos legales, las normas sociales y las pautas culturales. Además, la decisión de una persona o pareja de realizar estas prácticas se ve atravesada por factores no exclusivamente económicos (Ariza, 2010; Straw, 2014).²⁷⁰ Factores que conllevan una gran carga simbólica y política no sólo a nivel de las formas individuales de maternar y/o paternar, sino también en las construcciones vinculares, sociales y familiares. No son alternativas u opciones del mercado de la salud, son decisiones políticas.

A partir de la segunda mitad de los años 90, fue delineándose de modo particular la construcción heteronormativa de sujetos de derecho en torno a estas prácticas. Aquellas identidades políticas y sus posicionamientos, no pueden comprenderse sino bajo los contextos de aquel entonces. Vimos que las configuraciones de demandas

²⁷⁰ Por ejemplo, en un estudio de Straw (2014) la autora observó que en usuarias de TRHA el uso de óvulos donados (OD) generaba dudas, rechazos y tenían peso en las implicancias para la definición del vínculo materno-filial; no sólo individualmente, sino a nivel también, a nivel de la pareja. En otra investigación, Ariza (2010) registró a lo largo de la historia de provisión de las TRHA, ha habido resistencias en la aplicación de determinadas técnicas o procedimientos, como la donación de gametos y el DGP (Diagnóstico Genético Reimplantación).

políticas en torno a las TRHA, tienen algunas variantes en cada momento. Al comienzo fue apropiada por el fuerte rol de parte de los mismos médicos e investigadores del campo reproductivo. Bajo la iniciativa privada de sus empresas, se movilizaron por la legitimación y cumplimiento de su misión en el país (incluso, en varios casos, en la región). Percibimos que la apropiación de la demanda aparecía validada bajo una retórica benéfica hacia los pacientes, una formación imaginaria y neutral médico-paciente, que naturalmente acudía a la legitimación social, justificaba y daba sustento a los intereses privados modernizadores del campo reproductivo. En este primer momento del *proceso modernizador* “del país”, la base que justificaba la introducción de las TRHA era la “lucha contra la esterilidad”. Por otro lado, observamos la resistencia desde el campo científico a embates moralistas y fallidas legislaciones que buscaban prohibir o limitar estas prácticas. A lo largo del recorrido discursivo, interpretamos que las pujas polarizadas entre la racionalidad científica y médica y la moral católica, probablemente han funcionado como una delimitación de la arena discursiva para otras posibilidades en el debate público. Aún en oposición, se trata de dos sectores hegemónicos, que han delimitado en armonía cierto dominio de lo decible, de lo posible, de lo demandable políticamente.

En un segundo momento, entre las primeras demandas por el *vacío legal* interpretamos de parte de la sociedad civil de ese entonces, una baja independencia política del campo biomédico. Ello al calor de un mercado reproductivo cada vez más consolidado, no sólo en lo económico, sino en su capacidad simbólica de inducir demandas y fantasías tecnológicas. Dicha inicial demanda se ha regido como criterio principal (y casi exclusivo) del reconocimiento de la infertilidad como enfermedad y la inclusión de las TRHA dentro del PMO. Las organizaciones de pacientes han sido pioneras y aportaron, si dudas, al desarrollo de una ley como la que tiene Argentina al día de hoy. No obstante, viendo los procesos, las reflexiones sobre la politización de la demanda, lleva a observar los efectos de la apoliticidad y preguntarnos por la carencia histórica de otras miradas y compromisos. Por ejemplo, desde el movimiento de mujeres en las dinámicas de lucha por las técnicas conceptivas como derecho reproductivo.

Mirando hacia adelante, luego de décadas de procesos arduos de marchas y contramarchas en la democratización social y política, en la actualidad comenzamos a ver algunos frutos de las viejas luchas y reivindicaciones por los derechos sexuales y reproductivos, de las cuales las TRHA no han quedado al margen. De allí, el novedoso giro de los últimos años, en la constitución de sujetos políticos y de derecho diversos en materia de TRHA. Las demandas contraculturales de incidencia mayor en la materia, son recientes. Aquella reconfiguración de demandas políticas y sexuales en torno de las

TRHA, nos sugiere una re-semantización de lo hegemónicamente instituido hasta ahora en la cuestión: la infertilidad como enfermedad, desde un viejo paradigma de la salud, la familia heteronormativa, la figura de la *pareja infértil*, la sectorialización de la cuestión, etc.

En fin, se abre la arena hacia una reconfiguración más autónoma de las demandas sobre esta cuestión social y bajo el empoderamiento de identidades políticas, movimientos (nacionales y regionales) por la igualdad reproductiva. También ello bajo la actualización de las perspectivas de derechos de los pioneros grupos de pacientes, otrora armónicos con discursos tradicionales sobre la maternidad y la reproducción.

