

desde el cuerpo

Infertilidad, medicina y deseo*

Marie-Magdeleine Chatel

A principios de los años ochenta, la contracepción era un hecho, actuaba sobre las mujeres, y el aborto voluntario se había convertido en una práctica legal, experimentada, socialmente admitida, útil para reparar los inevitables fracasos de aquélla. Los métodos de control de los nacimientos estaban integrados al discurso y a disposición de las mujeres. El proyecto de una medicina científica al servicio de una gestión racional del anhelo de un hijo se había realizado. No se vaya a creer, sin embargo, que todos los niños nacidos en ese periodo eran “hijos deseados”.¹ En síntesis, esta medicina que se desarrolló sosteniendo a las mujeres en su lucha de liberación no se quedó allí. Con su impulso, abrió un nuevo campo de investigación científica y técnica. De una medicina de las mujeres, decidida a aumentar su bienestar (contracepción, aborto legal, parto sin dolor, anestesia peridural, baño del bebé al nacer, presencia del padre en el parto), pasó a ser una medicina prescriptiva.

En los servicios hospitalarios y en los congresos pudimos asistir a animadas discusiones sobre la pertinencia de tal o cual conducta terapéutica inédita. En el interior mismo de la profesión médica se abrió el debate acerca de los límites de su propio campo de investigación. Se opusieron dos tendencias: por un lado, quienes habían comprendido que el embarazo decididamente no es una enfermedad, que el ginecólogo debe mantenerse en reserva y al servicio de la atención de los riesgos de este

* Este es el segundo capítulo del libro *Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement*. Editions Albin Michel, París 1993. Agradecemos a Alice Cohen el permiso de su publicación.

¹ Según un testimonio televisivo (Bas les masques, 19 de enero de 1993), los hijos voluntariamente programados son vividos por su madre de manera más culpabilizante (una madre *dixit*) que los no buscados pero aceptados.

edificio complejo de los mecanismos del alumbramiento según el anhelo de las pacientes; por el otro, quienes querían proseguir la elaboración ligada a la ampliación de los conocimientos adquiridos con las técnicas de control de la procreación. Estos ginecólogos proponían argumentos terapéuticos y estadísticos para legitimar el uso de las novedades científicas. Entusiastas, al elaborar nuevas técnicas estos últimos ofrecían de manera activa sus exitosos servicios; progresivamente, se convirtieron en los nuevos solicitantes. En el interior de los planteles de los hospitales se produjeron violentos debates sobre tal o cual tratamiento del embarazo o de la infertilidad. Los primeros, a los que yo calificaría de médicos “humanistas”, marcados por una cierta influencia del psicoanálisis, eran partidarios de no dramatizar ni de medicalizar en demasía el alumbramiento. Sugerían que la sintomatología era en parte dependiente de la actitud del médico, que no había que introducir la enfermedad allí donde no estaba.² Afirmaban que al proponer soluciones artificiales, atractivas y espectaculares, se salía del campo riguroso de la medicina y se corría el riesgo de inducir falsas enfermedades. Por su lado, los médicos que se autocalificaban de “científicos” preconizaban la medicalización para prevenir riesgos y tratar síntomas que anteriormente eran ignorados. Salieron a la luz entonces etiquetas novedosas como “embarazo de riesgo” y “mujer de riesgo”.

Cuando se trataba de tomar la palabra en los congresos o de obtener puestos de responsabilidad jerárquica, fueron los médicos “científicos” quienes alcanzaron el poder, mientras que los otros fueron descartados aquí y allá, pasando por reaccionarios oscurantistas, mientras que los “científicos” fueron tomados por progresistas. Veremos que este debate reapareció de otra forma en relación con las procreaciones artificiales.

Es hora de recapitular la rápida evolución del vínculo entre las mujeres y la medicina de la procreación, evolución debida a la mutación que produjeron la contracepción médica y el aborto legal sobre los resortes simbólicos y subjetivos del engendramiento. Esta mutación afectó la vida sexual, amorosa, maternal, paternal, familiar; los seres humanos fuimos superados por su impulso. La ideología que la subyace se intro-

² Tomemos como ejemplo de esta corriente la revista *Cahiers du nouveau-né, coed.* Stock/Laurence Pernoud.

dujo subrepticamente con el paso de los años, enmascarada por el alivio que permitía. Aceleró considerablemente el cambio de las mentalidades vigentes en los años sesenta-setenta. Hemos visto que el anhelo de tener un hijo se convirtió en el fenómeno del niño programado y muy pronto en la criatura hecha por la técnica, y es a las mujeres a quienes tocó en suerte la responsabilidad de esta mutación. Lentamente, se instauró entonces una nueva lógica dicotómica según la cual una mujer está “embarazada” o es “estéril”, y la criatura es programada y por lo tanto deseada, o no programada y por lo tanto indeseable.

Los hombres se encontraron en un segundo plano. Hemos indicado que esta nueva lógica de la procreación medicalizada afecta el punto preciso que encarna el hombre en el encuentro sexual, fecundante. Disocia la paternidad sexual de la procreación; se produce entonces una desaparición del efecto mágico de la parte simbólica del deseo sexual masculino en su palabra de amor y, reducido el hombre al semen, su deseo sexual queda descartado de la causa procreadora y amputado de sus consecuencias potenciales en la filiación. Ahora bien, es este don de símbolo por el sexo el resorte esencial y vivaz de la aparición de un embarazo. Hoy en día, no es la mujer sino el cuerpo “femenino” el tenido por responsable de la procreación, y la demanda de un hijo asume la forma de una demanda de satisfacción de una necesidad que utiliza el cuerpo como máquina de hacer bebés. El resultado de esta eliminación es el aumento del problema de la infertilidad.

Los azares del deseo inconsciente fueron subrepticamente aplastados, reducidos al silencio por esta lógica simple e implacable, puesto que incluso los actos fallidos se reparaban en silencio. Gracias a la asistencia técnica, el desafío voluntarista hizo callar la expresión de nuestros símbolos más carnales, ahogó el vínculo de la palabra con el cuerpo, disoció al erotismo del parentesco. Puesto que erotismo y fecundidad son cosas delicadas, silenciosamente vinculadas, hechas de deseos eróticos infantiles, de reminiscencias poéticas, de lazos de palabras sutiles, tratados de manera grosera, se apagan, se extravían y se pierden en la analgesia de encuentros yermos previamente codificados.

Así, hemos dejado que nuestro discurso subjetivo callara en provecho de un nuevo lenguaje técnico prefabricado. Es sorprendente comprobar con qué rapidez las pacientes hablan en los consultorios con las palabras “científicas”. Se confían a la medicina para descifrar la falta de un hijo, quieren encontrar soluciones fuera de sí mismas, entregándose

ciegamente al saber del médico como a un hipnotizador. En una especie de insidiosa pasividad, incluso de cobardía, se dejan desposeer de su propia cuestión. Las técnicas médicas están en condiciones de resolver en lugar de los mismos sujetos la tan difícil cuestión del deseo sexual en su articulación con el anhelo de un hijo; allí está la trampa.

La técnica médica, portadora de una arrogancia debida a su saber “científico” sobre los misterios de la procreación, sustituye al deseo. Como éste jamás conoce verdaderamente a su objeto, la técnica médica se muestra más fuerte y más segura que él. Pero, de igual forma, la contracepción y el aborto voluntario brindaron la libertad real e imaginaria de hacer lo que se quiera cuando se quiera. Esta nueva libertad, imposible, entraña un desplazamiento del momento de la decisión hasta los límites del riesgo de fracaso. Las mujeres entran así en una lógica del desafío. Esperan y se arriesgan a no poder tener ya hijos para decidirse a tener uno. Es preciso entonces forzar a la naturaleza y, a veces, puede dilatar mucho tiempo.

Otra consecuencia de la ideología voluntarista es que las condiciones sociales de acogida de una criatura se volvieron, ya lo vimos, más exigentes, y esta exigencia reduce el margen de la decisión de tenerlo. Por otra parte, en el nivel inconsciente, el efecto de sugestión de la toma del producto anticonceptivo aportó una limitación mucho más opaca: el uso efectivo de la píldora o del dispositivo intrauterino da un peso de realidad a un fantasma de prohibición de dar a luz de la que tal o cual mujer cree ser objeto, satisfaciendo así oscuros anhelos provenientes de su propia madre de verla privada de hijos.

Todos estos factores entrecruzados, consecuencias lógicas de la transformación de las mentalidades son debidos a la influencia masiva de la técnica médica sobre los sujetos. El efecto subjetivo de esta impronta ha sido el aumento de las solicitudes de atención por infertilidad, que es preciso calificar de “efecto iatrogénico”, consecuencia de la misma medicina. El problema de los años ochenta-noventa se presenta como una consecuencia de los años sesenta-setenta. Para resumirlo con una fórmula: la medicina de la procreación se volvió *subjetivamente esterilizante*.

Varios ginecólogos que trabajan en la ciudad me confiaron que han visto modificarse considerablemente los motivos de consulta. Así como en la década del setenta la mayor parte de las mujeres consultaban para solicitar una contracepción o un aborto, del mismo modo desde la se-

gunda mitad de los años ochenta lo hacen principalmente por razones de infecundidad; piden ayuda para poder tener una criatura. En eso reside el fenómeno indiscutiblemente novedoso.

La infecundidad apareció discreta y progresivamente como tema, con embarazos cada vez más tardíos, con mujeres cada vez más exigentes y urgidas a quedarse embarazadas sin demora, con el temor de ser estériles, a veces con dificultades para embarazarse después de muchos años de píldora, con problemas para decidirse, etc. La infertilidad se convirtió en el objeto de preocupaciones en aumento, de obsesiones, en fin, un verdadero síntoma.

Me atrevería incluso a decir que la infecundidad que se abrió paso es una respuesta exacta al contrato implícito de control suscrito entre las mujeres y los médicos del alumbramiento. El rechazo la criatura que habían permitido la contracepción y el aborto voluntario en nombre de la liberación sexual se realizó efectivamente.³ Para muchas mujeres, la disyunción entre sexo y procreación se llevó a cabo, y las cartas se repartieron de otra manera. Esta infecundidad, entonces, puede tener la función de poner un límite y dar a esas mujeres el poder de decidirse a tener un hijo. Les permite pedirlo de manera explícita y voluntarista de acuerdo con la lógica médica. Y se comienza a actuar con mano de hierro con lo que se denomina los modos “naturales” de hacer hijos.

Con la contracepción, el deseo del hombre había sido descartado de la causa procreadora; hoy, la infecundidad permite reintroducirlo de una manera diferente a la de antes: vuelve, al margen del sexo, como solicitante conjunto. En los casos de infertilidad inexplicada se ha comprobado una leve tendencia según la cual el hombre querría el hijo más que la mujer. Si el hombre pide un hijo a su mujer, la infecundidad de ésta puede leerse como una resistencia a esa inversión de las posiciones. En efecto, si ella no está en situación de recibir al niño como don, como regalo, las condiciones de su fecundidad están comprometidas. Es conocido el sentimiento de desposesión que experimentan las mujeres a quienes sus maridos piden un hijo de modo insistente; se sienten despojadas de su anhelo de tener uno.

³ En lo que respecta a la “liberación sexual”, aún habrá que esperar, dado que en la actualidad, con el sida, encuentra límites mucho más temibles.

No obstante, observamos que los hombres, maridos, padres, amantes, están ausentes, son los “parientes pobres”⁴ de lo que ocurre en las prácticas de la medicina de la procreación, aun cuando puedan estar físicamente presentes. En términos generales, son transparentes. Sólo el semen, preferentemente congelado, es objeto de análisis y manipulaciones.

No vayamos, sin embargo, a creer que en el pasado, antes de la aparición de esta medicina de la procreación, la sexualidad (procreadora) era armoniosa.⁵ Lo sabemos demasiado bien, “la sexualidad es una enfermedad en el ser hablante” (Lacan); agreguemos que es una enfermedad incurable, lo que nos esforzamos por recordar aquí. Las mujeres atravesadas por el “goce de la madre” o confrontadas con la prueba del “daño” no pueden ignorarlo. No compartimos, como nos invita a ello esta nueva medicina, la ilusión de que por fin la sexualidad se volvería curable.

Un éxito espectacular

Vayamos ahora a las técnicas contemporáneas de control de la infertilidad, que ingresaron en una nueva era con la inseminación artificial y los bancos de semen, la fecundación *in vitro* y el congelamiento de embriones, las donaciones de ovocitos y las pruebas del embrión, etc. Estos métodos cada vez más sofisticados, marchan en la misma dirección: introducir el eslabón médico en la procreación y desatar por eso mismo el frágil lazo del sexo en acto —del erotismo, digamos— con el parentesco. No se ve —porque es enceguedor— hasta qué punto esta maquinaria sigue fabricando a granel la infecundidad que paradójicamente le da el argumento de su progreso.

La medicina de la procreación nos concibe y nos habla como seres de “puro cuerpo”, hechos de sustancias. Reduce la diferencia de los sexos a una cuestión de realidad de sustancias y órganos. Con los cromosomas XY o XX ¿la identidad sexual se habría convertido en una ecuación mate-

⁴ Philippe Granet, “Intimité et procréations médicalement assistées (PMA)”, *Reproduction humaine et hormones*, vol. 3, núm. 4, 1990, p. 257.

⁵ Cf. las advertencias críticas de M. Tort en su libro *Le Désir froid*, La Découverte, París, 1992 [*El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993].

mática o biológica? Esta ciencia insiste en ignorar que la identidad sexual es un ordenamiento particular que se edifica en el discurso de la filiación. Si la procreación se piensa en términos de maniobras de sustancias, el deseo, lisa y llanamente, es atacado en su lógica misma, se lo excluye de la actividad procreadora. Porque el deseo se rebajó a una voluntad, resultó posible y se constituyó como tal un saber “científico” sobre la procreación. Introducida en primer lugar como herramienta de apoyo destinada a impedir el “hijo sorpresa”, la ciencia médica ha sobrepasado sus metas convirtiéndose en la que ofrece hacer artificialmente por sí misma la procreación para paliar la infertilidad que contribuye a crear: fue la aparición del “bebé de probeta”.

La hazaña se logró en primer lugar en Inglaterra en 1978, con el nacimiento de Louise Brown, primer bebé de probeta, y luego en Francia con el nacimiento de Amandine en 1982. En su libro *L'Oeuf transparent*,⁶ el biólogo Jacques Testart relata en detalle la epopeya apasionada de la puesta a punto de la fecundidad in vitro. Y el ginecólogo-partero René Frydman narra en su libro *L'Irrésistible Désir de naissance*⁷ las emocionantes y densas etapas de la concepción y el nacimiento de esta pequeña “almendra” [“amande”] convertida en Amandine.

Parece que hubo un instante inaugural, el momento en que el carácter pasó de la mano del biólogo Testart a la del ginecólogo Frydman para llevar a cabo el milagro. Este “pase” eufórico, descrito por ambos con entusiasmo, acabó en una separación amarga entre los dos hombres, que hoy defienden discursos radicalmente opuestos. Es así como el debate ya iniciado a propósito de la medicalización de la procreación se reanimó y cristalizó de manera violenta con respecto a la práctica de la fecundación in vitro.

Para resumir su posición, Testart en cierta forma se sintió despojado del sentido de su investigación por una voluntad de éxito y control, alimentada ésta por la avidez de los medios por hacer un espectáculo de las hazañas médicas. El interés de la investigación, según él, resultó desviado por una especie de maremoto mediático habitado por estrate-

⁶ Jacques Testart, *L'Oeuf transparent*, Flammarion, París, 1986, p. 50 y ss. [*El embrión transparente*, Barcelona, Granica].

⁷ René Frydman, *L'Irrésistible Désir de naissance*, PUF, París, 1986, p. 76 y ss.

gias de poder, y la cuestión del ajuste riguroso de los criterios científicos del investigador inventor con la realidad clínica del médico fue superada por la lógica mercantil y el atractivo del éxito. En su opinión, el clínico médico habría fagocitado al investigador biólogo al amalgamarlo.

René Frydman, por su lado, siguió movido por su propio impulso, afinó estas técnicas y desarrolló estas prácticas según un discurso positivo que sostiene un ideal de generosidad y eficacia: "Las parejas víctimas de todas las formas de infertilidad se volvieron a la fecundación *in vitro* y transferencia de embrión. En particular, las esterilidades enigmáticas...";⁸ dice. Ahora bien, esta apertura del campo de aplicación de la FIV y la TE a todos es justamente lo que denuncia activamente Jacques Testart, y no podemos sino abundar en este camino. Él ve allí una escalada hacia la inducción de nuevos modelos "artificiales" de procreación que someten cada vez más a los pacientes a la sobrepuja de la biotécnica. En la actualidad, Testart profetiza lo peor: se apoya sobre el postulado de que lo que puede hacerse sin duda se hará. Denuncia un eugenismo seguro, ya inaugurado en gran medida por las procreaciones artificiales y seguido por la selección de los embriones gracias al progreso en los diagnósticos de los mismos (DPI),⁹ en nombre de un ideal de salud y normalidad de los individuos y pronto con fines de conveniencia.¹⁰ Testart activa la señal de alarma; no es el único, son muchos los que intentan hacer una evaluación crítica y rigurosa de estas prácticas, y señalar sus desviaciones ideológicas.

Pero admitamos que, así comprometido en un dualismo infernal, un discurso que profetiza lo peor, aun cuando diga la verdad, no puede más que contribuir a hacer existir lo que denuncia. Hoy en día puede constatarse, y volveremos a esto con más detalle, que ese duelo no impidió al Parlamento francés declararse dispuesto a avalar y legitimar esos procedimientos, a imponer un marco legal jurídico a las procreaciones artificiales, en la afirmación, sin duda, de una voluntad de ponerles límites, pero omitiendo definir con precisión sus criterios.

⁸ *Ibid.*: 89.

⁹ DPI: "diagnóstico preimplantatorio del embrión *in vitro*". Cf. Jacques Testart, *Le Désir du gene*, ed. François Bourin, París, 1992.

¹⁰ "En Inglaterra se plantea seriamente la cuestión de escoger el sexo del hijo. Cf. "Can we choose our baby's sex?", *The Times Tuesday*, 18 de mayo de 1993.

