

Maternidad diferida: un abordaje moral

Esteban Rubinstein

Médico de familia del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.
Director de la editorial del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.
Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Reproducción 2015;30:99-107

Reproducido con autorización de *Revista Evidencia*, actualización en la práctica ambulatoria

Resumen

A través de varias viñetas clínicas y de algunas discusiones que tuvo con otros colegas, y en el contexto de los avances tecnológicos que permiten la congelación de óvulos con el objetivo de diferir la maternidad, el autor reflexiona sobre cómo fue cambiando su perspectiva "moral" respecto de algunas posibilidades reproductivas actuales.

Palabras claves. Maternidad diferida, moral, reproducción, tecnología.

Deferred motherhood, a moral approach

Summary

Through several clinical vignettes and some discussions with colleagues, and in the context of technological advances that allow egg freezing with the aim of deferred motherhood, the author reflects on how it was changing his moral perspective about some current reproductive possibilities.

Key words. Deferred motherhood, moral, reproduction, technology.

La maternidad diferida es la situación en la que una mujer congela sus óvulos para utilizarlos más adelante. Esta técnica recién logró implementarse en la primera década del siglo XXI y se trata de un

desarrollo tecnológico que forma parte del mundo de la fertilidad asistida, un universo muy interesante. Más que interesante diría que la fertilidad asistida es un tema que me gusta mucho porque constantemente nos convoca y nos plantea nuevos paradigmas. También me gusta porque es un lindo ejemplo para mostrar cómo, en medicina, la avidez por conocer la causa de ciertos problemas puede ceder ante la técnica y ante la ilusión de sostener el modelo clásico, que suele valorar más la búsqueda de la causa de un problema clínico que el hallazgo empírico de un tratamiento. La fertilización asistida me gusta también por las tensiones morales que despierta en la sociedad, sobre todo aquellas relacionadas con las dificultades que tenemos los médicos para aceptar que los servicios de salud y sus proveedores (en este caso nosotros, los médicos) están (y estamos) insertos en una sociedad de consumo.

En 1990, cuando me recibí de médico y empecé a trabajar en el hospital, la tecnología de la reproducción asistida (básicamente, la fertilización in vitro) estaba en sus albores (el primer "bebé de probeta" nació en 1978), era menos eficaz que ahora y mucho más cara. Recuerdo que primaba el paradigma de la causalidad: había que estudiar lo más profundamente posible a la mujer, lo mejor que se podía al hombre, y lo que se pudiera a ambos integrantes de la pareja (en cuanto entidad reproductiva), con el objetivo de encontrar causas identificables y eventualmente corregibles de infertilidad, tales como la oclusión tubaria, la endometriosis, el varicocele, la incompatibilidad moco/ semen, etc. No buscar profundamente la causa era considerada una conducta médica relativamente incorrecta y las parejas que quedaban sin diagnóstico etiológico entraban en una nebulosa denominada "esterilidad sin causa demostrable". Recuerdo que las posibilidades que tenían estas parejas de

Correspondencia: Hospital Italiano
Potosí 4135 - 1º Piso
Tel: 4959-0200 Int. 8553-8293
Correo electrónico: gineco@hospitalitaliano.org.ar

lograr un embarazo mediante la tecnología de la reproducción asistida eran bastante bajas, pero era común que después de tener un hijo de este modo se produjera milagrosamente un embarazo en forma natural. Esta situación sigue sucediendo actualmente y algunos causalistas obstinados creen que estas parejas consiguen un embarazo porque al tener ya un hijo dejan de estar bajo las influencias del estrés de performance al que las somete la hiperexigente sociedad moderna. No es el objetivo principal de este ensayo profundizar en la crítica a la causalidad banal, pero es un tema que me convoca en este momento ya que acabo de terminar el capítulo sobre “causa y efecto” de un libro que estoy escribiendo desde hace unos años. (En este libro en gestación intentaré acercar a la práctica médica algunas ideas de Nietzsche que me gustan. Este autor es un crítico profundo de la asignación de causas banales y de la búsqueda obstinada de la causalidad, y valora sin ambages la incertidumbre, el devenir y el azar como componentes de una vida alegre). Ahora bien, volviendo al tema de la infertilidad, creo que el abordaje actual ha cambiado bastante en cuanto a la búsqueda pertinaz de sus causas: las parejas infértiles hoy son mínimamente estudiadas para descartar causas groseras y luego se procede directamente al ofrecimiento de la fertilización asistida. Esta técnica se popularizó y actualmente contamos con una ley¹ que permite el acceso en forma gratuita a toda pareja que no logra un embarazo en forma natural. Se habla cada vez menos de las causas y la mayoría de las parejas con problemas para lograr un embarazo no llegan a conocerlas y a los profesionales tratantes tampoco parece importarles mucho profundizar en su búsqueda. Triunfó un modelo que antes no me gustaba (en una época en la que era relativamente causalista), pero que ahora valoro positivamente, y al que podríamos denominar como de “caja negra”. Este modelo, cuyo nombre tomo de la teoría sistémica (tal vez un poco imprecisamente), consiste en incorporar datos (interrogatorio, examen físico y eventuales estudios diagnósticos) asumiendo que en la mayoría de los casos no van a aportar gran cosa, meterlos en una “caja negra”, e ir directamente al tratamiento. Sería algo así como asumir que buscar las causas profundas de ciertos procesos biológicos implica empeñar un esfuerzo