Una cuestión como las TRHA, nos da cuenta de que, lejos de ser algo fragmentado, los derechos sexuales y reproductivos resultan una unidad política, con significativo potencial liberador. No obstante, aquel potencial puede verse envuelto en dinámicas hegemónicas variadas, que tientan a su despolitización, a intentos nunca victoriosos, pero potentes, de acotar sus sentidos, de retraditionalizar o neutralizar prácticas instituyentes o contraculturales. Se abren así, al menos, dos caminos, el de las opciones tecnocráticas de mercado y el de la soberanía reproductiva. Asistimos a reivindicaciones y procesos heterogéneos, activos, complejos, en los que se mezclan deseos de autodeterminación y expectativas individuales con colectivas, en el devenir de nuevas subjetividades y en las reconfiguraciones afectivo-familiares en nuestra sociedad.

Retomamos la reflexión de Anderson (1999) cuando señala que el neoliberalismo, más que ganancias económicas, ha venido teniendo importantes réditos ideológicos y políticos. Por eso, a través del recorrido aparecen nuevos interrogantes críticos acerca de la constitución y reducción de los derechos reproductivos a derechos individuales. ¿Las genuinas demandas por autodeterminación pueden ser consideradas esencialmente libres, como si “habláramos” los discursos sociales en vez de, asimismo, “ser hablados” a través de ellos? como personas, grupos, colectivos, sociedad.

El campo de la SyDDSSyRR no está exento de despolitización, de dominios estructurales y de biopoder. Porque éstos se valen y materializan también en las formas de hacer política y de reivindicar derechos. Aquellos dominios no se agotan por el mero tránsito de la “lucha contra la esterilidad” hacia el del “derecho a la igualdad reproductiva”, en el marco de ampliaciones legislativas y nuevas políticas públicas. La tecnocracia es una formación ideológica que condensa a la neoliberal, se sostiene de la cosmovisión “técnico-administrativa” del mundo. La lógica tecnocrática, es aquella que

atiende a las demandas “cada una por separado”. Se reducen al mínimo las solidaridades entre colectivos políticos y sociales, contra bloques de poder debidamente (o no) identificados. Las perspectivas de este tipo tienden a coincidir con posicionamientos que hemos planteado como liberales en cuanto a la opción reproductiva, y su punto clave de despolitización se da en asumir como un problema médico y psicológico, cuestiones que también, o principalmente, atañen a conflictos políticos y sociales complejos, desde una perspectiva histórico-estructural.

Al repasar del recorrido realizado, coincidimos con Pecheny (2009:9) cuando señala que “[...] las democracias institucionales toleran los conflictos y actores conflictivos sólo cuando son capaces de encajar dentro de las normas de dicha institucionalización. (...) El orden político solamente institucionaliza conflictos que no cuestionan sus propios fundamentos.” Asistimos a intentos nunca victoriosos, pero persistentes de reducir sujetos políticos emergentes y derechos reproductivos a cuestiones administrables y definidas desde lógicas de mercado. Esto nos presenta nuevos desafíos para las agendas del movimiento de mujeres y de la diversidad y disidencias sexuales, expuestas a fragmentaciones en el nuevo contexto global neoliberal.

Este recorrido no es más que una iniciativa que se interroga, que explora. El objetivo es servir de hilo a la realización de futuras preguntas e investigaciones, que recuperen y re politicen la memoria de las reivindicaciones y procesos de constitución de derechos reproductivos y sexuales. Se espera que esta temática sea objeto de mayores investigaciones sociales desde la mirada histórica y política del campo de la SyDDSSyRR.

9. BIBLIOGRAFÍA

Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América latina moderna. *Asclepio*, 54(2): 41-60 doi: 10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140

Ariza L. (2011). Dar vida: en torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad. En: Felitti K (ed.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina actual*. Buenos Aires: Ciccus; 2011.

Ariza, L. (2008): “El recurso a las tecnologías reproductivas en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural.” Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Universidad Nacional de General San Martín. Material no publicado. Buenos Aires, Argentina.

Ariza, L. (2010): “La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires”. *Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Soc. de la Ciencia y la Tecnología*, vol. 2 (1)

Ariza, L. (2012a). Gestión poblacional del parentesco y normatividad: la producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida. EN: Jones, D.; Fígari, C.; Barron López, S. (ed.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Ariza, L. (2012b). La “coordinación fenotípica” en los tratamientos de reproducción asistida: parentesco, inscripción e interacción humana-no humana. En: Ibáñez Martín R, Pérez Sedeño E (ed.). *Cuerpos y diferencias*. Madrid: Plaza y Valdés; 2012b.