Mi posición intenta situarse en otro terreno, aun cuando sea sensible a la actitud inquieta y hasta angustiada de Jacques Testart. Deseo dar testimonio de una experiencia clínica que continuó después, y desprender de ella una lógica y extraer sus enseñanzas.

De seguir la dialéctica que vincula la aparición de la infecundidad con la medicina que la atiende, no se sabría cuál de las dos es el huevo y cuál la gallina. La cuestión se puede presentar así: ¿las técnicas se desarrollaron para responder al mal que constituye una infecundidad que ya estaba presente pero que era silenciosamente ignorada o estaba falta de atenciones, o bien se desarrolló el mal para responder a la atracción de los desarrollos de la técnica?

No hay duda de que el puntapié inicial del nacimiento de Amandine en 1982 abrió el camino al fenómeno del espectáculo del éxito científico de la medicina de la procreación. No cabe duda, tampoco, de que estas nuevas técnicas eran esperadas, según un encadenamiento lógico de control de la procreación ya iniciado por la disminución de la mortalidad en el momento de nacer, la contracepción y el aborto voluntario; la fecundación in vitro concreta el paso siguiente. Pero con esta hazaña se efectúa un salto cualitativo. La ciencia pone a plena luz del día, gracias al prisma del espectáculo, un acontecimiento totalmente inédito: la conexión, hasta ahora sagrada, por ser enigmática y oscura, de dos gametos, una fecundación humana por manipulación al margen del acto sexual. La ciencia ficción se hizo realidad, se trata de un acontecimiento en lo real que reduce la ficción. Acontecimiento que de inmediato fue llevado a escena, teatralizado por una imagen que fascina.

¿Por qué atrae esta imagen de televisión o de revista? La que se nos muestra regularmente, sin embargo, no es muy grata. Por un lado, hombres enmascarados, con batas blancas o verdes, cuyos ojos apenas se perciben y que manipulan largas jeringas y tubos o que nos muestran una probeta frente a un piletón humeante de frío. Por el otro, mujeres con las piernas separadas, cubiertas con sábanas, con un rostro que se quiere sonriente aunque está marcado por las experiencias en curso. Se ve además al “bebé potencial”, al principio de todos los colores, en estado de células que se multiplican, luego el embrión transparente y por último una criatura (salida a menudo de una incubadora), normal, como cualquier otra, que con su carita simpática cierra la ventana mediática indiscreta. Su piel de bebé bien arropado parece borrar los múltiples secretos de su venida al mundo. La imagen ancestral de una madre con

un niño en los brazos clausura así el espectáculo del ballet instrumental. Este espectáculo fascina porque toda esa técnica lleva a cabo un verdadero milagro: la cuidadosa fabricación de la criatura, frente a nosotros, ante nuestros ojos. Se nos dice que esta metamorfosis no es otra cosa que el símbolo del éxito humano contemporáneo. ¡Cómo no estar orgullosos de nuestro logro común!

El concurso de ofertas

Así se dispone una lógica de una implacable coherencia: cuando la criatura no llega por sí sola, se piensa en la infertilidad y es posible acudir a la medicina para “resolver” esta decepción, pues aquélla se constituyó como lugar de destino de esa demanda. La sensación de fracaso que da la infertilidad puede transformarse entonces en éxito, con la ayuda de la medicina triunfante. Es así como se induce la demanda.¹¹ Uno se dirige hacia la medicina todopoderosa para tratar la falta de hijos. Se volvió posible hacer un hijo al margen del sexo, al margen del cuerpo, en desafío a las leyes del deseo y el sexo, hacer el hijo alucinado, el hijo imposible, con toda legitimidad.

La fecundación *in vitro* realiza hoy en día ese desafío lanzado a la opacidad enigmática del cuerpo sexuado que nos estorba; se está dispuesto a todo con tal de participar en ese “milagro”, en esa fiesta. En nombre de la ilusión de una sexualidad “ganadora”, se intenta la imposible conjunción, la aventura. El acto sexual se vuelve caduco para quienes se embarcan en él.

El bebé de probeta mediatizado funciona como un concurso de ofertas. Los médicos, que se habían puesto al servicio de la demanda de las mujeres en el marco de su voluntad de liberación, son ahora quienes solicitan ser los receptores de la demanda de un hijo. Esta inducción de la demanda orquestada por la medicina del espectáculo es una pieza maestra en la creación de las nuevas prácticas de la procreación, un resorte activo en el desarrollo y la sofisticación de las nuevas técnicas.

¹¹ M. Tort desarrolla con amplitud esta cuestión de la demanda inducida y la “so-matización inducida” en *Le Désir froid*.

Para realizar la proeza de la fecundación *in vitro*, la cadena de montaje de la procreación fue descompuesta en sus diversos elementos discretos, incluido el embrión que resultaría de ella. Estos elementos son progresivamente delimitados, calibrados, calculados, anonimizados, etiquetados, numerados. Se procura aislar el elemento para poder evaluarlo, luego mejorar su calidad con vistas a un mejor desempeño del encadenamiento. Por último, se lo transfiere o se lo almacena según su destino. Los elementos de la cadena de la procreación se convirtieron en objetos de intercambio que es posible negociar. Ingresamos en una lógica de mercado.

Paradójicamente, en el mismo momento en que se efectuaba esta objetivación científica de las etapas del mecanismo de la procreación, el discurso que lo acompañaba estaba lejos de ser frío o anónimo, muy por el contrario. Expresiones como “hijos del deseo”, “hijo deseado”, “deseo de un hijo” experimentaron un éxito muy grande, tanto en los consultorios como en los medios, lo mismo que el término aún más paradójico de “medicina del deseo”. René Frydman escribe así: “en los países desarrollados, hemos ingresado en la medicina del bienestar, en la medicina del deseo”.¹² Una manera de reconocer que como tal esta medicina no tiene una mira terapéutica, sino que procura satisfacer el “deseo”. ¿No es la definición misma de una medicina de conveniencias? A menos que no se trate de atender el deseo; ahora bien, como lo hemos visto, al querer paliar los riesgos del deseo sexual no se lo atiende, se lo compromete. A mi juicio, sin mezclar las cartas no se puede hacer coincidir deseo y voluntad, y menos aún deseo y bienestar. ¿Cuando se piensa que Lacan pudo decir: “El deseo del hombre es el infierno”!¹³ En efecto, si el deseo no es deseo de algo, puesto que no habría ninguna cosa que hiciera falta, su objeto no es delimitable, el deseo es “deseo de deseo”. Quienes utilizan la atrayente expresión de “medicina del deseo” para decir en qué intercambio nace la demanda de las mujeres, subrayan sin saberlo que esta demanda es inducida y sugerida por la oferta de servicios que se les hace. Dicen así su demanda de la demanda de las mujeres. Mediante esta amalgama de los términos, enmascaran al negarlo

¹² René Frydman, *L'Irrésistible Désir de naissance*, op. cit.

¹³ J. Lacan, “Réponse a une question de Marcel Ritter le 26 janvier 1975”, en *Lettres de l'École freudienne*, núm. 18, abril de 1976.

el hecho de que hemos entrado en una lógica mercantil y veterinaria. En efecto, lo que se refiere a la decisión del acto médico es una negociación de tipo comercial, y el cumplimiento del acto mismo es muestra de una lógica de tipo veterinario.

Hoy en día, toda empresa que procure satisfacer el bienestar de la gente se integra inevitablemente a la sociedad de consumo. Como en una publicidad, se alaba justamente aquello con que se sueña, aquí el *deseo*, no porque no se lo tenga, sino para hacer creer que no se lo tiene.

Las PMA: síntomas del sistema biomédico

Fue en concepto de “invitada”, y a mi pedido, que estuve presente en las consultas llamadas “de esterilidad”. Estas se realizan con anterioridad a una decisión de PMA (procreaciones médicamente asistidas): es en ellas donde eventualmente se formula su indicación. Con la intención de emprender un debate con los médicos sobre las cuestiones del tratamiento de la infertilidad, asistí igualmente a consultas especializadas de PMA en diversos centros hospitalarios. A partir de esas experiencias, doy aquí un testimonio de lo que pude descubrir en ellas. Recogí también, por diferentes cauces, los relatos y ecos de médicos o pacientes (raramente hombres) en un contexto privado, fuera del hospital. Mi testimonio es necesariamente fragmentario. Soy consciente, por añadidura, del malentendido alimentado por mi posición de testigo pasivo, que por otra parte se ubica en un punto de vista distinto al del discurso emitido durante las consultas hospitalarias, si bien fui extremadamente discreta y me mantuve en completo silencio.

La práctica de la procreación médicamente asistida no ofrece, a mi juicio y a diferencia del aborto voluntario, un lugar adecuado para que un psicoanalista tenga la oportunidad de ser captado por una demanda cualquiera de parte de las mujeres. Las demandas se dirigen al médico para que éste aporte reparación a un daño sufrido; es algo similar a lo que ocurre con una atención médica. Mientras que, en un marco donde se trata de interrumpir un proceso natural, la solicitud del aborto voluntario no se adecua a la ética médica de reparación, de donde la pertinencia de la entrevista psicológica y social. En cambio, la solicitud de PMA sí conviene a la ética médica dado que se trata de recibir del médico la atenuación de la pena. En este caso, el médico es soberano, es él quien decide la prescripción.

El montaje de la demanda es muy complejo. Notemos que el contexto social es extrañamente permisivo, ya que la cobertura de la Seguridad Social es total (100%) para los cuatro primeros intentos; y los médicos mismos son solicitantes activos en busca de procreaciones artificiales o, digámoslo, en busca de proezas. No hay un lugar preciso donde un psicoanalista pueda involucrarse en un intercambio directo con las mujeres, puesto que son los mismos médicos quienes tejen la trama de esta clínica de las procreaciones artificiales. Así, pues, decidí estar presente en el ámbito donde se fabrica esta clínica de las fecundaciones *in vitro*, es decir allí donde se la menciona efectivamente, en las consultas especializadas.

Algunos médicos tienen la posibilidad administrativa de ofrecer consultas gratuitas, lo que equivale a permitir a las mujeres comprometerse en la decisión de una PMA sin ni siquiera pasar por la caja, sin acusar el golpe de esta decisión tan cargada de consecuencias. Cuando se conoce el carácter de conveniencia de las decisiones de la PMA, una mujer debe sentirse atrapada en una especie de complicidad con el médico a causa de esa gratuidad. Y cuando se conoce el precio que cuesta a la sociedad todo el proceso de tratamiento de la infertilidad, uno se pregunta por qué los médicos y los poderes públicos son tan generosos.¹⁴

Paralelamente al circuito público, existe también un sector privado que es extremadamente costoso para las pacientes y por lo tanto muy lucrativo para todos los que contribuyen a realizar esos intentos (médicos, biólogos, técnicos, laboratoristas, farmacéuticos...). Las consideraciones

¹⁴ Cf. Bernard Kouchner, durante la sesión del 19 de noviembre de 1992 en la Asamblea Nacional: "El costo dedicado al nacimiento de un niño por una técnica de procreación médicamente asistida representaría el equivalente del consumo médico de mil personas en algunos países de África" (p. 5728) [lamentablemente, no dice durante cuánto tiempo]. A esto respondió Jean-François Mattei el día siguiente: "Es impensable que se gasten entre 100 000 y 150 000 francos en una fecundación *in vitro* cuando tales sumas permitirían salvar a miles de niños" (p. 5800). Cf. también C. Viens-Bitker, que estima entre 75 000 y 115 000 francos el costo en gastos de salud de la cobertura de una esterilidad con FIV, "Le cout, le point de vue de l'économiste de santé", en *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 20, núm. 2, París, 1992. A lo cual hay que agregar, en ciertos casos, la estadía del niño en un centro de neonatología, estimada en 440.000 francos por niño; cf. J.-P. Relier, M. Couchard y C. Huon, "Le nouveau-né issu de la fécondation *in vitro*", en *Actualités gynécologiques*, 22a. serie, Masson, París, 1991.

comerciales revelan ser un vector importante de las prácticas de la procreación artificial.

Otra característica fenomenológica significativa es la duración de las consultas públicas: son asombrosamente largas, aunque el tiempo pasado no guarde relación con lo que se dice, que es de una triste banalidad completamente operativa. Como si ese tiempo que se eterniza estuviera ligado al hecho de que hay algo que está ahí presente, pero oculto. Las escansiones no se producen, sólo el timbre del teléfono o las visitas inopinadas de la secretaria crean interrupciones en este espacio quieto. En cambio, las consultas de un verdadero notable despliegan un areópago impresionante de consultantes, lo que equilibra un tiempo más breve.

Como característica particular de las consultas de PMA, es preciso añadir la extrema gentileza de los médicos; las pacientes están protegidas, no se percibe el leve sadismo que habitualmente está presente en toda consulta médica pública. En todo caso, hay algo de excesivo en la acogida médica —ya sea pública o privada— reservada a las mujeres infértiles, a diferencia de las otras consultas de ginecología y obstetricia: son pacientes “interesantes”.

El discurso de los médicos, sus palabras, actos, gestos, constituyen la verdad de este procedimiento. Parece claro que los resortes de la práctica de las PMA sólo pueden captarse descifrando los diferentes actos médicos. Deduzco de ello que la práctica misma de las PMA es un desarreglo del sistema biomédico, y que si la infertilidad contemporánea se considera como un desarreglo propio de cada “enfermo”, como un “síntoma”, es una respuesta en eco a ese nuevo síntoma que constituye la construcción de las PMA por los equipos biomédicos.

De las “esterilidades médicamente comprobadas”

Desde un punto de vista demográfico, la esterilidad, estimada entre un 3 y un 4%,¹⁵ no aumentó en absoluto desde hace un siglo. Dejemos voluntariamente de lado los casos de esterilidad somática atestiguados

¹⁵ “Entre 3 y 4% de víctimas de esterilidad total”, cf. H. Leridon, “Stérilité et hypofertilité: du silence à l’impatience”, *Population*, París, 1991, núm. 4, pp. 227-248.

e irreversibles que son “para los médicos los casos de ciertas lesiones irreversibles tales como la ausencia de ovarios o de útero, la obstrucción bilateral de las trompas o la ausencia de espermatozoides [...], es decir donde toda posibilidad de concepción espontánea está excluida a priori”.¹⁶ Estos casos son raros; su número no ha aumentado desde hace mucho tiempo y merecerían una reflexión aparte, pues se trata de personas que, si lo desean, pueden con toda lógica beneficiarse con las técnicas de la procreación artificial. Por ejemplo, la indicación de una FIV en caso de obstrucción de las trompas coloca a los protagonistas, pacientes y médicos, en una relación que tiene su pertinencia médica. Ahora bien, si las esterilidades definitivas y atestiguadas justificaron la puesta a punto de las técnicas de fecundación *in vitro*, es indiscutible y paradójico que no están en el origen del considerable desarrollo de las nuevas técnicas de procreación artificial y de la pasión científica que despertaron desde principios de los años ochenta.

Decidí atenerme aquí al flujo de las solicitudes de procreación artificial tal como se abren paso hoy para casos que se denominan “infecundidad”, “infertilidad”, “hipofertilidad”, “esterilidad inexplicada”, “esterilidad psicógena”, “esterilidad enigmática”, ya que es en estas configuraciones donde se despliega el síntoma biomédico de las PMA. Se trata de casos (más de las tres cuartas partes)¹⁷ donde no hay obstáculos irreversibles, y por lo tanto definitivos, para la aparición de un embarazo. Luego de análisis precisos y detallados se encontrarán obstáculos relativos, es decir estadísticamente posibles o supuestos. Las razones posibles de la infertilidad no hacen imposible el embarazo espontáneo; éste es, simplemente, estadísticamente menos probable.

Las PMA, “procreaciones médicamente asistidas”, nucleon todos los actos médicos que apuntan a “asistir” la procreación, lo que puede ir desde un empujoncito hasta las procreaciones artificiales. El término PMA engloba tanto la ingestión de un estimulante de la ovulación como la cirugía tubaria reparadora, la inseminación artificial o las diversas fe-

¹⁶ Nicole Athéa, “La stérilité, une entité mal définie”, en Jacques Testart, *Le Magasin des enfants*, obra colectiva, ed. François Bourin, París, 1992, p.48.

¹⁷ Cf. Jean Cabén, “Quelle est la place des PMA dans le traitement de la stérilité féminine (y compris inexplicée)?”, *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 20, núm. 2, París, 1992.

cundaciones *in vitro*. Se trata de gestos médicos cuyas posiciones pueden ser diametralmente opuestas. Algunos son reparadores o acompañantes y los otros son paliativos: sustituyen a las funciones inhibidas. Estas dos actitudes médicas se contradicen absolutamente en el plano ético, y querer reunir las bajo el mismo término apunta a hacer creer que un acto de sustitución es un acto reparador, lo que es completamente falso. Es por eso que, cuando se trata de inseminación o fecundación *in vitro*, prefiero hablar de “procreaciones artificiales”. Estas son técnicas de sustitución, paliativas y no reparadoras; no son terapéuticas: después de una FIV que haya funcionado, la infertilidad no está curada. Digámoslo claramente: la FIV es un nuevo modo de procrear.

En referencia a la definición de la esterilidad, se cierne sobre ella cierta ambigüedad que también va en el sentido de la amalgama. En el proyecto de ley se lee que el uso de las PMA se justifica en los casos de “esterilidades comprobadas médicamente”.¹⁸ Pero, ¿qué quiere decir “esterilidad comprobada médicamente”? Basta con abrir la primera página del *Libro blanco de las PMA*,¹⁹ donde puede leerse: “La definición médica de la esterilidad es la ausencia de embarazo al cabo de dos años de relaciones sin tomar precauciones”. Vemos de inmediato que “la esterilidad comprobada médicamente” no es una definición médica. Últimamente, durante un congreso,²⁰ el doctor Belaisch-Allard afirmó que no hay que esperar dos años para declarar “estéril” a una mujer; se tratará con PMA a “una mujer que no tenga el hijo que desea”. Lo cual es tanto como decir que la definición “médica” de la esterilidad es la infertilidad o la infecundidad; es la falta de hijos declarada por la pareja que pide uno; en principio, es un hecho de lenguaje, no otra cosa. Hay una operación de sustitución efectuada por el discurso médico sobre los términos, y por lo tanto sobre los fenómenos: una mujer no es por fuerza estéril médicamente si no quedó embarazada cuando quería estarlo. ¿Quién puede saber qué es lo que ocurrió? La frontera que distingue “esterilidad médica” y demanda

¹⁸ Fórmula empleada por *El proyecto de ley sobre la bioética* (“relativo a la donación y utilización de los elementos y productos del *cuerpo humano* y a la *procreación médicamente asistida*, que modifica el código de salud pública”), que fue discutido y votado en primera lectura en la Asamblea Nacional en el otoño de 1992, p. 21.