Ariza, L. (2014) Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. EN: Cepeda A, Rustoyburu C (ed.). *De las hormonas sexuales al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUDEM.

Ariza, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos. Dispositivos clínicos y la salud de donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*. 12(3):361-382.

Ariza, L. (2017) Factores que inciden en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de Ciudad de Buenos Aires. *Revista de Salud Pública*. 8 (33). 28-34.

Avila Vazquez, M. (2007): “Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos. Salud colectiva” [online]. 2007, vol.3, n.3 [citado 2012-02-22], pp. 235-245.

Biagini, G. (1996) La conformación del objeto de estudio de la Sociología de la Salud. Procesos sociales y estructuración del paradigma médico. Publicación Interna 1, Cátedra Sociología de la Salud, FCS/ UBA

Beckmann, L. y Cianchetta, F. (2015) “Una espera no tan dulce: la cobertura de las leyes de Fertilización Asistida por medios gráficos *online*”. Tesina de grado, Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA). Buenos Aires.

Caspar, G. (2009). “Técnica y embarazo”. Tesina de grado, Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA). Buenos Aires.

Anderson, P. (1999) “Neoliberalismo: un balance provisorio”, en: *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*, Sader, E. y Gentili, P. (comps.) CLACSO-EUDEBA, Buenos Aires

Badiou, A. (1985). ¿Se puede pensar la política?, Buenos Aires, Nueva Visión.
Rancière, J. *El desacuerdo. Política y filosofía*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1996.

Bourdieu, P. (1987). Cosas Dichas. Barcelona:Gedisa.

Caletti, S. (2000). "¿Quién dijo República? Notas para un análisis de la escena pública contemporánea", en Versión. Estudios de Comunicación y Política, N° 10, UAM, México 2000. pp. - 19-

Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Tecnos. Madrid.

Cejas, M.E. (2009). "La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas". Tesina de grado, Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA). Buenos Aires.

Cuberli M, Lois M, Palopoli A. (2011). Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida. En: Petracci M (ed.). Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público. Buenos Aires: Teseo.

Cosoy, N. y Lois, M. (2005). "La problemática del aborto en Argentina: las luchas por la hegemonía discursiva (1994-2004)". Tesina de grado, Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA). Buenos Aires. Mimeo.

Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. Buenos Aires: Question vol.1 N°18

Chatel, M. (2004). "Infertilidad, medicina y deseo" En: *Maternidades ¿Quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes*. Revista Debate Feminista. Año 15. Vol. 30. Octubre 2004.

Dijk, T.A.v.(1997) *Discourse studies. A multidisciplinary introduction*. Londo:Sage.

Fair, H. (2016). El análisis político de discursos de Ernesto Laclau: una propuesta para la investigación social transdisciplinaria. Íconos. FLACSo. Vol 20.p.199.

Farji Neer, A., Mertehikian, Y., Cunial, S. y., Kolkowski, E.(2017) "Procesos y experiencias en torno a los tratamientos de reproducción médicamente". P.99. EN: Pecheny, M. y Columbo, M. (comp.) Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias de salud, dinero y amor. Buenos Aires:Teseo.

Foucault, M. (2007). Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*, Vol. I. *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires: Altamira.
Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freire, Paulo (2003). "La práctica de la pedagogía crítica" y "Elementos de la situación educativa" EN: El grito manso. Buenos Aires: Siglo XXI.

Garay, R. (2008): "El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas". En: Tarducci, M. (org.) 2008. *Maternidades en el Siglo XXI*, Buenos Aires: Espacio Editorial.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967).*The discover of grounded: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Kemelmajer de Carlucci A, Herrera M, Lamm E.(2014). Hacia la ley especial de reproducción asistida. Cuando la nación prima. La Ley. ;LXXVIII(224):1-4.

Latour, B. y Woolgar, S. (1995). La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos. Madrid; Alianza Universidad.

Laplacette, G. y Vignau, L. (2008). "Medicalización de la salud". En: Cannellotto, A.; Luchtenberg, E. (coord.). Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión, 2008.SEDRONAR - UNSAM: Buenos Aires.

Lizcano, E. (2006 [1996]). Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones, "La construcción retórica de la imagen pública de la tecnociencia: impactos, invasiones y otras metáforas". Artículo publicado originalmente en Política y Sociedad, 23 (1996): 137-146.

Schmucler, H. (1996). "Apuntes sobre el tecnologismo y la voluntad de no querer". Revista Artefacto/1. Buenos Aires.

Schmucler, H. (2001): "La industria de lo humano", en Artefacto nº 4. Buenos Aires.

Laclau, E. y Mouffe Ch. (1987 [1985]). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. México: Siglo XXI.