¹⁹ *Livre blanc des PMA en France*, ed. Sauramps, marzo de 1991, p.13.

²⁰ *VIF journées de technologie avancée en gynécologie obstétrique et périnatalogie -PMA*, 9-12 de enero de 1993, París, JTA, ARETEM.

de un hijo no está rigurosamente definida; muy por el contrario, estas dos nociones se confunden voluntariamente. Además, los criterios de indicación de FIV varían de un médico al otro, de una consulta a otra, de un hospital a otro. Esta medicina llega a denominar con el término “esterilidad médicamente comprobada” toda falta insistente de un hijo, lo cual queda a criterio del médico. Y allí comienza el despiste, que no puede detenerse porque hay un inevitable deslizamiento del campo de las competencias médicas. La medicina de la “reproducción”, como también se la llama, funda su acto médico sobre un hecho de lenguaje. No hay criterios médicos estrictamente definidos que justifiquen una indicación adaptada.

Esta “esterilidad” sólo es “médica” porque se dirige a un médico que la acoge. Así, la medicina de la procreación chupa los azares de la sexualidad y la fecundidad en el cifrado lenguaje médico, lo que ejerce un intenso poder de sugestión sobre los sujetos. Induce la significación según la cual, si la falta de hijo es un síntoma “médicamente comprobado”, bastaría entonces atenderlo médicamente. Así se cree que, nombrado y localizado, el síntoma, será más fácil de tratar. En efecto, si se denomina “esterilidad médica” a esta cosa opaca, mal definida, difícil de decir, que hace que las relaciones entre un hombre y una mujer no sean fecundas, entonces el ofrecimiento de la etiqueta “esterilidad médica” permite nombrar de manera franca lo negativo de su vínculo, su infecundidad, y la medicina, al proponer esta denominación amplia, se presenta como fuerza positiva para brindar un plus, la criatura, en el sitio mismo donde, a la sazón, algo se siente como un fracaso. Éste será tanto más experimentado como tal cuando se ofrece a ellos la esperanza de positividad resolutive. Me parece evidente que la verdadera demanda dirigida a la medicina consiste en recibir con recelo esta denominación positiva en el lugar mismo de los callejones sin salida del encuentro de los sexos. No es seguro que sea de un hijo de quien se trate; el hijo tan pedido sirve de hecho como pretexto, de tapón para legitimar la búsqueda de una positividad con respecto a la falla de la relación sexual. Evidentemente, lo que habría que oponer a este punto de vista es un rechazo o una suspensión, ya que el niño demandado no es eso. La respuesta inmediatamente positiva y casi cómplice a la demanda no puede sino obturar todo juego posible del deseo.

La paradoja es ésta: hay una demanda concerniente a algo que se induce en carácter de síntoma (no tener la criatura cuando se quiere

tenerla), y la respuesta médica consiste en tratar esto somáticamente cuando en realidad no hay síntoma somático seguro. Clásicamente, la medicina separa de manera dualista lo somático de lo psíquico (el cuerpo del alma), y se ocupa del cuerpo enfermo; en este sentido, desconoce su articulación y su imposible disyunción. Pero las PMA constituyen una práctica médica completamente novedosa, en ruptura con el proceder médico clásico, pues trata una cuestión en parte subjetiva mediante una respuesta del todo somática, o incluso trata al sujeto mediante una respuesta orgánica, habiendo hecho creer que se trataba de una cuestión somática. Lo cual significa hacer callar al sujeto singular, asfixiarlo mediante la hipernormalización: qué más normal que favorecer el derecho sagrado para toda persona humana de vivir el milagro de la llegada al mundo de un hijo propio. Los médicos no pueden sino apoyar esta empresa benéfica de dar una criatura a quienes se creen privados de ella y dicen quererla. Es indudable que los médicos que se consagran al tratamiento de la infertilidad por las vías artificiales tienen afición a eso, afición que es indefinible. Aquí se plantea la cuestión ética.

Si ésta es la del ajuste de la conducta según las reglas de la moral, no hay nada más generoso (¿moral, por lo tanto?), se me dirá, que dar a unos padres la alegría de traer una criatura al mundo. Ahora bien, la ética médica de hoy afirma su mira terapéutica en la dignidad humana, lo que lleva a interrogarse acerca de la mezcla entre generosidad y terapéutica. En efecto, para dar un hijo a cualquier precio, ¿es conveniente poner en práctica manipulaciones biológicas sobre cuerpos que no son patológicamente estériles, sino probablemente infecundos? ¿Conviene someterse a procedimientos cuya lógica se desautoriza a sí misma: hacer que intervenga la máquina médica de procreación artificial cuando el síntoma no está justificado médicamente? ¿Conviene emprender operaciones costosas e intrusivas sobre unos sujetos —es cierto, con su consentimiento no muy informado—, sin haber abierto todas las otras maneras de abordar el problema?

Estas cuestiones se tornan delicadas, sobre todo cuando se constata que los límites que se dan los médicos son diferentes de uno a otro y que la única coherencia que se descubre en tal o cual conducta no tiene otra razón que la persona del médico mismo. ¿Su conducta será guiada por el hecho de que le gusta proceder así?

Cuando se comparan en serie los casos de procreaciones artificiales, no se encuentra una regla rigurosa que explique las diversas respuestas

del médico, al margen de la coacción de la cadena de corresponsales que le derivan pacientes y de la eterna respuesta a todo: dar satisfacción de un modo casi necio a la demanda de un hijo. No es posible no sospechar que esas prácticas satisfacen otros imperativos que los de la ética médica, tales como el del mercado o el más oscuro de un placer personal del médico.

Aquí mismo nos es preciso recurrir a la conducta ética de los usuarios, hombres y mujeres: ¿cómo regulan sus decisiones de procrear artificialmente frente a esa falta de rigor en el ofrecimiento de servicios que se les propone?

“¿Quiere un hijo? ¡De acuerdo!”

En los hechos, una mujer consulta a su ginecólogo y se sorprende de no estar embarazada después de haber suspendido los métodos anti-conceptivos durante un cierto tiempo. El tiempo de espera es un factor importante en la decisión de una procreación artificial. “La criatura no llega, a pesar del hecho de que quiero un hijo”. Lo que podría leerse: “La criatura no llega, *luego* la quiero”, o también: “No llega *para* que yo pueda quererla”. Querer un hijo, tal como se proclama esto hoy en día, es tan extraño y está tan alejado del deseo que hay que carecer de uno para poder quererlo de esta manera, es decir, sin hacerlo. Puesto que antes, señálemoslo, los seres humanos lo hacían sin saber si lo querían o no. ¡Querer un hijo sin hacerlo entraña algo de forzado! No se puede querer sino lo que no se tiene o lo que se ha perdido.

Evoquemos los casos caricaturescos de las mujeres de edad, menopáusicas, de los que se hace eco la prensa italiana, como la que quedó embarazada del semen de su marido muerto diez años atrás,²¹ y a cuya “libertad individual” el médico reivindica servir. Otro equipo italiano se felicitó por haber obtenido un “record” al lograr el nacimiento de niños concebidos mediante FIV por mujeres en edad de ser abuelas. Este equipo se declara dispuesto a recibir el flujo de las demandas de las estrellas internacionales que anhelan tener en el ocaso de sus vidas

²¹ Cf. “L’Italie repousse les frontieres de la maternité”, *Libération*, 10 de diciembre de 1992.

los hijos que no tuvieron antes, a causa de las exigencias profesionales a las cuales estuvieron sometidas.²² Una vez involucrados en esta lógica de la FIV, ofrecida a quien la solicita de manera insistente porque hay un lamento por la falta de hijos, los límites serán franqueados sin cesar por los “casos record”. Y el campo de las cosas posibles, y luego aceptadas, con seguridad va a evolucionar.

No sólo en Italia se han hecho cosas extravagantes; esos records italianos son espectaculares y mediatizados pero en Francia, cotidianamente, cualquiera que sufra la falta de hijos encontrará, en uno u otro circuito, un generoso doctor que le haga uno en una probeta.²³

Citemos el caso de una mujer que quería tener un hijo de un hombre que la había abandonado, pero que consentía en donar su semen con fecha fija. Ella sufría por la partida de ese hombre y soñaba con guardar consigo una imagen de él. Lo impensable se hacía pensable, lo imposible se volvía posible: se transgrede la ley de la ausencia del hombre y de su no-deseo. Se lanzó a una serie de FIV, pero el progreso fue doloroso, apremiante; aparecieron lágrimas inexplicables. Un médico súbitamente culpable la derivó a un psicoanalista. Se sucedieron entonces los fracasos, y estaba obsesionada con la idea de que no quería cerrar por sí misma una posibilidad. Mientras el médico le dijera que aún era posible, seguiría adelante. “Con que sólo dijera que es imposible, me sentiría aliviada”, afirmaba. Un día abandonó, renunció porque algo del sentido primero de su demanda resultó desplazado gracias a un trabajo analítico. Se enamoró de otro hombre. No comprendía cómo había podido estar atormentada por la voluntad obsesionante de un hijo a imagen del ausente. ¿Cómo había hecho para someterse a esos gestos apremiantes? “Estaba poseída, dice. Felizmente, se acabó. ¡Nunca más! Lo que me ocurrió es incomprendible”.

Dirigir nuestra atención hacia la demanda de las consultantes es la única manera de captar la manifestación del sujeto. En efecto, un sujeto de deseo puede surgir si la demanda no es aceptada por aquel a quien

²² Cf. “Maternités post-ménopausiques”, *Le Monde*, 5 de agosto de 1992, y “Les quinquagénères bousculent les interdits”, *Libération*, 22 de febrero de 1993.

²³ Cf. “Mamies-mamans, en France aussi”, *Journal du dimanche*, 24 de enero de 1993.

se dirige como la solicitud de tal o cual objeto a proporcionar sino, al contrario, es recibida como demanda de otra cosa; así, el deseo tendrá una oportunidad de asomar.

Ahora bien, esta demanda, justamente, se dirige a un lugar que,²⁴ por haberse presentado como ofreciendo la solución, no puede tratarla como demanda que entraña un deseo. *Al contrario*, al formularla casi en vez de ella, al “Quiero un hijo” de la consultante el médico responde: “¿Quiere un hijo? ¡De acuerdo!”

Así, se hace callar toda demanda y hasta toda palabra efectivamente articulada. Hay que decirlo, la pobreza del diálogo y la banalización del proceso encubren el hecho de que cada mujer se presenta con una pregunta particular aún no articulada y que no articulará. Visto que es la “pareja” la que llega con una pregunta particular, puesto que lo que “atienden” los técnicos en procreación son “esterilidades de pareja”. El hecho de que se trate de ocuparse de la pareja y no del sujeto aleja aún más las posibilidades de que pueda emerger la particularidad de cada uno. Al darse por entendido que lo que no funciona en cada uno tiene incidencia sobre la relación entre ambos, y que la propuesta es tratar el callejón sin salida como una entidad en sí, como un hecho de la pareja, entonces cada uno de los integrantes de ésta se fija sobre la “solución posible”, el hijo, del cual ya dije que era un pretexto.

Durante la primera consulta se proponen de inmediato los análisis necesarios, balance hormonal, curvas de temperatura, histerografía, análisis del flujo, espermograma; los diversos elementos de la cadena de la procreación se descomponen para ser evaluados. Si no hay resultados que expliquen de manera patente la infertilidad, se empieza por estimular la ovulación. Si después de cierto tiempo la cosa no funciona, o a veces después de un aborto natural, se indican análisis complementarios que a menudo permiten formular hipótesis sobre tal o cual disfunción responsable de la infecundidad, que va a intentar paliarse con la técnica. Pero en esta etapa no se cuenta con la procreación “natural”, aunque a veces se la evoca por alusión. Por ejemplo: “Comenzará el tratamiento a partir de su próxima menstruación; si viene, nunca se sabe...”. Todos esbozan una sonrisita convencional. El

²⁴ Digo “lugar” porque las mujeres son derivadas a menudo a tal o cual consulta especializada, antes que a un médico determinado.

médico agrega: “No es imposible”, como para asegurar a las pacientes que no están totalmente desprovistas del poder de dar a luz por sí mismas. Pero nadie lo cree, es evidente. Entonces se propone a la pareja la inseminación artificial con semen del hombre o del donante, en función de la evaluación de la calidad del primero. Luego, si tras varios intentos la cosa no funciona, se les propone la eventualidad de una FIV. Esta es esperada como la solución milagrosa, la cumbre de las posibilidades: eso es lo que quieren. Puede prescribirse una FIV a causa del fracaso de la inseminación, cuando en realidad no hay razón pertinente que justifique intentarla, pero se trata de proponer algo mejor, más sofisticado. En el caso de una infertilidad enigmática, recurrir a ella es darse los medios de introducir una vía de fecundación distinta a las “naturales”, y esto moviliza toda clase de fantasmas compartidos con los médicos. Se cree, por ejemplo, que cuanto más complicada y ardua es la técnica, más posibilidades tiene de funcionar. A pesar de los temores a sus efectos deletéreos sobre la criatura por llegar, puede suceder que uno se convenza de que la procreación artificial dará más garantías de tener un hijo normal. Por otra parte, para el médico, rechazar la solicitud de FIV de tal o cual pareja infértil sería como desautorizar su propia competencia y la “coherencia” de un sistema que pretende ser mejor, tanto más por haber sido un cofrade (otro médico) quien definió el rumbo. La edificación de estas prácticas descansa sobre una aceleración del “hacer”. Progresivamente se construyó toda una trama con su ordenamiento de médicos, biólogos, técnicos, ecógrafos, etc. La multiplicación de las pruebas alimenta la esperanza y justifica las diversas competencias.

En este punto, la demanda de FIV circula por carta de médico a médico con el acuerdo de los protagonistas de la pareja, que se contentan con repetirla. Se estima que las posibilidades de éxito de una FIV alcanzan el 14%,²⁵ y las de la fecundidad natural el 25% por ciclo. Parece paradójico recurrir a un método cuyas posibilidades de éxito son mediocres, pero

²⁵ “Según los datos franceses (FIVNAT) más recientemente hechos públicos, en 1991 hubo en Francia 16.622 intentos de FIV, con un 18% de principio de embarazo y 14% de nacimientos implicando al menos un niño vivo”; cf. O. de Bethman, M. Monset-Couchard, C. Huon y J.-P. Relier, *XXIIIe Journées de néonatalogie*, Karger, París, 1993, p.214.

tal vez se crea que al hacer más, las mismas se multiplican a prorratio de los sacrificios y las pruebas que habrá que sufrir. Puesto que, es preciso decirlo, un intento de FIV es una verdadera vía dolorosa, extremadamente ardua, principalmente para la mujer.

El tratamiento es estándar, y se transmite por escrito: recetas, curvas de temperatura, análisis de laboratorio, inyecciones, ecografías, espermogramas, manipulaciones, operaciones; se trata de sustancias hormonales, bloqueo de la ovulación, estimulación de la ovulación, recolección de semen, punción de los ovocitos, fecundación, número de embriones, congelación de embriones, implantación de embriones, reducciones embrionarias, donaciones de embriones, donaciones de ovocitos, y también de fechas estrictas y horarios rigurosos que hay que respetar. Estos son los términos del discurso emitido con extrema gentileza por los médicos en una consulta de FIV. No hay nada que decir, la carta del médico interviniente basta. Sólo se dirá: "Buena curva", "Semen no muy brillante", "Le ha ido bien", "La cosa respondió bien", "No es suficientemente vigoroso", "La próxima vez trate de estar más en forma", "Sus ovocitos, señora, destruyen los espermatozoides de su marido...", "Señor, su semen es perfecto y móvil, lo único que pasa es que se autoanula...".

Cómicamente, el desempeño corporal, aquí evaluado con la vara de una cifra, se amplía a través del "usted" a una evaluación buena o mala de la persona misma. Lo escrito sirve aquí de referencia al discurso, en él todo es cortesía, pero no se trata de lenguaje. Los resultados escritos se traducen en palabras codificadas, pero no se interpreta sino que se agregan comentarios. Nada hay que revele menos sobre sí mismo que un tema tratado así, porque, a fin de cuentas, no oculta nada.

El malentendido bien entendido

El aparente acuerdo y la dulzura con que se desarrolla este falso diálogo entre mujeres y médicos de las PMA ocultan en realidad un diálogo de sordos. ¿Es por pudor que no se habla de relaciones sexuales? ¿Se tienen o no? Esta cuestión parece desplazada, se la descarta e ignora.

Una pareja infértil viene por una FIV. Durante la entrevista preliminar, antes de la consulta propiamente dicha, una asistente prepara el legajo por medio de un interrogatorio tipo que se efectúa en un lugar intermedio, un pasillo. Como quien no quiere la cosa, al final del interro-

gatorio la mujer insinúa que tiene dolores durante las relaciones, es por eso que las evita, y pregunta tímidamente si eso podría ser “psicológico”.

Pero frente al médico en persona nada de eso será dicho, ni por la asistente que resume el legajo ni por la mujer misma, que se contenta con asentir con la cabeza a todo lo que se dice de ella. Este mecanismo hace callar, eclipsa al sujeto. Uno se compromete en la FIV queriendo ignorar que no hay actos sexuales porque son dolorosos, y además no es ésa la cuestión.

Durante las primeras consultas de solicitud de FIV dentro de los servicios menos reputados, puede surgir una palabra en su fuente porque esos lugares no están aún cerrados, puede ser posible cierta inocencia en el diálogo.

Por ejemplo, una mujer que desde su casamiento perdía los embarazos, a quien se le hizo una estimulación ovárica con vistas a una FIV, al sufrir los efectos secundarios del tratamiento dijo al médico: “Doctor, estoy segura de que si la cosa no funciona desde que me casé, es porque antes me provoqué un aborto, estoy segura de eso, estoy bajo la mirada de mi padre. ¿No lo cree, doctor?”. He aquí que revela con premura el sentido subjetivo de su infertilidad inexplicada. ¿Qué puede hacer el médico con esta evocación surrealista de la “mirada del padre”? Responde que tal vez eso juegue algún papel, pero que de todos modos hay que continuar el tratamiento para tener un hijo.

Otro ejemplo: una mujer llega por primera vez, como por error, a esta consulta especializada, para recabar una opinión; nunca tuvo menstruaciones, espera tener algún día un hijo, cree que la cosa puede desbloquearse por sí sola, busca una confirmación. Se le informa entonces que sufre de una “menopausia precoz”, el médico le dice que es imposible que tenga un hijo; la cosa no se desbloqueará. “¿Qué hacer, entonces?”, dice, abatida.

—Donación de ovocitos, se le propone.

—No, responde con lágrimas.

—¿Por qué?, pregunta el médico amablemente.

—Por ética, contesta, estoy en contra de este rastreo de los hijos (la palabra choca), ¡hay un límite! Entonces, el médico aborda con suavidad la posibilidad de la adopción. “Pero, dice ella, estoy segura de que la DDASS me la negará porque se darán cuenta enseguida de que tengo un rechazo reprimido de la maternidad”, insiste. Luego agrega: “¿Usted cree en la psicósomática? Creo que reprimí un rechazo de la maternidad, quería muchos hijos, mi madre y mis hermanas tuvieron muchos”.

El médico, pese a todo, le propone inscribirla a la vez para una FIV con donación de ovocitos y para una adopción, lo que le dará la oportunidad de pensar en ello sin perder tiempo.

La propuesta de fecundación *in vitro* se formula en el mayor malentendido, cuando sería pertinente que la demanda a propósito del síntoma fuera entendida en su articulación significativa con el momento en que las mujeres no se callan, con el momento en que tendrían mucho que decir, es decir antes de que comience a funcionar el engranaje del proceso de fecundación *in vitro*. Pero la situación es tal que los médicos de hoy se instituyeron a sí mismos como competentes para responder a estas demandas formuladas en términos de “querer el hijo que no llega”. Demandas que se les dirigen pues se supone que ellos tienen la clave de la fabricación de niños a voluntad, que son los especialistas de la máquina-cuerpo; por añadidura, se declaran “psicosomáticos”.

Citemos otro ejemplo: una pareja se presenta para una nueva solicitud de procreación artificial. La infertilidad está en el marido: su semen produce anticuerpos antiespermatozoides. Tras el lavado del semen, su mujer quedó embarazada una primera vez por inseminación artificial. Solicitan otro hijo. La pareja está allí, presente, la mujer discute con el médico, tiene sobre las rodillas un enorme historial bien clasificado con todos los análisis, radiografías, ecografías. La entrevista consiste en presentar los diversos procedimientos para preparar a la mujer para esta nueva inseminación. Después de esto, el médico se vuelve hacia el marido, señala las variaciones del espermograma con seis meses de distancia y le hace la pregunta clásica: “¿Sufrió algún traumatismo?” El hombre responde: “Un traumatismo físico no”. Mi presencia en esa consulta desempeñó sin duda cierto papel, porque reaccioné acercándome a él con un signo de interrogación. En esto, prosiguió: “Un traumatismo psíquico sí, perdí a mi primera mujer”. En ese instante, providencialmente, suena el teléfono y, en la confusión resultante, me dice: “Ya tuve dos hijas *naturalmente*, es por eso que no comprendo”. Asiento con la cabeza, y cuando el médico termina su conversación telefónica, le pregunto si sabe que el señor ya tuvo dos hijas “naturalmente”. A lo que el médico, que sin embargo ya había hecho con esta pareja una inseminación, me señala que acaba de enterarse. Le pregunto entonces si hay posibilidades de prolongar este intercambio. Me responde: “Cuando revise a la señora, dejaré en sus manos al señor”. Este hombre se vio llevado a decirme que cuando había anunciado a su primera mujer su decisión de separarse de ella para unirse a la

segunda, la esposa se había suicidado; no pudo contárselo a sus hijas. Esta historia sigue torturándolo, está convencido de que su “bloqueo” se debe a eso. Quiere decírselo a sus hijas pero no lo consigue. “Debo hacerlo, ¿no?” Cree que no puede tener hijos normalmente a causa de esta culpa que lo carcome.

Una vez más, en este caso parece seguro que la procreación artificial viene a sellar, a echar un cerrojo al “traumatismo”, ocultando las posibilidades de un decir que pueda desplazar la posición del sujeto y abrir el juego del deseo, es decir, permitir tal vez la fecundidad.

A veces, se tiene la impresión de que la certeza de actuar bien engeuce a los médicos, se diría que han olvidado hasta el más mínimo sentido común. En la gama de consultas a las que pude asistir, me sentí particularmente conmovida por una joven de 22 años que, después de un aborto natural espontáneo, había acertado a emprender un proceso de FIV. Con diez embriones congelados, se había quedado embarazada de trillizos, pero habían tenido que internarla de urgencia. ¿Cómo había dejado esta mujer tan joven que la embarcaran en una historia tan pesada y riesgosa? Al no tener probablemente ningún margen para hacer jugar el sentido oculto de su presunta “infertilidad”, se había encontrado gravemente arrinconada.

Otro estilo

¿Cómo abordar de buena manera esas demandas, para que pueda ser subjetivamente posible un decir sobre el síntoma? Recordemos que la fertilidad se sitúa en el modo en que el cuerpo está animado por el lenguaje del deseo inconsciente. Se trata de una zona móvil y plástica de la subjetividad, una zona influenciable. Hay infecundidad cuando algún elemento del complejo edificio del anhelo de un hijo se encuentra desarticulado con respecto a los demás.

Estas demandas de un hijo atestiguan una transferencia dirigida al médico que es la competencia socialmente legitimada: aquel de quien se espera un saber sobre el misterio del cuerpo y de la vida, aquel en quien se tiene fe y cuya palabra, ya sea justa o no, tiene una inmensa eficacia. Evidentemente, la cuestión es ésta, la de la respuesta a la pregunta formulada. Si nos contentamos con interpretar curvas y cifras, con seguridad se cohibirá toda palabra. Así amordazadas, las mujeres se lanzan a la FIV con los ojos cerrados y una sorda aprensión.

Y, sin embargo, puede suceder que las consultas se lleven adelante de una manera completamente distinta. Mencionemos simplemente el caso de una mujer que ya tiene dos hijos, ambos nacidos por cesárea. Querría mucho tener un tercero, pero sabe que será el último, pues se le aseguró que sólo podría someterse a una cesárea más. Se preocupa por su infertilidad, hace consultas. Los diversos análisis efectuados no revelan gran cosa, se la estimula, todo es inútil. Luego, un día, cambia de médico; le dice: "No logro tener mi último hijo", cuenta su historia y muestra sus análisis. El médico, persona astuta, responde: "Escuche, para este *tercer* hijo, le propongo disminuir el estimulante de la ovulación, y veremos, nada demuestra que vaya a ser el *último*; no hay razón para que no pueda tener otras cesáreas". Al mes siguiente, esta mujer quedó embarazada de ese "tercer" hijo, que nació sin problemas.

El médico tenía el oído ejercitado, es decir que entendió exactamente lo que en su singularidad decía esa mujer. No respondió a la demanda en términos que aniquilaban su especificidad, como lo habría hecho la mayoría de los médicos que tratan automáticamente con lo escrito. Escuchó una palabra según la cual la mujer no podría tener el que sería denominado el "último hijo", hijo que culminaría su historia de fecundidad, pero tener un "tercer hijo" fue posible. Permitted que se articularan elementos hasta ahí desconectados por el veredicto del "último hijo". El médico a quien ella planteaba su cuestión con toda confianza estaba en condiciones de hallar la actitud y las palabras justas para que eso tuviera un alcance eficaz sobre su fecundidad. La eficacia del diálogo era tanto más posible por el hecho de que la consulta se efectuaba antes de considerar una asistencia artificial cualquiera a la procreación.

Yo recogí, en efecto, los testimonios de algunos médicos que realizan de otra manera el tratamiento de la infertilidad. Al mismo tiempo que siguen siendo médicos, es decir no hablando más que desde el punto de vista de su competencia médica y su ética terapéutica, logran de modo notablemente frecuente hacer desaparecer la infertilidad. Esta modalidad de tratamiento se presta mal a las estadísticas, no obstante lo cual el doctor Jean Reboul escribe: "Diecisiete pacientes, sobre diecinueve que me consultaron, quedaron embarazadas sin tratamiento o con la ayuda de un medicamento ya utilizado sin resultados".²⁶ Este

²⁶ "Puedo informar sobre casi 5 000 casos de mujeres infecundas de cuya infecundidad se decía que era médica [...]. Más de dos tercios de esas pacientes quedaron embarazadas

médico sabe por experiencia que la fertilidad humana es fluctuante, que responde a leyes que escapan al control. Los médicos como él conservaron el hilo del sentido clínico caso por caso, saben interesarse en la particularidad de cada una de esas mujeres y tienen el valor de suspender la respuesta técnica,²⁷ mantenerla en posición secundaria y no utilizarla sino con rigor y, sobre todo, con modestia, lo que es esencial. En ese dominio que no compete a la enfermedad, dejan a cada uno en todo momento la posibilidad de reaccionar con sus propias contradicciones, sus vacilaciones, sus tropiezos. En suma, estos médicos raros y preciosos no ceden al totalitarismo inducido por la alianza entre la técnica que es mejor que el hombre y el *lobby* profesional científico. En el campo mismo de sus competencias, saben encontrar en el diálogo con sus pacientes una posición tal que permite la emergencia del movimiento subjetivo propio de cada una.

Hay numerosos casos en que la infertilidad “médicamente comprobada”, con decisiones de FIV pudo ser “espontáneamente” eliminada gracias a la manera en que un ginecólogo supo manejarla. Estos casos de encuentros fecundantes debidos al estilo del proceder del médico constituyen el objeto de monografías a menudo reservadas a círculos confidenciales. En efecto, es difícil realizar estadísticas y dar cuenta “científicamente” de la eficacia de la actitud de un médico que sabe reabrir una cuestión y

sin tratamiento o con la ayuda de un tratamiento menor ya utilizado sin resultados”. Puede leerse además: “Registré 90 embarazos aparecidos en un lapso de uno a dieciocho meses, sobre 145 pacientes llamadas estériles cuya infertilidad, primaria en 116 de esos casos, tenía una antigüedad de dos a catorce años. La sintomatología estaba dominada por perturbaciones hormonales (115) y la anovulación (11)”. Cf. Jean Reboul, *L'Impossible Enfant entre corps et parole*, Desclée de Brouwer, París, 1993. Véase también un estudio de Anne Cabau que muestra que “en más de 200 mujeres afectadas por esterilidad funcional, el número de nacimientos es prácticamente el mismo con tratamiento o sin él”; cf. “Observatoire et gynécologie de la reproduction”, *Journal de gynécologie*, citado por Monette Vaquin en *Supplément*, núm. 178, París, 1991, p. 133. Cf. también A. Cabau, G. Kusnir y R. Sitruk-Ware, “Traitement des troubles de l’ovulation normoprolactinémiques par la bromocriptine”, *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 17, núm. 11, París, 1989, pp. 1005-1010. El profesor Lopes, de Nantes, observa una “asociación inquietante entre las estimulaciones de la ovulación y el cáncer de ovario”. Cf. P. Lopes y colab., “Cancer de l’ovaire et procréation médicalement assistée”, *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 21, núm. 5, París, mayo de 1993, y *Le Monde*, 10 de junio de 1993.

²⁷ Dody Bensaid-Mrejen, *Médecins, malades et maladies sexuelles*, Plon, París, 1991.

desplazar las apuestas, puesto que no conoce exactamente qué es lo que va a actuar. Del mismo modo que es muy complicado transmitir un estilo de escuchar del paciente a quien no llegó ya a él por su posición ética personal. La apuesta del médico consiste en el acontecimiento ínfimo e inmenso de una apertura captada al natural en el diálogo: una “tres veces pequeñez” incalculable y tan preciosa que puede constituir el resorte de una posible fecundidad. Considero que este acontecimiento es un verdadero acto de amor. El saber viviente está en la persona que habla, como un enigma al cual el médico debe estar atento para ingresar con cada mujer en el lenguaje de ésta, sin modificar pese a ello la posición de su especialidad, sin renunciar a su campo de competencias. Tener confianza en las capacidades del paciente sería una divisa a seguir. En cuanto al saber científico, ofrece un soporte técnico utilizable.

Estos médicos, a los que yo calificaría de “clínicos ejercitados”, dicen que hay que romper con el poder embrujador del control, pues la eficacia obedece a la calidad de la relación del médico con sus actos. Esto no se improvisa.

La fecundidad de una mujer depende de su capacidad de abandonar algo para “recibir”. La fecundación tiene siempre el valor simbólico de un don. Cuando una mujer ya no puede recibir, sólo la transferencia, o sea una relación de confianza con alguien a quien se atribuye saber, puede movilizar la apertura que desplazará el juego del objeto de su demanda.

Una obsesión: la mujer estéril

Algunos trabajos de psicoanalistas²⁸ procuraron circunscribir causas comunes a los diferentes casos de infertilidad llamada “esterilidad psicógena”. Esos trabajos proponen hipótesis cuyo punto común sería un “bloqueo” de la transmisión de una autorización de dar a luz, que debería ubicarse en la relación entre madre e hija: ésta no habría recibido de su madre el derecho de tener un hijo. Las razones del “bloqueo” obede-

²⁸ Cf. Guite Guérin, *L'Enfant inconcevable*, ed. Acropole, París, 1988; Françoise Caben, “L'enfant impossible”, *Perspectives psychosomatiques*, 1978, IV, núm. 88, pp. 359-365; Monique Bydlowski, “Les infertiles”, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, núm. 45, Gallimard, París, 1992, pp. 143-160.

cerían a toda clase de factores posibles: no dichos, muertes ocultadas, fragmentos de historia encerrados y retenidos en la generación, apuestas mortales aún vigentes entre la madre y la abuela. Cada psicoanalista da cuenta de ese “bloqueo” con términos que parecen operativos según la teoría a la que se refiere. Esos trabajos concluyen siempre en el carácter no generalizable de las hipótesis propuestas e insisten sobre la particularidad de cada caso y la no homogeneidad de las causas del síntoma de la “esterilidad psicógena”.

Por mi parte, tal como abordé el problema aquí, la infertilidad no sería delimitable como un síntoma sino como una respuesta a un síntoma que, por su lado, se situaría en las mismas prácticas médicas, y que se formularía así: una obsesión por la mujer estéril.

Ya me vi en la necesidad de señalar las mezclas producidas por la medicina de la procreación: entre deseo y voluntad, entre esterilidad y fecundidad, entre procreación médicamente asistida y procreación artificial. Pondría de buen grado esas diferentes mezclas en relación con las inevitables palabras proféticas que las jóvenes y las mujeres pueden haber recibido en su historia ginecológica.

Nuestra época, sin saberlo ni quererlo, difunde tales respuestas esterilizantes. Por ejemplo, un médico que no habla, que manipula resultados escritos que nos reducen a sustancias al margen del cuerpo y quien, con sus probabilidades, parece hacer previsiones sobre el futuro, un médico semejante, entonces, tiene efectos subjetivamente esterilizantes.

Puede suceder que por haber manifestado padecimientos mudos pero identificables, como explosiones de llanto inexplicable, crisis de angustia, falsas maniobras en su andar, actos fallidos, en el transcurso de la marcha de la FIV o luego de los fracasos, esas mujeres se encuentren con alguien que las derive a un psicoanalista. Por mi parte, lo que pude comprobar que puede valer como rasgo común a los diferentes casos conocidos se refiere retroactivamente a lo que pasó durante las primeras consultas con el ginecólogo. En ese momento, la mujer recibió algo como respuesta a su pregunta no formulada. Esta pregunta se refería confusamente a su ser mujer, a su feminidad; la respuesta del médico funcionó entonces para ella como una *nominación*. Recibió en ese momento una palabra que cobró valor de veredicto de *mujer estéril*, argumentado a partir de hipótesis somáticas más o menos significativas. Esta nominación parece haber orientado la posición subjetiva de cada una, anudándose precisamente a una frigidez; tal vez porque esta

frigidez supuesta representaba, para tal o cual mujer, lo negativo en el plano sexual. El nombre de *mujer estéril* habría denominado la frigidez, confiriendo un nuevo estatus a los estados difusos de falta de placer que esta mujer hubiera experimentado antes.

El efecto de esta nominación enunciada por el médico habría dado un estatus real a una frigidez vaga, sin que hubiera pese a ello soporte somático. El médico habría dicho “hay algo [somático]” y eso habría producido alivio, pero encerrando una falta ubicada en el nivel de la feminidad; la respuesta sería la infertilidad.

¿Qué viene a sellar una nominación de mujer estéril con una presunta frigidez? Si seguimos a Lacan, ésta “aparece al margen de la trama de los síntomas”; él habla de su “inaccesibilidad a todo tratamiento somático”, así como del “fracaso corriente de los buenos oficios del compañero más anhelado. Sólo el análisis la moviliza... siempre en una transferencia”.²⁹ No es seguro que la frigidez sea el indicio de una ausencia de goce; sería más bien un goce-ausencia, que debe situarse como una defensa. Ahora bien, si por intermedio del médico la frigidez toma secretamente para la mujer el estatus de un síntoma de infertilidad real a tratar somáticamente, ella se volverá tanto más inaccesible, así como la infecundidad que la hiela.