Laclau, E. (1995). "¿Por qué los significantes vacíos son importantes para la política?" en *Emancipación y diferencia*, ed. Ernesto Laclau, Barcelona: Ariel.

Laclau, E. (1997). "Hegemonía y antagonismo; el imposible fin de lo político". Santiago de Chile: Cuaro Propio.

Laclau, E.(1998). "Deconstrucción, Pragmatismo y Hegemonía", en Mouffe (comp.) *Deconstrucción y Pragmatismo*. Buenos Aires: Paidós.

Laclau, E. (2005). *La razón populista, Fondo de Cultura Económica Argentina, Buenos Aires*.

Laclau, E 2006). "Muerte y resurrección de la teoría de la ideología", en: *Misticismo, retórica y política*, Fondo de Cultura Económica Argentina, Buenos Aires.

Norval, A. (2000)- "Trajectories of future research in discourse theory". In: D. Howarth et al. (ed.) *Discourse Theory and Political Analysis. Identities, Hegemonies and Social Change*. Manchester & New York: Manchester University Press; pp. 219-236.

Luna F. (2013) Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. Revista de Bioética y Derecho. 2013;28:33-47.

Luna, F.(1998): *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Editorial Sudamericana.

Luna, F. y SALLES, A. (Comps.) (1995): *Decisiones de vida y de muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Sudamericana. Buenos Aires.

Mariné, A. (2010). "Mujer y maternidad. Los problemas de la vida en la época de su reproducción técnica." Tesina de grado, Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA). Buenos Aires

Morin, E. ([1990] 2001). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Mitcham, C.; Briggie (2007) *Ciencia y política. Perspectiva histórica y modelos alternativos*. Revista CTS. Nº 8 Vol 3. 143-158

Mouffe, Ch. (1993). El retorno de lo político. Buenos Aires: Paidós. Laclau, E. (1996). *Emancipación y diferencia*. Buenos Aires: Ariel. Mouffe, Ch. (2007 [2005]) *En torno a lo político*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981) Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. CEDES. Documento G.E. CLACSO, Vol. 4. Buenos Aires.

Palopoli, A. (2012). Discursos sociales sobre fertilización asistida en Argentina: análisis y

reflexiones acerca de la cuestión entre 1985 y 2011. Informe no publicado de Beca Estímulo UBACyT 2010-12. Proyecto UBACyT SO25, "Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 1994-2008: un consenso estable en el espacio globalizado de opinión". Directora: Dra. Mónica Petracci. Sede Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Palopoli, A. (2011). Discursividades sobre la fertilización asistida: entre el derecho reproductivo y la despolitización. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Petracci, M.; Schwarz, P.; Rodríguez Zoya, P. (2017). COMUNICACIÓN Y SALUD Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía. 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo..

Petracci, M. Straw, C. (2012). "Sistemas de salud, trayectorias recorridas en reproducción asistida y demandas al Estado: vinculaciones conflictivas para las mujeres de sectores populares del Área Metropolitana de Buenos Aires." eä Journal, Vol. 4 N°1 Dic. 2012.

Petracci, M., Mattioli, M. y Straw, C. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires. En M. Petracci (Comp.), Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público. Buenos Aires: Teseo.

Petracci, M. (2011a). Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos. En M. Petracci (Comp.), Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público. Buenos Aires: Teseo.

Petracci, M. et al. (2011) "Aborto y fertilización asistida en las agendas de la opinión pública". IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. 10, 11 y 12 de Agosto de 2011. "Derecho a la salud y protección social Área de Salud y Población". IIGG-FCS-UBA. (Mesa Comunicación y Salud).

Petracci, M.; Cuberli, M.; Palopoli, A.. (2010) Premio CAESPO 2010 - "Determinantes de la salud". Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población. Concurso en honor de la educadora Haydee De Luca "Determinantes de la salud". Área temática: Investigación científica para la salud. Artículo premiado: "Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica".

Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.) (2011). Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía Ediciones

Pecheny, M. (2009): "La construcción de cuestiones políticas como cuestiones de salud: la "desexualización" como despolitización en los casos del aborto, la anticoncepción de emergencia y el VIH/sida en la Argentina". Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Internacional de LASA, Río de Janeiro, 11 y 14 de junio de 2009.

Pecheny, M. (2001): "De la "no-discriminación" al "reconocimiento social". Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina". Ponencia presentada en el XXIII Congreso de la Latin American Studies Association, Washington DC, 6-8 de sept. del 2001.

Petracci, M. (Coord.) y Pecheny, M. (2007): *Argentina: Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES- CLAM/ IMRJ ISBN 978 987-21844-6-9.