Una joven de 23 años acude a una visita de rutina, el ginecólogo se entera de que no emplea anticonceptivos seguros; ella sabe “prestar atención”, nunca se embarazó y dice que por el momento no quiere un hijo. El médico, pese a ello, parece asombrarse de que con métodos anticonceptivos poco seguros nunca se haya quedado embarazada; le propone verificarlo. Inquieta a la joven que, al mismo tiempo que no quiere un hijo, se angustia, quiere saber si podrá tenerlos algún día y empieza a tener miedo de ser estéril. Se somete a una serie de análisis exploratorios, lo mismo que su amigo, a quien la cosa le repugna. Se formulan hipótesis no significativas como el flujo y las variaciones del espermograma. Ella se obstina pues teme no tener nunca un hijo. Hoy tiene 30 años y se somete a una serie de FIV. Gracias a la reunión del semen

²⁹ J. Lacan, “Propos directifs pour un congres sur la sexualité féminine”, en *Écrits*, Seuil, París, 1966, pp. 731-732 [“Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina”, en *Escritos* 1, Siglo XXI, México, 1978].

de su amigo y un óvulo suyo se formaron varios embriones, pero no se implantan. Evidentemente, se interroga porque reconoce que ni ella ni su amigo saben aún verdaderamente si desean tener un hijo. Para ella, lo que hay que eliminar es la idea de la imposibilidad de tenerlos. Quiere poner a prueba su fecundidad. En cuanto a él, hace todo eso por ella. La mujer se sorprende al sentir que, si se quedara embarazada, desearía hacer un aborto natural espontáneo o incluso un aborto voluntario. Pero sigue adelante, torturada por la angustia.

En este caso, como en los otros, todo ocurre como si el problema hubiera sido mal planteado de entrada, como si uno hubiera penetrado en un camino en el que no pudiera darse marcha atrás: si no se tiene un hijo se siente pesadamente la falta de algo vital, y es demasiado tarde. Tal mujer se privó cuando era tiempo de hacer mover junto a tal hombre la articulación plástica que fijó la infecundidad, y ahora las cosas resultaron de otra manera, no se puede sino apostar una y otra vez, como en una máquina infernal.

A una cuestión subjetiva donde está implicado el cuerpo, se respondió de antemano por un desciframiento del síntoma en términos de esterilidad "médica" (por lo tanto somática), con propuesta de tratamiento químico. Las demandas que recibe el ginecólogo conciernen a cuestiones sobre el enigma de la feminidad, sobre el convertirse en madre; ahora bien, aquél hace como si se tratara de una enfermedad somática y por lo tanto real, mientras que no hay enfermedad, ni padecimiento a priori. La respuesta médica, bajo la forma de una prescripción, se da antes de la formulación de la cuestión. Amordaza así el juego de la palabra posible. Al proponer una solución "científica" milagrosa, mágica, taponar el campo del deseo. La respuesta según la cual la procreación no es más que un asunto de sustancias y manipulaciones invade, contamina, infiltra nuestros imaginarios: todo se vuelve irreal. Hace callar, puesto que tiene respuesta a todo, pese a unos resultados cuya misma mediocridad incrementa la confianza que se otorga al añadirle la dimensión del sacrificio: uno intenta el todo por el todo, se obsesiona, enmudece, la sumisión a la medicina es total. Es por eso que, a partir de cierta etapa, todo ocurre sin palabras, sólo con el escrito codificado (curvas, recetas, resultados de laboratorio...): el sujeto se ausenta, se ofrece.

Abordar la feminidad de una mujer, sobre todo cuando se articula con la cuestión de su convertirse en madre, puede ser insoportable para quienes se encargan de ello. Cuando esta cuestión pasa a ser fuente de

horror, los médicos intentan cohibirla de raíz. A su manera, las mujeres participan de este carácter insoportable: sus cuerpos son ofrecidos, abandonados a fin de tener ese famoso hijo tan esperado por haber estado tanto tiempo, se cree, privadas de él. El hijo que hay que hacer deberá aportar la prueba de que no se es estéril, la del reto de existir, el desafío de la feminidad. Se sugiere a las mujeres que identifiquen la feminidad con la facultad de hacer hijos reales, pero éstos no son los de la promesa fecunda por ser dada simbólicamente, son hijos fabricados al margen de ella. En suma, una mujer se sacrifica por un hijo que no existe.

Puesto que la respuesta médica se apodera del hijo potencial que hay en cada uno de nosotros, el que debe existir en nuestros imaginarios para que la fecundidad tenga una posibilidad de realizarse; aquélla, en cierta forma, lo elimina. El hijo potencial es el que uno u otro día todos podemos tener, el hijo posible, el hijo por venir, el que habita nuestros pensamientos. El que está presente como sombra benéfica o maléfica en el acto amoroso, el que da una presencia humana al acto sexual, el que cobra cuerpo en la súbita sorpresa de un embarazo que se declara. El que tanto se pide cuando uno cree estar privado de él. Pero ese ángel es el que la medicina de la procreación elimina para prometer darlo realmente desde el exterior mediante manipulaciones controladas; ya no proviene del enigma del cuerpo femenino, del enigma del acto amoroso, como suele decirse, y entonces ya no es un ángel, se desvanece, desaparece. ¿Nos lo robaron? y se lo debemos a la “ciencia”.

El pacto de una perversión altruista

La ginecología y la obstetricia chocan con una dificultad a causa de su involucramiento en la promesa de un hijo. Ginecólogos y mujeres se sienten amarrados por una especie de “pacto mental” que supera el contrato médico estricto. La infecundidad que sucede a una contracepción y/o a un aborto es experimentada de manera culpable, a veces insoportable, lo que hace que el lamento por un hijo sea tanto más suplicante. “Que me devuelvan el hijo al que la contracepción o el aborto voluntario impidieron llegar”, tal sería el anhelo presente en la demanda furiosa de un hijo reparador, de un hijo salvador, de un hijo desculpabilizante. Esta demanda se dirige a quienes, gracias a su técnica, permitieron el control de los nacimientos. De ellos se espera el retorno de un hijo del que una se privó, como si fueran ellos los causantes de la esterilidad. Como

la demanda de “devolución del hijo” no puede ser reivindicadora, tiene un carácter patético, rígido y obsesionante. Se comprende entonces por qué la demanda de un hijo, sobre todo por vías artificiales, es tan tenaz, dado que hay una transferencia no reconocida, hecha de una gratitud redoblada por la reivindicación. Es interesante recordar aquí que cierta cantidad de médicos que combatieron por la liberalización del aborto, son los mismos que inauguraron las prácticas de la fecundación in vitro. Estos médicos, siempre adelantados, saben lo que es bueno para las mujeres.

Para ellos, se trata de la oportunidad de mostrar su fuerza reparadora, su capacidad de dar el hijo fabricado por un saber científico y técnico de punta. Pero, también, es la oportunidad soñada de llevar la experimentación lo más lejos posible.

Me parece que puede decirse que los médicos de la procreación, que no son somáticos clásicos, tienen una gran culpa inconsciente por haberse permitido tratar lo que afecta lo más sagrado, la procreación humana, hasta ahora sometida a las reglas del amor, el deseo y la alianza. Se sienten colocados en un lugar que habrían usurpado. Deben entonces reparar más y más, siempre más, en una especie de huida hacia adelante, a fin de evitar la impostura y para que la “culpa” se sitúe siempre fuera de su responsabilidad.

Para legitimar esas prácticas invasoras, se pone de relieve la simbólica altruista de la donación gratuita (de semen, de los ovocitos, de los embriones), así como la de la solidaridad para con el prójimo (donación de pareja a pareja). Además, la donación debe ser anónima, lo que permite enmascarar los términos del intercambio y las eventuales construcciones mentales de filiaciones “adulterinas” que esos procedimientos favorecen. Este desplazamiento hacia la ideología altruista permite cubrir con un velo de pudor un enfoque poco riguroso del caso. En vez de dar una definición estricta de la “esterilidad médica” y de atenerse a indicaciones médicamente rigurosas, se prefiere, como lo demostramos con holgura, tratar toda demanda insistente de un hijo como un síntoma médico. Al mantener así a la definición de la esterilidad en una vaguedad artística, se desplaza el objetivo hacia la generosidad del acto. Puesto que son raros aquellos que, enfrentados a cuestiones tan graves, pueden asumir frontalmente el fantasma de usurpación que los habita.

Tomemos los casos de procreación con donación de ovocitos. Una mujer que va a gozar del beneficio del ovocito de otra debe encontrar

una que acepte donar anónimamente y sin compensación. En algunos centros, se programan dos donaciones el mismo día para poder permutar, a fin de que la que encontró a la donante no sea la receptora; de este modo, ninguna mujer conoce la identidad de la donante del ovocito que ella va a llevar en su seno. En otros centros no pueden permitirse ese lujo y la mujer encuentra una donante entre sus amigas o su familia, que ofrecerá “anónimamente” su ovocito a la receptora que lo solicitó. Este anonimato de polichinela apunta a impedir que más adelante el niño haga investigaciones sobre la “paternidad materna”. Pero para las mujeres no borra el hecho de que hubo entre ellas un intercambio fuera de lo común que, como todo intercambio, se inscribe en una cierta economía subjetiva y objetiva. Aquí, esta economía extraordinaria debe seguir siendo secreta y privada. Pero por más que se haga, estos tejemanejes transgresores no pueden mantenerse en privado, “los secretos a menudo se guardan mal”. Cuando estallan a plena luz del día, los periodistas se entretienen hablando de incesto y de confusión de lugares en la filiación; no deben engañarse tanto. En efecto, algunos especialistas, psicoanalistas y médicos, escriben conjuntamente: “Nuestra política de anonimato [...] apunta a evitar que se hagan realidad fantasmas de incesto (hermano/hermana, hermana/hermana) y la omnipotencia concedida a la imago materna; situaciones todas que tenemos el derecho de presumir como nefastas”.³⁰

Para paliar riesgos semejantes, existen en Francia consultas especializadas de donación de ovocitos, con una entrevista psicológica anterior, a fin de intentar desplazar el “fantasma de incesto” en beneficio de la “cadena de solidaridad femenina”³¹ o del “madrinazgo”³² entre mujeres, dicen los psicoanalistas.

Monique Bydlowski, que conoce bien las prácticas de PMA, dice sin embargo que “provocan el espanto de una transgresión” en las mujeres,

³⁰ M. Bydlowski y R. Frydman, “Le don de ovocytes. Une étude des motivations de trente-sept donneuses volontaires”, *Médecine et hygiène*, núm. 1973, Ginebra, 1993, pp. 792-795.

³¹ Eva Weil, “Le don anonyme: quelques hypotheses psychodynamiques”, *Reproduction humaine et hormones*, vol. 3, núm. 4, París, 1990, p. 250.

³² Muriel Flies-Treves, “Le don non anonyme, aspects psychologiques”, *Reproduction humaine et hormones*, vol. 3, núm. 4, 1990, p. 249.

y entre los médicos “un sentimiento de sacrilegio”.³³ Y Monette Vaquin llega a hablar de “delincuencia científica”.³⁴ ¡Pero pese a ello se hace! Esto no puede dejar de evocarnos el muy fino análisis que Octave Mannoni propone de la frase “sé bien... pero, a pesar de todo” como manifestación del mecanismo subjetivo de la negación o desmentida, indicador de una perversión.³⁵

—Sé bien que esta infertilidad no es somática, pero a pesar de todo tratemos de vencerla mediante un tratamiento somático.

—Sé bien que los resultados del método son mediocres, pero probemos a pesar de todo.

—Sé bien que la donación de ovocitos no es verdaderamente anónima, pero a pesar de todo ocultemos el nombre.

—Sé bien que tener trillizos es insoportable, pero a pesar de todo es una manera de tener un hijo.

—Sé bien que el pedido de un hijo no es una prescripción de FIV, pero atrapada en el circuito al cabo de cierto tiempo, a pesar de todo se la propone.

—Sé bien que saber que hay embriones congelados que no servirán a la pareja es persecutorio, pero a pesar de todo eso representa una reserva.

—Sé bien que nuestro hijo no recibirá nuestro patrimonio genético, pero hagamos como si, a pesar de todo, lo hubiera recibido.

—Sé bien que la donación de semen es anónima en el marco de la inseminación artificial con donante pero, a pesar de todo, para una búsqueda “científica” el anonimato siempre podrá levantarse.

Señalemos a este respecto que, sin hacer ruido, un equipo del CNRS³⁶ pudo hallar en sus escuelas a los niños nacidos de un mismo donante para hacerles un test de inteligencia. Esto, con el desconocimiento de los

³³ Monique Bydlowski, “Les infertiles”, *op. cit.*, pág.159.

³⁴ Monette Vaquin, “Filiation et artifice”, *Supplément*, núm. 178, París, 1991, p. 136.

³⁵ “Negación” (o “desmentida”) es la traducción de la palabra *Verleugnung*, utilizada por Freud para designar el mecanismo subjetivo que está en el principio de la perversión. Cf. “Le fétichisme” (1927), en *La Vie sexuelle*, PUF, París, 1970 [“Fetichismo”, en *Obras completas* 111, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, 3 vols.], citado y desarrollado por Octave Mannoni, *Clefs pour l’imaginaire ou Autre Scene*, Seuil, París, 1969, pp. 9-33.

³⁶ Centre National de la Recherche Scientifique [Centro Nacional de Investigación Científica]. (N. del T.).

niños, los donantes y los padres, y sobre la base de tesis más que dudosas: ¿esos investigadores proponían la hipótesis de que la inteligencia se transmitiría genéticamente (¡primera noticia!) y además por la única vía del padre biológico nunca conocido (¡segunda noticia!)?³⁷

Todas estas frases constituyen el tejido de las prácticas de procreación artificial. El médico “sabe bien” que la realidad es siempre una realidad imperfecta, pero “a pesar de todo” esta realidad es desautorizada. La negación basta para crear una magia de la creencia, a la cual son arrastradas las pacientes, y luego las parejas. El pacto perverso que se anuda entre médicos y parejas en el seno de esas prácticas entraña una actitud de “desafío e impostura” claramente señalada por Octave Mannoni.³⁸ Después de este análisis, yo no vacilaría en calificarlas como *perversiones altruistas*.

Algunos otros médicos vuelven a la realidad porque se enfrentan con las consecuencias de las PMA; no comparten esta magia de la creencia. Por ejemplo, algunos anestesistas-reanimadores pudieron alarmarse por la falta de una “definición precisa de una *terapéutica de la esterilidad*” y plantean la cuestión de los “límites que sería razonable observar”. El doctor Jean-Fabien Zazzo se inquieta por las “complicaciones serias” de reanimaciones de casos de procreaciones médicamente asistidas. Con sentido común, confiesa su asombro ante el caso de una mujer de 58 años que, en el marco de una PMA, presentaba complicaciones graves en el momento del parto: “La madre quedó en un coma vegetativo irreversible”. Da también testimonio de las dificultades surgidas en el caso de una anoréxica mental a quien un psiquiatra había aconsejado el embarazo como terapéutica; había “disfrutado” de una PMA. Subraya además el carácter financiero presente en estas prácticas (costo para la colectividad, circuito privado, etc.) y se asombra de que “se imponga una entrevista psicológica para una solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, mientras que no es necesaria para una PMA”. Se indigna al destacar que “la reanimación no tiene por vocación la promoción de prácticas médicas discutibles”.³⁹ Este médico ubicado en el extremo de

³⁷ Cf. *L'Express*, 12 de diciembre de 1992.

³⁸ Octave Mannoni, *Clefs pour l'imaginaire...*, op. cit., p. 32.

³⁹ Cf. Jean-Fabien Zazzo, “Quelques drames de la procréation médicalement assistée”, *Le Monde*, 12 de agosto de 1992.

la cadena se ve ante el deber de arreglar los platos rotos resultantes de consecuencias previsibles de actos que reprueba desde el punto de vista de la ética médica. Su testimonio provoca escalofríos.

También otros médicos involucrados en las consecuencias de las fecundaciones in vitro pueden asombrarse o inquietarse. Por ejemplo, tuve la oportunidad de escuchar a un obstetra preguntarse acerca de una singular "indiferencia" hacia su embarazo en las madres fecundadas mediante FIV. Con las PMA, la prematuridad de las criaturas, que por fin había retrocedido significativamente, vuelve con fuerza: "Parece que el riesgo neonatal de la FIV es considerablemente más elevado que en el transcurso del embarazo natural [...] consecuencia a la vez de la prematuridad, pero también y sobre todo de los embarazos múltiples";⁴⁰ las madres, contentas de tener a sus preciosos hijos, hablan pese a ello de "via crucis" y de "calvario".

Los servicios de recepción de niños maltratados comprueban, según parece, una frecuencia mayor de hijos concebidos por FIV.⁴¹ Algunos estudios "científicos" de psiquiatría pediátrica llegan a hacer correlaciones y a mostrar un vínculo entre el autismo del niño y la madre tratada por esterilidad.⁴²

Están en curso algunos estudios psicológicos "científicos" sobre los bebés FIV; equipos de psicólogos observaron a éstos durante el sueño, así como la relación madre-hijo. Se han constatado trastornos del sueño y la alimentación, lo mismo que madres más depresivas que las otras, pero nada demasiado grave.⁴³ Volveremos extensamente al papel de los

⁴⁰ Cf. J.-P. Relier, M. Couchard y C. Huon, "La pédiatrie et la FIV", en *XXI journées de néo-natologie*, op. cit., p. 42.

⁴¹ Cf. las conclusiones del equipo pediátrico de Bicetre.

⁴² "Hay una frecuencia significativamente elevada de mujeres que experimentaron una esterilidad de por lo menos dos años entre las madres de niños autistas, en relación con las madres de los niños del grupo testigo. [Rosine Debray] llega a preguntarse si es forzosamente juicioso facilitar el nacimiento de esos niños, y concluye que "algunas mujeres expresan, a través de su infecundidad, algo de su imposibilidad profunda de asumir la responsabilidad de ser madres, y tal vez esto merezca respetarse". Cf. V. Scherr, P. Ferrari y P. Nasca, "Les accidents gynéco-obstétricaux et l'autisme de l'enfant", *Neuropsychiatrie de l'enfance*, vol. 38, núm. 7, 1990, pp. 393-399.

⁴³ A. Raoul-Duval, M. Bertrand-Servais y R. Frydman, "Étude prospective et comparative du devenir des enfants nés par fécondation in vitro et de leur mere", *Journal de gynécologie et obstétrique en biologie de la reproduction*, núm. 19, Masson, París, 1990, pp. 203-208.

psicólogos y psicoanalistas comprometidos en los procedimientos de la procreación artificial. Los estudios psicológicos pseudocientíficos que evitan toda seriación de los hechos en su sucesión y su literalidad caso por caso son significativos de su misión: sirven para legitimar las PMA y desculpabilizar a los médicos y las mujeres.

En cambio, no hay estudios exhaustivos sobre los antecedentes de salud de la madre, el padre o el entorno, y tampoco sobre los accidentes o abortos que a veces sobrevienen después de una FIV. Nos enteramos de estas cosas bajo la forma de anécdotas, por rumores o a través de los diarios. "Pueden ocurrir catástrofes, raras pero ejemplares: conocimos a una pareja en la que el marido, muy silencioso, se pegó un tiro en la cabeza el mismo día de la reimplantación embrionaria...", escribe Monique Bydlowski.⁴⁴ En las publicaciones femeninas pueden leerse historias presentadas como ejemplos de "mala suerte". El día en que la señora X da a luz trillizos concebidos con FIV, su marido se mata con su motocicleta; la pobre, ya sobrecargada con los tres bebés, se ve obligada a confiarlos a una institución: tan grande es su desconcierto; ella misma será internada a causa de una depresión. Nos enteramos de que en Lyon, el mismo día en que una pareja debe ir a buscar al hospital a los trillizos prematuros que tuvieron gracias a una FIV, la mujer le pide al marido que detenga el auto en un puente, desde el que se arroja.

El problema de los trillizos, cuyo número aumenta un 30% por año, es una consecuencia de las hiperestimulaciones ováricas. Se sabe desde hace tiempo que los embarazos múltiples por encima de mellizos plantean terribles problemas.⁴⁵ Recordemos el reciente testimonio de un hombre lleno de sentido común que apareció en la primera plana de los diarios al revelar que después de haber esperado un apoyo mediático, su familia, destruida por la llegada de trillizos, cayó en la miseria. *Libération* se hizo eco de ello con el título de "La llegada de los trillizos dejó en la ruina a la pareja".⁴⁶ La cuestión de los

⁴⁴ Monique Bydlowski, "Les infertiles", *op. cit.*, p.158.

⁴⁵ M. Garel y B. Blondel, "Problemes psychologiques et sociaux posés par la naissance de triplés", *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 19, núm. 4, París, 1991, pp. 306-310.

⁴⁶ *Libération*, 18 de enero de 1993.

embarazos múltiples, que está en el centro mismo de una medicina veterinaria, es muy complicada porque juega con probabilidades estadísticas. Se *sabe* que hay un riesgo *pero, pese a todo*, se intenta lo peor para tener lo mejor, es decir “el hijo”. El número excesivo será el precio a pagar por haber desafiado a la reticente naturaleza a fin de conseguir al menos uno. Tal mujer está embarazada de diez “unidades”; luego, tras una reducción, espera seis. ¿Cuántos nacerán? Los médicos dicen hoy que un embrión tiene un 7% de posibilidades de implantarse. Para obtener una proporción cercana a la natural (25%), por lo tanto, hay que implantar tres con la esperanza de tener uno, y es por eso que es “prudente”, se dice, proceder de ese modo. Nunca se vio a una pareja feliz de imaginar traer al mundo trillizos o más. Pero frente a semejante discurso de chantaje *soft*, los futuros padres no se atreven a exigir que sólo se implante un embrión para no tener más que un hijo, pues este único hijo correría serios riesgos de no salir a luz; como la técnica es pesada y costosa, es preciso maximizar las posibilidades. Por otra parte, ya bastante contentos con tener esa posibilidad, no exigen nada. A veces puede escucharse un tímido hilo de voz angustiada que con discreción susurra a su pareja que, pese a todo, tres sería demasiado. La suerte está echada, no tienen la opción del capricho, es el médico, empero, quien decide; en cuanto a la pareja, cruzando los dedos aguarda saber si, cuando se anuncie la buena noticia, no será seguida por una mala, la de tener hijos de más.

Los embarazos múltiples “son embarazos a los que siempre se considera de alto riesgo para los niños y para las madres”.⁴⁷ Este problema se asocia con el de la “reducción embrionaria”, intervención que consiste en interrumpir el desarrollo de uno o varios embriones supernumerarios, con un riesgo de aborto espontáneo que es grande: “La reducción consiste en matar un embrión que luego permanecerá en el útero hasta el nacimiento de los demás”. Según el testimonio de Francine Dauphin, partera: “Las parejas preguntan si se va a escoger, si los otros embriones sentirán algo, si el muerto se va a descomponer en el vientre”; luego del parto preguntan “si se encontraron señales de la criatura muerta”.⁴⁸ La

⁴⁷ Cf. “Embryons sacrifiés: silence du projet”, *Libération*, 20 de noviembre de 1992.

⁴⁸ Cf. “Embryons sacrifiés: silence du projet”, *Libération*, 20 de noviembre de 1992.

periodista escribe en ese mismo artículo: “Por un lado, las parejas que saben que sólo cuatro intentos de FIV serán automáticamente reembolsados por la Seguridad Social. Luego del tercer fracaso, pueden estar dispuestas a jugarse el todo por el todo. Por el otro, los equipos médicos que, para conservar la aprobación otorgada por el Ministerio de Salud, deben producir resultados. Algunos médicos no vacilan entonces en sobreestimular a una mujer o en reimplantar muchos embriones, sabiendo que después siempre podrán “reparar” su abuso mediante una reducción embrionaria”.⁴⁹ He aquí cómo se manifiesta el “sé bien... pero a pesar de todo”, vector de estas prácticas.

Otro problema difícil y torturante es el de los embriones congelados que se mantienen en reserva. Su destino es ya el de servir a un próximo intento de FIV de la pareja de padres biológicos, ya a otra pareja como donación, o bien ser ofrecidos tras un acuerdo a la investigación científica. Pueden igualmente ser destruidos por pedido escrito de sus padres o bien, en principio, al cabo de cinco años si nadie los reclama.

“Mis pequeños que están en el frío; pienso a menudo en ellos”, me dice una mujer. Aunque le repugna traer trillizos al mundo, pidió sin embargo una reimplantación de todos los embriones que tengan “una buena cabeza” y la destrucción de los demás, a fin de que no quede ninguno en el congelador: esta idea la persigue. Los embriones se observan en el microscopio. Se distinguen tres tipos de aspectos morfológicos diferentes, entre los cuales se decidirá luego el descongelamiento en función del número de que se dispone y de su aspecto, con el objeto de maximizar las posibilidades de éxito. Esta mujer confiesa que después de los mellizos, dudaba en tener otros hijos —a tal punto es cansador—, pero siente una obligación, un “deber” frente a sus “pequeños que están en el frío”, un deber que consiste en hacerlos nacer. Puede suceder que, con el tiempo, esos “pequeños” caigan en el olvido; se los considera entonces como abandonados. No se sabe qué se hará con ellos, sobre todo si se conservan durante mucho tiempo (tal vez varias generaciones); el stock de embriones congelados constituirá una

⁴⁹ En junio de 1992, *Le Monde* censó 23 878 embriones congelados y 1 792 abandonados.

reserva, pero, ¿para qué mercado? ¿Y cómo encontrarán estos “seres” su destino humano?⁵⁰

En efecto, la distancia que introduce el procedimiento del congelamiento entre el momento de la concepción de la criatura y el de su gestación y luego su nacimiento trastorna considerablemente las experiencias mentales relativas a la llegada de un hijo. Y en los casos de divorcio o separación que no son insólitos luego de las FIV, cuando la pareja dispone de embriones congelados, los litigios pueden ser terribles. Cabe recordar el debate jurídico sobre las cuestiones de pertenencia de los embriones de una pareja americana y de una australiana en trámite de divorcio.⁵¹

Por el momento, estos acontecimientos se transmiten como anécdotas lamentables, desgracias; se evita cuidadosamente seriarlos en función de la sucesión precisa de los elementos particulares de cada caso. Sin embargo, sería indispensable que se efectuaran estudios monográficos de los casos de procreación artificial, que tuvieran en cuenta los accidentes, enfermedades y acontecimientos serios producidos en oportunidad del nacimiento de las criaturas concebidas in vitro. El único trabajo válido sería el hecho caso por caso, que obligara a ordenar hechos, y entre éstos los de lenguaje, a fin de circunscribir una coherencia lógica para cada cronología particular. Desde ahora podemos formular la hipótesis de que la no fecundidad en tal o cual contexto preciso cumple una función en el mantenimiento de cierto equilibrio. La violencia de la FIV, tanto más fuerte por estar enmascarada por la dulzura y el altruismo, trastorna este equilibrio.

Se plantea la cuestión, siempre la misma, de los “límites que sería razonable observar”, de los tabúes que no deben superarse. Comprobamos que todos los que están involucrados en estas prácticas piden una ley. ¿Pero qué ley? En general, cada uno reclama una que limite los abusos advertidos en el otro. ¿Sobre qué base la ley va a establecer prohibiciones y qué prácticas va a legitimar?

⁵⁰ La reciente destrucción de los embriones congelados en la clínica del Belvédere, a causa del cese del consentimiento otorgado al laboratorio, indica con claridad que los científicos pueden considerar como un estorbo esos embriones que contribuyeron a crear y cuya paternidad no pueden sino desautorizar. Cf. *Le Monde*, 14 y 15 de mayo de 1993.

⁵¹ *Le Monde*, 2 de noviembre de 1989.

Una ley inconsistente

En la mayor parte de los países donde se desarrollan estas prácticas, existen proyectos de ley que apuntan a darles un marco jurídico. Sin embargo, la distancia entre proyectos de países tan vecinos indica que falta una línea de prohibición coherente y justa que se imponga operando una legitimación en el seno de los procedimientos de procreación artificial, a propósito de los cuales pudimos advertir de qué manera trastornaban los esquemas secularmente adquiridos de los modos simbólicos de la reproducción humana. Ahora bien, lo que está prohibido aquí está autorizado allá. Las diferencias de un país al otro son indicativas de una falta de puntos de referencia, de una confusión en “el problema del cara a cara de la Ciencia y el Derecho”.⁵² En su última obra, Pierre Legendre sostiene que “la biología es una pseudobomba”, frente a la cual “el derecho civil [...] debe reaprender a interrogarse sobre sus fundamentos, lo que supone renunciar a la cortina de humo de los discursos gestionarios y al tópico de un derecho que carecería de rigor [...]; si no, el pensamiento jurídico perecerá en cuanto tal, dejando a las sociedades contemporáneas ante el espanto del no-límite, es decir en duelo con sus demonios. A partir de ello, política y antropológicamente habría que temer lo peor”.⁵³

Por un lado, el proyecto español autoriza todo lo que pueda hacer la técnica con tal de que se lo solicite; por el otro, el proyecto alemán, riguroso, defiende desde el origen la identidad del futuro niño a nacer, no autorizando más artificio que un estricto “remedio” lo más cercano posible a la “naturaleza”: ni donación ni congelamiento ni anonimato de cobertura ni sustitución ni “disociación” de la maternidad.⁵⁴ En cuanto al proyecto francés, más hipócrita, parece querer legitimar lo que pueda hacerse técnicamente, al mismo tiempo que mantiene algunas salvaguardas burguesamente decentes para que la cosa no parezca ni demasiado loca ni sórdidamente mercantilista. En efecto, el legislador francés se declara dispuesto a legalizar unos procedimientos médicos ya efectivos —por otra

⁵² Pierre Legendre, *Les Enfants du texte. Étude sur la fonction parentale des États*, Fayard, París, 1992.

⁵³ *Ibid.*, pp. 135-136.

⁵⁴ Bernard Edelman, “D’un projet l’autre: France et République fédérale d’Allemagne”, *Pouvoirs*, núm. 56, PUF, París, 1991, pp. 34-51.

parte, se encuentran exactamente las mismas formulaciones en los textos de algunos médicos y en los del proyecto de ley. La ley se propone dar un cheque en blanco a las prácticas que hoy en día tienen un aval social, con la esperanza de instaurar así un “humanismo científico que está a la orden del día”.⁵⁵ Yo emplearía con gusto la fórmula de Bernard Edelman a propósito del proyecto francés: “Justifica el hecho consumado con un necesario complemento de corazón”.⁵⁶

El “complemento de corazón” es el “proyecto parental”, entidad ambigua que no tiene consistencia controlable pero que garantiza la necesidad de dos padres de sexo diferente para hacer un niño por nacer, aun por caminos de manipulación al margen del cuerpo y del sexo, cualquiera sea el sutil ballet de donaciones y sustituciones genéticas en el origen de su fabricación. La noción de proyecto parental avala la desconexión entre el parentesco biológico y el parentesco adoptante, hace valer sin más control la paternidad adoptante voluntaria y declarada de una pareja, condición para que el médico actúe. Una vez más, se reconocerá allí un efecto desviado de la distinción lacaniana entre padre simbólico, padre imaginario y padre real; lo importante, dicen los psicoanalistas y psicólogos, es el padre simbólico y no el padre real biológico. Aquí, el padre simbólico son *el-padre-y-la-madre* adoptantes, los que afirman a través de su demanda que “quien va a nacer de la FIV será nuestro hijo”, sin siquiera haber emitido una declaración semejante. El origen biológico, se piensa, no es el más importante, porque no tiene inscripción subjetiva, dado que es pura sustancia anónima. Y como esta distinción psicoanalítica es un comodín que conviene al *lobby* de las procreaciones artificiales, se hace uso de ella al margen de su verdadero contexto de validez. Se olvida hasta qué punto el padre biológico que transmite el patrimonio genético es fantasmáticamente portador de los significantes transmitidos en la filiación. Esta vez, se utiliza una teoría psicoanalítica en un sentido degradado, en otra ocasión se hará uso de otra teoría a fin de legitimar y encubrir prácticas que, en su mayor parte, tienen el valor de “transgresiones sacrílegas”.

⁵⁵ Y en *El proyecto de ley...*, *op. cit.*, puede leerse: “Este texto fue concebido con la intención de sentar las bases de un nuevo humanismo médico [...] respondiendo a los desafíos lanzados por los progresos de la biomedicina” (p. 5).

⁵⁶ R. Frydman, *Les Procréations médicalement assistées, Que sais-je?*, París, 1991, p.115.

El “complemento de corazón” es también la insistencia de la ley sobre la solidaridad de la donación desinteresada, anónima y gratuita para servir al proyecto parental de otro o para hacer progresar la investigación científica. No es posible sostener valderamente que uno puede donar cosas tan importantes como unos productos de su cuerpo, portadores del patrimonio genético de su linaje, como sus óvulos, su semen, “sus” embriones, al margen de un sistema de intercambio regulado simbólicamente.

Siguiendo los términos utilizados por Marcel Mauss en su célebre “Ensayo sobre el don”,⁵⁷ “en toda sociedad posible, corresponde a la naturaleza del don obligar a término. Por la misma definición, una comida en común [...], un talismán que se lleva, no pueden ser correspondidos inmediatamente. [...] La noción de término, por lo tanto, está implicada lógicamente”. Moustapha Safouan comenta así este pasaje: “Esta noción de término, “implicada lógicamente” en el intercambio, significa que el don es cedido en primer lugar contra una *promesa* explícita o implícita, mediante la cual quien da transforma al donatario en responsable; esto sería inconcebible sin el acuerdo previo de los dos interlocutores, no sobre una significación dada, sino sobre la regla en virtud de la cual ambos, donante y donatario, se constituyen como responsables, y que quieren que el don se pague en reciprocidad. De suprimir esta regla, el don se transforma en acto de omnipotencia...”. El don no podría definirse sin la “buena fe que supone la palabra”.⁵⁸ Hago mía esta lectura que propone Safouan de las tesis de Marcel Mauss.

Ahora bien, en las “procreaciones médicamente asistidas” la omnipotencia es la de quien dispone de los pseudointercambios, es decir, la institución médica. El único caso de donación donde puede haber intercambio de habla entre donante y donatario es el de la donación de ovocitos entre mujeres porque, la mayoría de las veces, la receptora debe encontrar una donante. Debe hacerle un pedido de donación, lo que ya modifica los términos del intercambio. A continuación, manteniéndose

⁵⁷ Marcel Mauss, “Essai sur le don”, en *Sociologie et anthropologie*, PUF, París, 1950 [“Ensayo sobre el don”, en *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos, 1971].

⁵⁸ Moustapha Safouan, *La Parole ou la mort. Comment une société humaine est-elle possible*, Seuil, París, 1993, pp. 78-80.

como principio el anonimato, los términos del intercambio se ocultarán y el objeto de la donación irá a regañadientes⁵⁹ a una desconocida a fin de borrar la identidad de la donante. En cambio, en lo que se refiere a las donaciones de semen y embriones, no habrá ningún encuentro que permita que se pongan en juego los términos del intercambio entre donante y donatario. El donante no es responsable. El acto se efectúa a ciegas dirigido a y a pedido de la institución médica en beneficio de desconocidos, teniendo aquélla la facultad de borrar las huellas de identidad. El acto de donar es movido por la satisfacción de un fantasma propio de quien cede su producto, lo suelta, lo abandona en un circuito totalmente anonimizado. No se trata de donación propiamente hablando. Estos procedimientos favorecen la puesta en actividad de ciertos fantasmas.⁶⁰ ¿El producto lo sabrá?