Petracci, M. y Ramos, S (2006). Compiladoras- (2006): La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. Buenos Aires: CEDES- UNFPA.

Pêcheux, M. (2003). "El mecanismo del reconocimiento ideológico". En Slavoj Zizek (ed.), Ideología. Un mapa de la cuestión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp.157-167.

Pêcheux, M. (1978). Hacia un análisis automático del discurso. Madrid: Gredos.

- Ramos, S. (2007)** Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales. Panelistas: Ramos, S., Duarte Osis, M. J. y Trostle, J. En López E. y Pantelides, E. A. (comps) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.
- Ramos, S. (2006)** La sociología y la medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes. CEDES. Área salud, economía y sociedad. Buenos Aires, Argentina
- Rotania, A. A. (1999):** "Vertientes valorativas actuales frente a las nuevas tecnologías reproductivas conceptivas y genéticas" en Lucila Scavone (compiladora). *Género y salud reproductiva en América Latina*. Libro Universitario Regional, Costa Rica.
- Rodríguez Zoya, P. (2013).** Medicalización y Salud Perfecta: La doble cara del nuevo Paradigma de la Salud. Análisis del discurso de la industria farmacéutica a través de spots publicitarios de productos de venta libre, 2009. Tesina de grado. Carrera Cs. Comunicación - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires:UBA.
- Rosenbrock, R.; et, al. (2000).** The normalization of AIDS in Western European Countries". Social Science & Medicine 50:1607-29. EN: libro Jones 2017
- Sautu, R. (2005).** Todo es Teoría, objetivos y métodos de la investigación. Buenos Aires: Lumiere.
- Sibilia, P. (2009).** El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Sontang, S. (2003).** La enfermedad y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus.
- Schmucler, H. (1996).** "Apuntes sobre el tecnologismo y la voluntad de no querer". *Artefacto. Pensamientos sobre la técnica*, N° 1, Buenos Aires, pp. 1-5
- Schmucler, H. (2001).** "Biotecnología, cuerpo y destino. La industria de lo humano". *Artefacto. Pensamientos sobre la técnica*, N° 4, Buenos Aires, pp. 1-16
- Straw, C (2017a)** La visión sociopolítica de los derechos reproductivos en Argentina (1983-2013). RJUAM N° 35, 2017. Pp.171-195.
- Straw, C. (2011).** ¿Nuevo derecho a la reproducción asistida?: lo público, lo privado y la noción de derechos reproductivos en la legislación de la Provincia de Buenos Aires. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 10, 11 y 12 de agosto de 2011. Área Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Obtenido de
- Straw, C, Vargas, M., Viera Cherro, M y Tamanini, M. (2017b).** Reproducción Asistida. Las relaciones de género en América Latina. Ed CRV, RJBrasil.
- Schwarz, P. (2003):** "Influencia de las representaciones sociales de la maternidad en la construcción de identidad femenina en mujeres jóvenes de clase media urbana". V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, IIGG FCS-UBA, julio de 2003.
- Tarducci, M. (Coord.) (2008):** *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Voloshinov, V. (1973).** El signo ideológico y la filosofía del lenguaje. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Correa, S. (2003):** Conferencia: "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política". Campaña por la Defensa de la salud reproductiva en Uruguay. Intendencia Municipal de Montevideo, MYSU-REPEM-DAWN-IWHC, Montevideo.
- Gogna, M. (comp.) (2000):** Feminidades y masculinidades: estudios sobre la salud reproductiva y sexualidades en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires: CEDES.

Žižek, S. (1992): *El sublime objeto de la ideología*, México: Siglo XXI.

Sitios Web de Entidades y Organismos Nacionales e Internacionales

- , **OMS** <http://www.who.int/es/>
- , **RedLARA** http://www.redlara.com/aa_espanhol/default.asp
- , **SAMeR** <http://www.samer.org.ar/>
- , **CEDES** <http://www.cedes.org/>
- , **CoNDeRS** <http://www.conders.org.ar/>
- , **Ministerio de Salud de la Nación** <http://www.msal.gob.ar>
- , **Observatorio de Derecho de la Salud** <http://www.observatoriodelasalud.blogspot.com.ar>
- , **100 por ciento diversidad y derechos** <http://www.100porciento.wordpress.com>
- , **Concebir** www.concebir.org.ar
- , **Sumate a dar vida** <http://www.sumateadarvida.org>

Sitios web de los diarios nacionales

- , **Clarín:** www.clarin.com
- , **La Nación:** www.lanacion.com.ar
- , **Página 12:** www.pagina12.com.ar

10. ANEXOS

10.1 Cuadro de registro de *corpus* de medios gráficos

Gráfico 1:

<i>Nota/unidad análisis Momentos:</i>	Clarín	La Nación	Página 12	Total
1º	20	16	15	51
2º	16	17	11	44
3º	17	14	12	43
Total	53	47	38	138

10.2 Guía de observación para el análisis discursivo

Grafico 2:

TEMATIZACIÓN EN CORPUS DE NOTAS PERIODÍSTICAS
CASUISTICA (sujeto/s de derecho: testimonios, relatos, entrevistas)
LEY NACIONAL (proyectos de ley, otras)
NORMAS O DISPOSICIONES INSTITUCIONALES
JUDICIALIZACION (cobertura médico asistencial y otros)
SUJETOS DE DERECHO HETERONORMADOS
SUJETOS DE DERECHO DIVERSXS
ACCESO/NO COBERTURA
OVODONACIÓN SERVICIO / USUARIAS
OVODONACIÓN / DONANTES
CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES
ABORDAJE RELACIONADO CON EL ESTATUTO DEL EMBRIÓN
VIENTRE SUBRROGADO / "gestación solidaria"
INNOVACIONES TECNOLÓGICAS TRHA (Genética, DGP, otros)
ACERCA DE RIESGOS EN PRÁCTICAS DE TRHA
EMBARAZO DOBLE O MÚLTIPLE
ENCADENAMIENTOS DISCURSIVOS REGULARES/DIFERENCIALES ASOCIADOS CON DEMANDAS POLÍTICAS EN TRHA – DERECHOS REPRODUCTIVOS
REGULACIÓN DE TRHA (Rectorías sobre criterios y prácticas desde política pública)
DERECHO REPRODUCTIVO MÁS ALLÁ DE LA INFERTILIDAD
INFERTILIDAD COMO ENFERMEDAD
+/- COBERTURA SANITARIA DE TRHA
SALUD PÚBLICA <> MERCADO
AUTONOMIA RELATIVA CIENCIA – POLÍTICA / AUTOREGULACIÓN / PONDERA LO QUE “YA HACEN” LOS CENTROS DE FERTILIZACIÓN (PRÁCTICAS INSTALADAS)
PROHIBICIONISTAS o RECHAZO A LA LEY DE TRHA / TRHA
ACTORES INTERVINIENTES SEGÚN PERTENENCIA ÁREAS/CAMPOS
DECLARACIONES ESPECIALISTAS INTERNACIONALES
PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA
DECISORES Y GESTORES DE POLÍTICA PÚBLICA / LEGISLADORES/AS
ENTIDADES PRESTACIÓN MÉDICA Y SANITARIA (PÚBLICO/PRIVADO)
ACTORES DEL ÁREA SOCIAL, BIOÉTICA, ACADÉMICA
AGENTES DE REPRESENTACIÓN CONCRETOS. MSAL – PROGRAMA NACIONAL TRHA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, etc.
CENTROS Y ASOCIACIONES MÉDICAS PRIVADOS
ORGANIZACIONES DEL CAMPO DE SyDDSSyRR
ONG PACIENTES Y OTRAS
DECLARACIONES RELIGIOSAS - MORALES

10.3 Desarrollo de línea de tiempo histórico-discursiva

Gráficos, 3, 4 y 5:

10.4 Evaluación de Beca UBACyT 2010

----- Forwarded message -----

From: Subsecretaría de Investigación - Becas <secinv-becas@sociales.uba.ar>
Date: mar., 13 de ago. de 2013 15:04
Subject: Evaluación Informes Finales

Estimadas/os:

Les informamos los resultados de las evaluaciones de los informes finales de becas:

FACULTAD	TIPO BECA	BECARIO	El informe es considerado:
CS. SOCIALES	ESTIMULO	PALOPOLI, ANDREA DANIELA	ALTAMENTE SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	ESTIMULO	PINTO, LUCIA	SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	ESTIMULO	PROVENZANO, IRENE	ALTAMENTE SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	ESTIMULO	SIMISON, EMILIA	SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	ESTIMULO	SOSA, ANDREA PATRICIA	SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	MAESTRIA	MENDOZA, MARIA DE LOS ANGELES	SATISFACTORIO
CS. SOCIALES	MAESTRIA	WINIK, MARILINA	SATISFACTORIO

A la brevedad, el Departamento de Becas de Rectorado estará enviando copia de la evaluación por correo electrónico.



**Evaluación de Informes Finales de
Becas de Investigación**

Universidad de Buenos Aires
Secretaría de Ciencia y Técnica

CTA Nº 2

BECARIO Andrea Daniela Palopoli **TIPO DE BECA** Estímulo
UNIDAD ACADÉMICA Facultad de Ciencias Sociales
DIRECTOR Monica Petrocelli
TEMA La problemática de feminización obrera en la Argentina: su construcción y desarrollo desde el análisis de los discursos sociales.