En suma, esta ley no prohíbe nada, autoriza las prácticas de procreación artificial, las legaliza y las legitima. Su meta es desculpabilizar a quienes se involucran en ellas al banalizar su uso; para ello propone un marco: nomenclaturas, codificaciones, etc. Si por el interdicto que promulga la legislación no afecta el mecanismo mismo que funda estas nuevas prácticas, si no obliga a renunciar a un goce por otra cosa, no tendrá un efecto verdaderamente simbólico, no inaugurará nada. Corre el riesgo de hacer más opaco aún para el sujeto el sentido singular del acto al cual se presta, acto que lo compromete, lo mismo que a su compañero y sus hijos. Ya demostramos ampliamente que los términos “pareja”, “proyecto parental”, “esterilidades médicamente comprobadas”, consentimientos y donaciones anónimas y gratuitas permitieron un desplazamiento de un alcance considerable. Bajo la capa de una mascarada de terapéutica de la esterilidad, se inauguran nuevos modos de procrear gracias a la maniobra tecnocientífica, dejando de lado un enfoque riguroso de la mencionada “esterilidad”. Por ejemplo, la ley no contempla el procesamiento de quienes lleven a cabo maniobras procreadoras en individuos médicamente sanos y cuya esterilidad carezca de causas

⁵⁹ Cf. notas 21, 22 y 23, anteriormente indicadas.

⁶⁰ Por ejemplo, “tener hijos un poco por todo el mundo”; es preciso interrogar a los administradores de los bancos de semen para tener una idea de los motivos que conducen a suministrarlo de manera desinteresada.

médicamente significativas,⁶¹ desde el momento en que los pacientes aceptaron con una inclinación de la cabeza esas maniobras, éstas serán consideradas válidas.

En cambio, a fin de legitimar las PMA, la ley prohibirá su aplicación a los casos considerados como socialmente extremos, los que se apartan del proyecto parental voluntario: así, estará vedado llevar adelante fecundaciones *in vitro* con los gametos de un difunto; del mismo modo, se prohibirá proceder a una fecundación *in vitro* de una mujer virgen, se rechazará un proyecto parental de dos padres del mismo sexo, quedará vedada la práctica de fecundaciones *in vitro* en mujeres menopáusicas en edad de ser abuelas (es probable que, al no precisarse la edad, las menopáusicas jóvenes puedan beneficiarse con ellas), el procedimiento de las madres portadoras estará prohibido. Tales situaciones se consideran como socialmente “monstruosas”, según criterios diferentes en cada ocasión, que no son regidos por consideraciones médicas sino por consideraciones dictadas por la moral social. Estos extremos, juzgados como caprichos desviados, así como los excesos eugénicos tales como los abortos terapéuticos luego de diagnósticos preimplantatorios por razones distintas a la enfermedad, serán excluidos por la ley una vez que ésta se vote definitivamente. Como lo dijeron Bernard Kouchner en la Asamblea Nacional y René Frydman en televisión, “sí a la medicina del deseo, no a una medicina del fantasma”; lo que hay que traducir por: de acuerdo en dar un hijo ante una demanda, pero no para satisfacer un capricho. Es evidente que resulta en extremo difícil distinguir seriamente, de manera jurídica y rigurosa, la demanda y el capricho. Además, cuando se presume de la utilización de términos psicoanalíticos consagrados, lo mínimo sería emplearlos en el sentido adecuado; ahora bien, de seguir a Freud, el deseo encuentra su sostén en el fantasma, deseo y fantasma marchan juntos. Y, como en la historia del caldero agujereado, repitamos que el término deseo no conviene para designar el resorte de esta medicina.

⁶¹ El profesor Lopès, de Nantes, observa una “asociación inquietante entre las estimulaciones de la ovulación y el cáncer de ovario”. Cf. P. Lopès y colab., “Cancer de l’ovarie et procréation médicalement assistée”, *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 21, nùm. 5, París, mayo de 1993, y *Le Monde*, 10 de junio de 1993.

La medicina de la reproducción es un eslabón activo de una máquina comprometida en una lógica en la que no se sabe identificar con claridad a los participantes. Avanza sin capitán. Esta medicina contemporánea constituye una fuerza que conviene a las leyes del mercado; consiste en acelerar un movimiento que no controla.

Me parece que la inconsistencia de la ley propuesta a la votación de la Asamblea obedece al hecho de que el legislador no es otro que el médico o el biólogo. No está construida a partir de otro lugar de exigencia y discurso que aquel donde se elaboraron y construyeron los procedimientos de la PMA. Del mismo modo, los comités de ética están compuestos por especialistas, con mayoría de médicos y biólogos, como si se pudiera ser juez y parte, como si la ética dependiera del especialista.

Con la entrada en juego de las técnicas médicas procreadoras en el círculo íntimo del encuentro de los sexos, la mutación trastornó el juego de las posiciones entre símbolo y sustancia. En efecto, "antes" la criatura era el resultado somático de un encuentro sexual fecundante porque éste tenía una elevada carga de sentido simbólico. Paso a paso, se deshizo el resorte simbólico de ese encuentro, el anhelo de un hijo resultó aplastado en su mismo nombre. Para el discurso médico, una criatura es el resultado del encuentro de gametos, el embarazo la puesta en funcionamiento de sustancias hormonales y el parentesco una decisión de adopción referida a un objeto hecho de sustancias. Para la procreación médicamente asistida, hoy en día el deseo sexual está oficialmente arrumbado. Según el saber médico, en primer lugar es necesaria una manipulación de sustancias y cuando, con la ayuda técnica, se fabrique el objeto, recibirá la marca del símbolo, como una marca de pertenencia: su inscripción de estado civil. Pero, ¿qué marca será la buena? ¿La del portador de gametos (¿pero cuál, el macho o la hembra?)? No. ¿La marca de la mujer gestante? No. ¿La marca del "proyecto parental"? Sí. El *pater semper incertus*, suspensión decisiva necesaria para la articulación del deseo sexual con la palabra dada de los amantes, se encuentra hoy reducido a la borradura. Podría decirse que las procreaciones artificiales intentan borrar el artificio de la ley del padre y el montaje de la diferencia de los sexos, que siempre son sintomáticos.

Frente a esta descomposición, frente a esta desarticulación del sexo con respecto al parentesco, por lo tanto con respecto a la paternidad, hay un extravío. Para hacer frente al angustiante quebradero de cabezas del riesgo de borradura de las huellas del origen, se elaboran entonces

contratos jurídicos por anticipado, lo que demuestra que no se puede borrar impunemente en su fuente los símbolos que balizan el deseo. Sin embargo, en el principio mismo de la fecundación artificial hay una borradura semejante. Los contratos jurídicos intentan poner un dique al extravío en cascada inducido por las cuestiones de pertenencia —la de la nominación de las sustancias provenientes de uno o de otro o de un tercero anónimo, y la de los embriones (múltiples, tienen una cifra ordinal)—, pero en ningún caso pueden restaurar el impacto de los símbolos del deseo erradicado por el sometimiento a la maniobra técnica. En la incapacidad de formular una prohibición que detenga esas prácticas desubjetivantes, se intentará reforzar las identidades a través del derecho.⁶²

Cuando la cosa funciona

Hay cierta eficacia en las procreaciones artificiales, criaturas que nacen así. No hay que creer, sin embargo, que es sólo la ley de las sustancias la que ha funcionado, también actúa una parte de la subjetividad. Desde el momento en que se habla entre médicos y pacientes, hay juego, equívocos, y pese a todo el deseo puede comenzar a circular, lo que no es identificable como tal por las estadísticas. En efecto, a pesar de la estructuración de la operación por la escritura codificada que hace callar a los pacientes y los ausenta, los médicos, los experimentadores, las enfermeras hablan a su lado, no sólo hacen manipulaciones, dejan caer pequeñas frases, ponen en acto símbolos. Comentan sus gestos, dan medicamentos que tienen nombres, practican análisis que también los tienen, pronuncian palabras personales. Los médicos desean y gozan con su práctica médica procreadora, eso se entiende. Algunos, más solitarios, lo dicen de manera casi golosa: “¡La cosa me encanta!” O también: “¡Todo es cuestión de contacto!” Para otros, es el equipo: “Hay que saber que cada equipo conoce periodos eufóricos, donde los resultados son excelentes, que son sucedidos por periodos tristes vincu-

⁶² Cf. J. Testart, *LeMagasin des enfants*, *op. cit.*, y más en particular los artículos de F. Laborie, L. Vandelac, L. Gavarini, V. Marange y M.A. Hermitte.

lados con resultados mediocres, aunque en la marcha del programa aparentemente nada haya cambiado”.⁶³

Oscuramente, los pacientes conjugan su deseo con el de los médicos, aun cuando teóricamente el saber médico lo niega al creer en la pura técnica validada estadísticamente, lo que evidentemente no existe.

Adelantemos que es el alcance deseante del acto médico el que tiene eficacia. Es por eso que así nacen niños, aunque se ignore su resorte. Lo que prima, en este caso, ya no es el deseo sexual de un hombre por una mujer, sino el deseo de éxito propio del médico, redoblado por la distancia que manifiesta o no con respecto a su técnica. Esto, justamente, puede tener un poder fecundante, como lo señalamos en relación con los “clínicos ejercitados”. Pensemos en lo que puede ser la gravedad de la puesta en escena y de la palabra que pronuncia el médico en el momento en que deposita el embrión en el útero de la mujer. Ese momento puede tomar en ocasiones el aspecto de un acto sagrado. Testart cuenta: “Había en ese teatro de la medicina de punta un ambiente más místico que en la iglesia [...]; yo decía “;Señora, está usted embarazada!”... Durante esta ceremonia nada se dijo con palabras [...] la música era tan hermosa que hacía llorar. Cuando algunos minutos más tarde ella se reunió con su marido, sólo dijo: “Hice el amor con los tres” [eran tres operadores]”.⁶⁴

La procreación artificial pone en juego una dinámica completamente distinta a la de la procreación que se tiene la impudicia de calificar de “natural”. En efecto, en la procreación artificial una mujer, intercambiable, se presta al goce del otro (el médico) para tener un hijo —signo de éxito—; mientras que en el amor, una mujer determinada provoca el deseo de un hombre, condición de un goce para nada. La diferencia es enorme.

Cuando de una fecundación *in vitro* sobreviene un embarazo, hago la hipótesis de que algo del deseo del médico o de los técnicos se articuló con el deseo reprimido de los miembros de la pareja, futuros padres, a tal punto que funcionó la implantación del embrión y se desarrolló un

⁶³ R. Frydman, *Les Procréations médicalement assistées*, op. cit., p. 66.

⁶⁴ Es así como J. Testart describe una fecundación *in vitro* de la época heroica; cf. *De l'éprouvette au bébé-spectacle*, ed. Complexe, París, 1984.

embarazo, sostenido por significantes hasta entonces desarticulados; tal o cual acontecimiento significativo habrá suprimido la denominación de “mujer estéril”. “Los ginecólogos lo presienten claramente, al constatar con honestidad que un importante porcentaje de embarazos espontáneos (hasta 5%) —que representa casi la mitad de los resultados totales obtenidos por procreación artificial con toda la instrumentación técnica— es obra de parejas infértiles luego de la mera inscripción en la lista de espera: como si, en esos casos, la aceptación médica, la admisión en el protocolo, bastaran para eliminar una infertilidad de varios años”,⁶⁵ escribe Monique Bydlowski. Este “efecto de lista” se estimó recientemente en un 10%.⁶⁶ Otros médicos van más lejos en sus comprobaciones, al decir que “quienes no hacen nada tendrán resultados casi equivalentes a quienes utilizan las técnicas más sofisticadas: no siendo la mayor parte de las esterilidades, en realidad, sino hipofertilidades”.⁶⁷

Tomemos el ejemplo de una pareja a la que se haya calificado de “hipofértil”, pero no estéril, como posible consecuencia de las secuelas de enfermedades anteriores. Se efectúa finalmente una FIV y se obtienen embriones que no se implantan. Luego se intenta otra con semen de un donante, lo que funciona de inmediato y da como resultado un varoncito. La mujer se convence entonces de que la infertilidad venía del marido, creía que todo era “culpa” suya y quedó encantada con el semen del donante anónimo. Su fantasma había sido satisfecho por el dispositivo propuesto, el indicio de esta interpretación es el placer manifiesto con el cual conectaba alegremente la “culpa” del marido con el éxito inmediato debido al semen del donante.

No hay motivo para indignarse con una actitud semejante: ésta confirma que la actualización de los significantes del deseo presente en el fantasma puede desencadenar un embarazo. En estos casos, el dispositivo de la FIV da cuerpo al fantasma, permite su realización. Es así como funciona la fecundidad humana.

⁶⁵ Monique Bydlowski, “Les infertiles”, *op. cit.*, p.158.

⁶⁶ Didier David: comunicación a las XXIII *Journées Nationales de néo-natologie*, París, 28-29 de mayo de 1993.

⁶⁷ B. Hédon y P. Boulot, “Les résultats de la prise en charge de la stérilité”, *Contraception, fertilité, Sexualité*, *op. cit.*, vol. 20, núm. 2, París, 1992, p. 16.

Otro ejemplo: una mujer de 25 años sufre una infertilidad secundaria después de tres abortos voluntarios. Sus trompas no están en buenas condiciones, pero dejan pasar el líquido de contraste. No obstante, se le propone una FIV e incluso extirparle las trompas para evitar los riesgos de infección y de embarazos extrauterinos durante las FIV (prevención obliga: por qué no esterilizarla, eso permitirá hacer más apropiadamente una FIV). A esto ella reacciona diciendo: “¿Es una operación para volver a colocar al niño?” Sus palabras siguientes lo confirmarán, para ella fue una “operación” la que le quitó sus hijos, es una “operación” la que se los devolverá...

No cabe dudar de que los procedimientos de procreación artificial, como muchas otras cosas, pueden ofrecer el soporte decisivo a la puesta en escena del fantasma particular portador del resorte del engendramiento para tal o cual sujeto. Esto funciona sin el conocimiento de los actores. Es por eso que los médicos aferrados a estas técnicas no percibirán tan pronto la apuesta que las anima.

Un rumor, a menudo confirmado, nos dice que cuando las mujeres están en el trámite del protocolo de inseminación artificial con donante anónimo o en el proceso de la FIV, algunas se permiten tener aventuras extraconyugales, lo que muestra que no les resulta fácil aceptar la idea de la concepción al margen del sexo. Esto corresponde tal vez al hecho de que el protocolo médico pone en juego una forma de concepción adulterina, al mismo tiempo que la protege de la ilegitimidad. Por último, no se sabe a qué se deberá el resultado si la fecundación funciona, lo cual es una manera de volver a introducir el *pater semper incertus*. Ellas siempre encuentran alguien a quien confiarlo discretamente, en un aparte. ¿El hecho de que un testigo haya recibido la confidencia sirve para dejar una huella a fin de que el niño pueda conocerla algún día? ¿Sirve para abrir una pequeña brecha en el totalitarismo de la creencia en la técnica?

Todos estos casos de aciertos se integran, desde luego, en las estadísticas de éxitos de las FIV, de manera justificada sin duda, pero no forzosamente por las razones “científicas” que se proponen.

Las mujeres infértiles que se involucran en un protocolo de FIV se someten a una verdadera vía dolorosa hecha de gestión de hormonas en altas dosis, análisis de laboratorio, idas y venidas al hospital, elecciones terribles referidas a la cantidad de embriones a implantar, el congelamiento de los que se quiere conservar en caso de fracaso, la reducción de los embriones supernumerarios en caso de embarazo múltiple y

la pavorosa decisión concerniente al destino de los que no se utilicen. Para estas mujeres, todo esto funciona sin palabras, en una especie de ausencia más o menos sonriente y dócil, de manera desubjetivada. ¿Y si su mutismo fuera el signo de un goce sin saberlo, en una ausencia? Ofrecidas, preservadas y frías.

¿Los procedimientos de la procreación artificial no inducen nuevos modos de inscripción? En ese caso, sería el modo “hembra puro cuerpo”, que yugula, disipa todo intento de subjetivación de un deseo anudado al anhelo de un hijo: un modo tranquilizante en ciertos aspectos. La medicina se ocupa de todo; a cambio, se participa dando el cuerpo como un mueble inerte, sometido a un saber que se quiere totalitario, en la medida en que enmascara muy bien sus fallas, sus tropiezos y a veces sus extravíos.

Un cruel engranaje

¿Pero qué quieren los médicos de la procreación? ¿Quieren controlar la fabricación de una criatura para que tenga las mayores posibilidades de vida y salud según el anhelo de sus padres?

¿No quieren dejar hacer al enigma del deseo siempre susceptible de riesgos, porque el deseo siempre surge de lo ignorado? ¿Quieren limitar el caprichoso poder femenino de dar a luz? Hay un riesgo, dicen, en “dejar hacer a la naturaleza”, un riesgo de muerte. El deseo sexual se articula con la muerte, es ineluctable. El deslizamiento que opera la medicina de la procreación consiste en sospechar que aquellos (o más bien aquellas) que no recurrieron a ella son potencialmente asesinos, criminales por no haber hecho a la criatura con el respaldo médico, o por haber preservado un hijo “no deseado”. Acusado y enfermo de antemano, uno se remite a la medicina que sabe, para conjurar la eventual mala suerte y desculpabilizarse por anticipado, para prevenir la posible desgracia. Así, esta medicina sólo se mantiene si se la supone saberlo todo: uno u otro día, sabrá lo que aún no sabe. Los deslizamientos hacia unos imperativos de prevención son lógicamente inevitables: de una medicina a pedido de las mujeres se pasó a una medicina a pedido de los médicos. El discurso sobre la amenaza contaminó toda la práctica médica de la procreación, no solamente el dominio de las PMA.

Una mujer queda embarazada voluntariamente de su segundo hijo; resulta que tiene calambres en las articulaciones e insomnio desde el día

presunto de la concepción. Este síntoma se declaró antes de saberse embarazada. Su cansancio la inquieta, está convencida de tener un virus y se hace análisis. Estos no revelan nada anormal; no obstante, teme una eventual malformación del niño, no establece la relación de causa a efecto entre la llegada de su embarazo y la aparición de los síntomas, que no había tenido durante su anterior gravidez. Siendo ella misma médico, se persuade de que tiene una enfermedad aún no conocida. Sin embargo, sabe que hay un porcentaje importante de casos que presentan este tipo de síntomas y para los cuales no se encuentra ninguna causa médica significativa; entonces “los síntomas desaparecen como llegaron”, dice. Pese a todo, solicitará preventivamente el aborto, como para proteger a la criatura, con el dolor de suprimir así un hijo querido. Durante una discusión con ella, se le sugiere que esos síntomas tal vez sean una reacción a la aparición del embarazo, pero nada hará mella en su decisión de abortar sobre la base de la certeza de un saber médico que todavía no se posee.

Tales situaciones paradójicas hacen perder los puntos de referencia: a tal punto el riesgo mortal o de anormalidad devasta todos los otros modos de saber. El indicio de un deseo se pierde por completo frente al imperativo categórico aterrorizante del “nunca me lo perdonaría... me lo habían prevenido”.

La amenaza del riesgo cae como un saber absoluto, las pacientes adhieren de buen grado a ese saber sólido que tiene respuestas para todo y protege de las responsabilidades. Pero cuando se cree demasiado en el saber médico sin examinarlo, las paradojas también pueden invertirse.

Al haber llegado a la menopausia, confirmada médicamente por dosaje hormonal, una mujer recibe de su ginecólogo un tratamiento de sustitución. Un buen día se da cuenta de que está engordando y que tiene trastornos intestinales. Inquieta, consulta a su ginecólogo y luego a otros médicos. No se encuentran motivos para sus síntomas. Sigue preocupada durante varios meses hasta que alguien de su entorno le dice ingenuamente: “¡Pero estás embarazada!” Responde que es imposible; ya había hecho la pregunta a sus médicos, que habían excluido totalmente la eventualidad. Sin embargo, tenía un embarazo de cinco meses. Aterrorizada por esta noticia impensable, solicita un aborto terapéutico que, por añadidura, la obliga a presentarse ante una comisión médica para obtener la autorización de hacerlo de manera “terapéutica” con cinco meses de embarazo.

Esta historia extremadamente penosa no tiene otro interés que el de subrayar con qué grado de certeza médicos y pacientes creen en el saber médico, que marca un acontecimiento del cuerpo femenino, al punto de ocultar todo otro modo de saber. El error médico es sin duda posible y el saber es parcial, al menos hay que tener la modestia de reconocerlo; ahora bien, la mayor parte de las veces el sistema médico opone a esta exigencia una negativa opaca.

En efecto, puede suceder que algunos intentos médicos fracasen y que la criatura se vea gravemente afectada (prematuridad, malformación, muerte in utero o al nacer). Tal o cual paciente, alcanzada en el corazón mismo de su confianza, buscará entonces una lógica a la desventura particular que se desarrolla en ella, que la atraviesa. Echarle la culpa a la mala suerte no le impedirá sentirse responsable, querrá saber quién, entre ella y sus médicos, está en falta. ¿Depositó demasiada confianza en la medicina sin mantener un ojo vigilante? Al intentar comprender así el encadenamiento causal de los fenómenos, al buscar una razón del fracaso, pensará en un error médico. Interpelado, tal o cual médico podrá ponerse por sí mismo en la posición de responsable, posición, sin embargo, inaceptable. Brindará razones para disculparse y situar la culpa en otra parte, a menudo por el lado de la “naturaleza”.

Como consecuencia del diagnóstico tardío de una malformación del feto hecho a partir de una ecografía, se lo opera in utero. El niño muere; es un segundo hijo. Cuando la madre despierta, ya no está embarazada porque el niño murió durante la operación. ¿Hay que enterrar o no a este niño al que ya llamaba por su nombre de pila? La mujer preferiría no hacerlo y olvidarlo todo, tal es su preocupación. Se confía a mí, a quien una enfermera perturbada por la desgracia llamó en su ayuda. Recuerda con vértigo que durante este segundo embarazo no sentía en sí misma al niño, a diferencia del primero, que estaba muy vivo, muy presente en ella: “¡No había nadie allí! Es extraño, ¿no le parece? ¡Nadie!”. Este segundo niño había sido intensamente querido, para que el mayor no fuera hijo único; había sido preciso forzar un poco las cosas para hacerlo llegar, tal vez con estimulaciones. Es curioso, piensa, que el que no sentía tuviera una malformación y muriera antes de nacer. “¿Cree que hay una relación?”, me pregunta. ¿Quién podría decir una cosa parecida?

La reflexión hizo su camino. Consultó entonces a sus médicos sobre una eventual conexión entre el hecho de que se la hubiera asistido para

quedar embarazada y el de que este embarazo haya salido mal. Este interrogatorio angustiado fue insoportable para el médico: equivalía para él a una acusación de asesinato, quizás porque lo interpelaba sobre su responsabilidad en la decisión de una operación arriesgada que había fracasado gravemente. Puesto en ese lugar, el médico, sintiéndose culpable, temió lo que pudiera haberse dicho entre esta mujer y una “psicóloga”. Sin decírmelo, me acusará de haberle permitido hablar, por lo tanto pensar y, en fin, interrogarlo. Hubo una muerte, se busca a los culpables.

Hay una coincidencia entre la ideología de una medicina poseedora de un saber sin fallas, absoluto y totalitario, que anula todo otro saber, y la creencia delirante en que se puede hacer el hijo que uno quiera cuando se quiera.

El “daño” específico de la relación madre-hija lo definimos como lo que debe realizarse efectivamente entre ellas, aquello que deben enfrentar hasta toparse con una pared, al punto de aprender a renunciar al “goce de la madre”. Atravesar la prueba del daño se revela inevitable. Sobre todo en los diferentes momentos en que una mujer entabla su relación con el niño, ocurren entre madre e hija experiencias violentas: la hija reconoce a su madre el poder de sustraerle, de arrebatarle su feminidad erótica y maternal. Estas pruebas no son unilaterales. Una mujer pudo decirme: “Ser la madre de una hija es una calamidad como no hay otra igual, salvo la de ser hija de una madre”.

Cuando una mujer evitó las insoportables pruebas del “daño” con su madre, en los momentos claves en que es interpelado su cuerpo “femenino”, ¿la amenaza de “goce de la madre” no encontrará un refugio en las prácticas de la procreación médica? Un refugio, es cierto, pero un refugio de extinción: es así como puede darse cuenta de la participación de las mujeres, sonrientes y dóciles, bajo un discurso hipernormalizado y vacío en el todo. Lo que se dice ya fue dicho por el otro y se comenta con un “es normal”. Sin embargo, cuando una mujer se retira del refugio, el “goce de la madre” muestra entonces su cara persecutoria y aquélla no comprende lo que le ocurrió.⁶⁸ Puede escucharse hablar de “tortura

⁶⁸ Hay que ver el film *Éprouvante Éprouvete*, de Nathalie Magnan, en el cual se entrevista a mujeres que hicieron intentos de FIV. Hayan éstos funcionado o no, todas ellas dan testimonio de una prueba subjetiva torturante y persecutoria.

sorda”, “horror mudo”, pero entonces se le señala que no puede responsabilizarse más que a sí misma.

Una mujer había venido especialmente para anunciar a sus médicos que renunciaba a todos los intentos de fecundación in vitro porque súbitamente había comprendido su alienación. Deseaba que conocieran “el espantoso calvario que había soportado sin saberlo” durante las procreaciones artificiales; ahora iba a “vivir”, los había soltado. Quiso hacerse escuchar, pero a cambio de esto recibió una acogida benévola y sonriente que anulaba todo enfrentamiento violento. Se le respondió que era libre de hacer lo que deseara y volvió a partir con su enhorabuena...

Una vida más = una muerte menos

Antes de cerrar este testimonio, volvamos a las procreaciones artificiales para plantear la cuestión que se impone: ¿qué encarna entonces la medicina para representar el lugar de destino de esta demanda contemporánea de prevenirse de los avatares del sexo en su vínculo con la procreación? ¿Qué es lo que atrae, pese a los numerosos fracasos que no son verdaderamente enmascarados? ¿Es el hecho de tener un hijo concebido al margen del cuerpo, al margen del acto sexual, según ciertos fantasmas que el dispositivo técnico, como un dispositivo inverso, puede reactivar?

¿El hijo que desafía el *pater semper incertus* es necesario para anudar la palabra con el deseo de los amantes, necesario para que haya padre? ¿Se trata de hacer un rechazo despreciativo a la función paterna? Puesto que con la procreación artificial se sabe sin ninguna duda quién es el donante de semen, salvo cuando se ha optado por un “donante anónimo”; en este caso se sabe quién no es, incluso se lo sabe en demasía.

¿El bebé no es también hecho sin tacha, hecho justamente por la ciencia médica y biológica, al margen del sujeto, no llevando al principio ninguna huella de la discordancia del acto sexual, de la diferencia subjetiva de los sexos, ninguna marca de los anhelos de muerte que frecuentan a todo anhelo de un hijo? Ninguna huella de historia. Esta tentación enmascara también una demanda reivindicativa que es el meollo de la transferencia. Ya se dijo que, si se formulara, esta demanda sería así: uno acude a los doctores pues se les debe el haber salvado a madres e hijos, pero además el haber esterilizado gracias a la contracepción y el aborto voluntario. Por lo tanto, es a ellos a quienes se les pide el hijo que tienen

el poder de hacer revivir o volver: “¡Devuelvan a la criatura!”, tal sería el mandato reivindicativo, enmascarado tras la demanda suplicante.

Otra versión de la insistencia de la demanda sería: la mejor manera de liberarse del tormento, de la obsesión de un hijo, es hacerlo nacer, darle cuerpo; si no, su fantasma que insiste de manera obsesionante puede permanecer en manos de los doctores, es ahí donde se va a buscarlo. Notemos que es ahí donde verdaderamente están hoy en día, no en el fantasma, sino bajo la forma de embriones congelados conservados durante años.

Los fantasmas de hijos muertos asedian a la infertilidad, ya sean los de generaciones anteriores o los desaparecidos a causa de abortos espontáneos o voluntarios. Se va a intentar reemplazarlos pidiendo a la medicina que contribuya a su fabricación. De la pluma de René Frydman, encontré esta frase sobrecogedora: “Un nacimiento más es, en cierta manera, una muerte menos”.⁶⁹ Si verdaderamente se trata de un “nacimiento más”, ese “más” designa el forzamiento que constituyen los nacimientos concebidos in vitro que, de otra forma, tal vez no habrían tenido lugar. Esos nacimientos evocan también los de numerosos niños “de más”, nacidos gracias a la medicina que los salvó, y los que están de sobra. Pero en esta contabilidad aquellos están directamente vinculados con “la muerte menos”, lo que parece desafiar la irreversibilidad de la muerte consumada y afecta al fantasma del reemplazo de un muerto como borradura de la muerte, o fantasma de inmortalidad. Lo que equivale a borrar el espacio donde se despliegan los cultos que, al responder a la llamada de los muertos, intentan edificar una frontera entre éstos y los vivos. ¿Estas prácticas no intentan hacer desaparecer la muerte?

En la “sociedad del espectáculo”,⁷⁰ el espíritu científico perdió su autonomía, se degradó en cientificismo. Los procedimientos de PMA pueden inscribirse en la ley general del funcionamiento espectacular cuya fórmula es: “Todo lo que puede hacerse debe hacerse”. Y: “El instrumento que se puso a punto debe ser empleado, y su empleo reforzará

⁶⁹ René Frydman. *L'Irrésistible Désir de naissance*, op. cit., p. 220.

⁷⁰ Remito al lector al libro esencial de Guy Debord, *Commentaires sur la société du spectacle*, ed. Gérard Lebovici, París, 1988 [Comentarios sobre la sociedad del espectáculo, Anagrama, Barcelona].

las condiciones mismas que favorecían este empleo”.⁷¹ Así, las PMA, que serían procedimientos justificados en ciertos casos precisos y limitados según un espíritu científico independiente, se aplicaron subrepticia e insidiosamente a todos los casos. Siguiendo a Debord, “la paleta de los colores que convienen a un retrato de la sociedad del espectáculo” debería captarse como: “falaz, engañadora, impostora, seductora, insidiosa, capciosa”.⁷² ¡Frente a los escollos posibles debidos a los deslizamientos de dirección, a las amalgamas de término, a los secretos sobre el origen biológico, a las facilidades económicas de las prácticas de PMA, “el espectáculo concluye únicamente en que carece de importancia”!⁷³

Los medios no vacilan en proporcionar aplicaciones espectaculares a unas posibilidades técnicas que ya se ejercen sobre los animales: “¿Por qué no realizar quimeras humanas? ¿Es posible?”, lanza la periodista Martine Alain-Regnault al biólogo invitado, que responderá que es posible pero que carece de utilidad. “¿Por qué no realizar entonces el clonado humano? Por ejemplo, para constituir reservas de órganos para todos”, prosigue maliciosamente la periodista. La televisión proporciona sin vergüenza, como quien no quiere la cosa, el alimento de nuevas ficciones locas. ¿Se cree así saber más de ello?⁷⁴

Así entendida, la “sociedad del espectáculo” promueve a buen precio un fantasma de inmortalidad que se consume muy bien. Volvémonos a Dany-Robert Dufour, que escribe a propósito de nuestra época contemporánea: “En efecto, no es únicamente el fin de las relaciones de filiación lo que anuncia el Superhombre, es también el de las relaciones hombre-mujer ...Querer poner fin a la muerte y acceder a la eternidad pasa entonces por la necesidad de terminar con esta división [de los sexos] responsable del fatal engranaje”.⁷⁵ La parte de su demostración que se aplica a las técnicas biomédicas consiste en proponer que una nueva lógica, binaria esta vez, intentaría imponerse por el aplastamiento de la lógica trinitaria que, mediante el pasado, daba un lugar estructural

⁷¹ *Ibid.*, p. 88.

⁷² *Ibid.*, p. 52.

⁷³ *Ibid.*, p. 43.

⁷⁴ Cf. el programa de televisión *Savoir plus* [Saber más], “Peurs sur l’embryon humain”, France 2, 31 de mayo de 1993.

⁷⁵ Dany- Robert Dufour, *Les Mysteres de la trinité*, Gallimard, París, 1990, pp. 432-433.

al sexo y la muerte. “La binaridad excluye la muerte y el pensamiento que la acepta”.

La lógica binaria impuesta por las prácticas de PMA entre alma y cuerpo, entre la satisfacción de la demanda de un hijo (“medicina del deseo”) y la manipulación de las sustancias fuera del cuerpo (el protocolo), hace que toda palabra calle. Es una prevención contra la muerte. ¿Es por la obsesión del asesinato? Pero esta muerte que asedia al discurso binario de la medicina del riesgo, como a la de las procreaciones limpias, no es la muerte inscrita en la vida. El fantasma de inmortalidad que transmiten los medios es una tentativa de negar la muerte inscrita en la vida, es “la muerte menos” gracias a “una vida más”. Como tales, vida y muerte no entran en una contabilidad aritmética donde la suma equivaldría a sustracción de sustracción.

La muerte que golpea es la que no previene, la que nunca se conocerá, cuyos efectos son incalculables, la que se inscribe en una sepultura porque está para siempre afuera. Es aquella cuya presencia constituye el riesgo del deseo sexual, es la que asedia al desafío erótico, el erotismo que, recordemos la definición de Georges Bataille, es “la aprobación de la vida hasta en la muerte”. Esa muerte nos es negada por la medicina espectacular a la cual nos sometemos blandamente. Hoy, la muerte retorna de la manera más trágica a través de la enfermedad del sida, transmitida por el sexo y la sangre.

La mutación que se efectuó obedece a la ruptura entre goce sexual y procreación. La indisociable unión del acto sexual a sus fines procreadores, condición exigida por siglos de cristianismo, fue transgredida gracias a la medicina de la procreación. En lugar de incitar a cada uno a sostener una nueva posición ética, esta vez atea, con respecto a esta unión/disyunción entre goce sexual y procreación, el espectáculo nos empujó hacia la fascinación por esta sustitución de lugares entre el discurso cientificista y el discurso religioso. La ciencia se convirtió en una nueva religión, es ella quien se ocupa de lo sagrado, es ella quien da sentido al alumbramiento, es ella quien apacigua los corazones, quien hace de una vida más una muerte menos.

La muerte de Dios que Nietzsche anunció es la muerte de un Dios Padre al que se supone deseante, de un deseo que garantizaba los otros deseos en cadena, en las generaciones y en el vínculo social. Hoy, en las sociedades de mercado donde los términos de la filiación se convierten en mercancías, cada uno está encargado por sí de los

vínculos en la generación, debe responder por sí mismo del vínculo en la filiación, debe tejerlo, ya que la garantía en cadena dada por los ascendientes desaparece.

Digamos que el “derecho al hijo” para cada uno es la forma contemporánea que permite prevenir el escamoteo del deseo sexual: es un llamado a un enganche mínimo a lo que se cree es una filiación simbólica. Frente al riesgo de verse puro objeto de una maldición de época, sometidos a una fatalidad de desecho sin recursos, se reivindica el eslabón mínimo del parentesco; a cada uno su hijo, cualquiera sea su sexo, al margen del sexo. En esta lógica, ya no hay ni hombre ni mujer, las mujeres ya no son objeto de deseo y los hombres ya no procuran adquirirlas según las reglas del intercambio. Puesto que el vínculo de la generación está comprometido.

Detengámonos un momento en la historia de María P., cuyo marido murió accidentalmente cuando acudía a su cabecera el día del aborto natural de sus preciosos mellizos por fin concebidos por FIV y luego de numerosos intentos infructuosos. La reimplantación de los embriones congelados que quedaban le fue negada por el comité de ética y luego por la justicia. Hoy, ella se declara dispuesta a “batirse y a llegar hasta el final” para tener a cualquier precio un hijo de su marido ahora fallecido.⁷⁶

Con el “derecho al hijo”, cada padre, al inscribir a su niño como descendiente, hijo o hija, arrima al mismo tiempo su propia identidad, a la que siente como amenazada. La existencia de “su” hijo le daría, en cuanto padre, la garantía mínima de ocupar un lugar en una generación.

Traducción: **Alice Cohen**

⁷⁶ Cf. *Savoir plus*, 31 de mayo de 1993, así como *Libération* y *Le Jour*, 12 de mayo de 1993.



De izquierda a derecha:
Gabriela Cano, Araceli Mingo, Mary Goldsmith y Hortensia Moreno.

Fotografía: Lorena Alcaraz