1. Cumplimiento de los objetivos y actividades propuestas:
TOTALMENTE ☒ PARCIALMENTE ☐ NO CUMPLIÓ ☐

2. Producción (Trabajos publicados / presentación a Congresos):
MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ INADECUADA ☐

3. El informe es considerado:
ALTAMENTE SATISFACTORIO ☒ SATISFACTORIO ☐ POCO SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐

4. Comentario General: En este punto le agradecemos explicitar su opinión respecto del nivel general del informe evaluado, sus méritos y falencias:

Excelente trabajo de investigación y producción.

5. Observaciones que Ud. estima deben transmitirse al becario y/o director:

Excelente investigación, claridad de tesis, cumplimiento de objetivos, trabajo de producción.

10.5 Marcos normativos y otros documentos.

REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA

- Ley Nacional: [Ley 26.862](#)
- Ley provincia de Buenos Aires: [LEY14.208](#)

Norma	Fecha de publicación	Objeto
Ley 26.862	26/06/2013	Reconoce el derecho a la cobertura integral de las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida de baja y alta complejidad.
Decreto 956/13	23/07/2013	Reglamenta la ley 26.862
Resolución 1305/15	31/08/2015	Aprueba las normas de habilitación y fiscalización para la ORGANIZACIÓN y el FUNCIONAMIENTO de los ESTABLECIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.
Decreto 931/16	12/08/2016	Designa al COORDINADOR GENERAL para el desarrollo y cumplimiento del objeto de la Ley N° 26.862 de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.
Resolución 2190-E/2016	13/12/2016	Creación del PROGRAMA NACIONAL DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA.
Resolución 1-E/2017	04/01/2017	Determina el alcance de lo que cabe entender y dar por comprendido dentro del concepto de TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD.
Resolución 616-E/2017	26/05/2017	Aprueba los textos de los CONSENTIMIENTOS INFORMADOS que se utilizarán en todos los establecimientos médicos sujetos a habilitación y contralor del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y el procedimiento de certificación de dichos CONSENTIMIENTOS INFORMADOS por parte de dicho MINISTERIO.

Resolución 679-E/2017	08/06/2017	Crea el COMITÉ CIENTÍFICO (COMITÉ ASESOR AD-HOC) del PROGRAMA NACIONAL DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA.
Resolución 1831-E/2017	11/10/2017	Créase la RED DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA, a propuesta de este Ministerio.
Resolución 1044/2018	01/06/2018	Fija edades para recibir los tratamientos, según evidencia científica nacional e internacional.
Resolución 1045/2018	01/06/2018	Establece la cobertura del cien por ciento en medicamentos para tratamientos de reproducción médicamente asistida que deberá ser brindada por los agentes de salud.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

**CUADRO 1 = RÉGIMENES DE VERDAD =====> PUNITIVISMO-MORAL + PUJA
LEGITIMACIÓN DE TRHA - RETÓRICA DE "CIENCIA AUTÓNOMA"**

>> EL MUNDO >>

Reunión Internacional
Mujeres y Salud Ámsterdam

CIPD ONU- *Salud reproductiva*: estado gral.
bienestar físico, mental y social y no mera
ausencia de enfermedades o dolencias.

Cuarta Conferencia Mundial
ONU Mujer - Beijing

EE.UU prohíbe financiación estatal para
investigación con embriones.

Encíclica
*evangelium
vitae*

(*) *Ídem*: Italia y USA

>> COYUNTURA >>

Creación del Programa de
Procreación Responsable CABA

1º nacimiento de
trillizos por FIV

1º ciclo
pacientes FIV

Presidencia
R. Alfonsín

1º programa de
ovodonación en América

Presidencia
C. Menem

1º nacimiento
de sextillizos

1º nacimiento
por donación
de embriones

50% FIV
transf. 4 +/-
embriones

1º nacimiento
a partir de
óvulos
congelados (*)

Campaña "Hoy
somos todos
estériles". ONG

*P/12: Pacientes y
médicos contra la
ley que pone trabas
a la reproducción*

Apertura de
registro de
embriones
congelados

Primer Banco de
Criopreservación
de óvulos de
América.

1983

1984

1985

86

87

88

89

1990

91

92

93

94

95

96

1997

>> MARCO NORMATIVO >>

Ley 23.660
Obras
Sociales.

Ley 23.661 SNSS.
*Creación sistema
nacional de seguro
de salud.*

Ley Nacional
de sida

Reforma Constitucional
(CN) – CEDAW+
Concepción

PMO –
Res.
247/96

Huelga de hambre "solitaria" frente HCN de Dr. Neuspiller,
(en "representación de especialistas y pacientes")
(1995: vicep. SAEF-SAMeR / 2017: Dir. Prog, Nac. TRHA MSN)

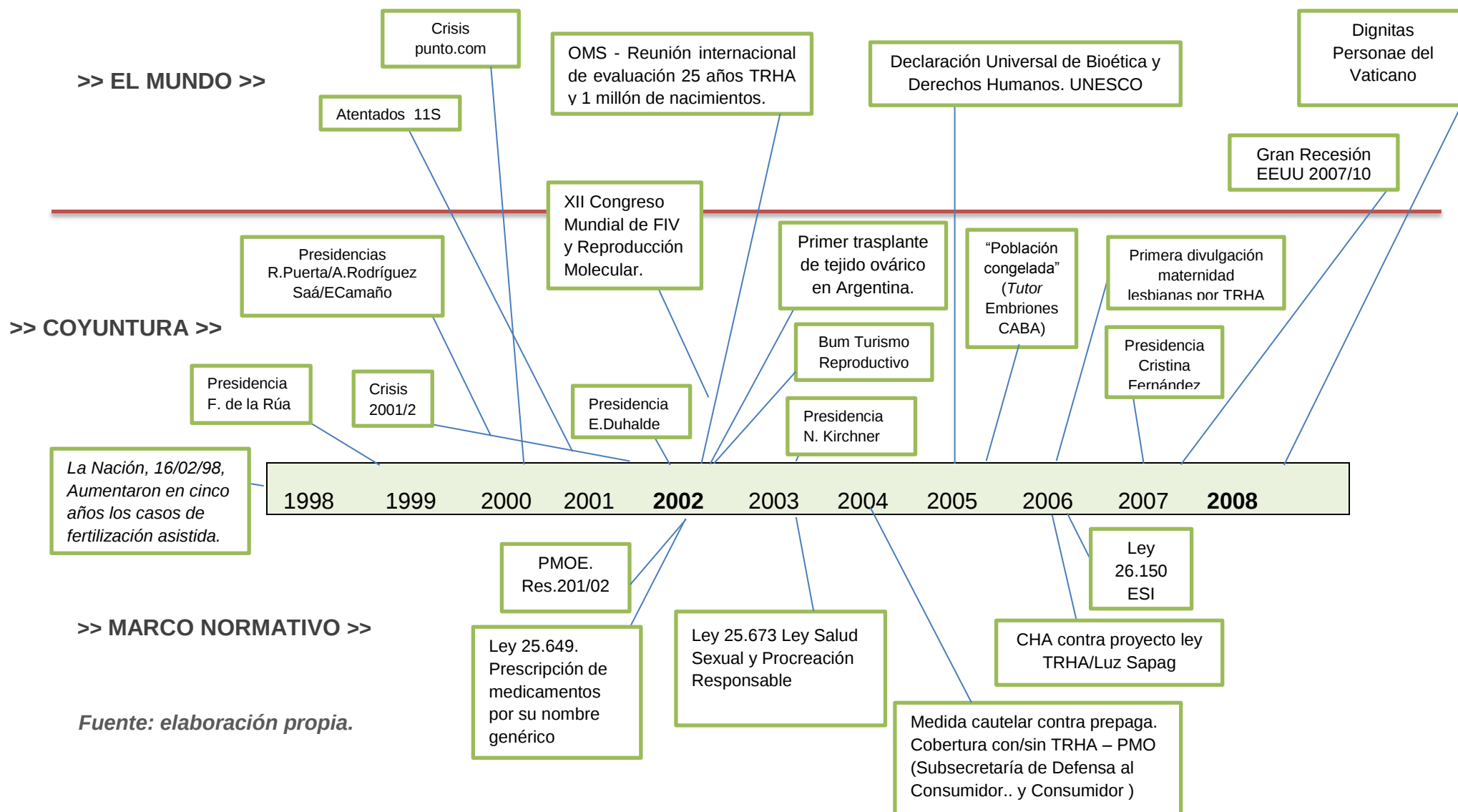
2 proyectos de ley sobre TRHA limitantes en HCN (>o< comunidad científica)

Media Sanción en HCD de proyecto de ley restrictivo/punitivo de las TRHA (p.e. *destruir óvulo fecundado = homicidio*)

Pérdida de estado parlamentario proyecto de ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Fuente: elaboración propia.

CUADRO 2 = RÉGIMENES DE VERDAD=====> RETÓRICA DE MERCADO “AUTÓNOMO” + “VACÍO LEGAL”



CUADRO 3 = RÉGIMEN DE VERDAD====> “LOGROS LEGISLATIVOS” + TRHA = DERECHO REPRODUCTIVO