y un tiempo innecesarios, teniendo en cuenta que el tratamiento que se va a ofrecer es el mismo y que este es relativamente eficaz. Algo similar ocurre con el manejo actual de la disfunción sexual eréctil. Antes del descubrimiento del sildenafil (viagra) los médicos estudiábamos bastante profundamente a los pacientes con este problema y les diagnosticábamos disfunciones de causa psicogénica, vascular o neurogénica y los tratamientos (bastante engorrosos) diferían según la etiología encontrada. Actualmente podríamos seguir estudiando a estos hombres con el objetivo de acercarnos a una posible causa pero, en la práctica, el sildenafil resultó ser tan cómodo y eficaz que en la mayoría de los casos no lo hacemos e indicamos la droga sin tener certeza diagnóstica de la causa de la disfunción. Es decir, trabajamos mayormente con el paradigma de la “caja negra” y, en rigor, utilizamos este modelo para tratar muchos más problemas de salud de la medicina actual de los que a veces nos cuesta reconocer.

Lo que me gusta del modelo de “caja negra” es que alivia sensiblemente la práctica clínica y “blanquea” el mecanismo real del pensamiento médico: en la práctica suelen ser los tratamientos disponibles, su eficacia y su accesibilidad los que definen el diagnóstico, y no a la inversa, como se sigue enseñando en la mayoría de los libros de medicina. Tal vez siga siendo necesario estudiar (o conocer) la secuencia clásica: interrogatorio, diagnóstico y tratamiento, pero creo que es hora de que nos sinceremos y les describamos a los alumnos de medicina (y a los pacientes, ¿por qué no?) que nuestro razonamiento clínico usualmente es así: mientras interrogamos (y realizamos el examen físico) e identificamos el problema que nos trae el paciente, nuestra mente busca los tratamientos disponibles y, en base a la mejor ecuación que nos aparece entre el problema y las soluciones disponibles, definimos un “diagnóstico operativo”. Me estoy yendo por las ramas, lo sé, pero me gusta esta introducción errática. En realidad, mi idea era comenzar con un breve párrafo dedicado a la fertilización asistida en general, para luego pasar a las tensiones morales que despierta la maternidad diferida, pero se nota que necesito un poco más de tiempo. Necesito una transición no tan brusca para pasar al tema de la moral, por-

que la idea es que podamos pensar en qué medida toda nueva tecnología pone en jaque los cimientos de nuestra moral, pero sin enojarnos ni endurecernos, sino simplemente aguzando nuestra disponibilidad para reflexionar y flexibilizar nuestra rigidez habitual. Recuerdo artículos durísimos en la época del advenimiento del viagra, escritos por psicoanalistas indignados porque el uso indiscriminado de la droga atentaba contra “la libertad del deseo sexual masculino”. La advertencia moral era clara (y culpógena, como toda moral): si un hombre usa viagra para lograr una erección no podrá discriminar si esta proviene de su propio deseo o del efecto de la droga. Y es cierto que una vez que se sintetizó el sildenafil (que actúa específicamente sobre la relajación del músculo liso de los cuerpos cavernosos penianos, y no sobre el deseo sexual), y se comprobó que no presenta efectos adversos de importancia, su uso se popularizó. Actualmente no solo lo utilizan las personas con problemas “reales” con la erección (independientemente de su causa) sino que lo consumen millones de hombres que no tienen una disfunción eréctil necesariamente “real” o, mejor dicho, que nunca habrían consultado a un médico por este tema treinta años atrás. ¿Pero qué significa tener un problema “real” con la erección? ¿Es función de los médicos prácticos opinar acerca de la moralidad del uso del sildenafil para lograr erecciones más rígidas por parte de hombres que no tienen un problema “real” de disfunción eréctil?

Hace treinta años (y durante toda la historia de la humanidad) no existía el sildenafil: había hombres con dificultades serias para tener erecciones, otros con dificultades moderadas a leves y la mayoría no tenía dificultades. El sildenafil es una más entre las miles de opciones que han venido utilizándose a lo largo de los siglos para mejorar el desempeño sexual masculino, pero su eficacia es tan contundente que se ha convertido en una de las drogas legales más consumidas por los hombres. Sabemos que a muchas personas les resolvió un problema “real”, que treinta años atrás era muy difícil de resolver, pero también que a la mayoría de los usuarios simplemente les modificó una performance sexual considerada clásicamente como “normal”. ¿Necesitaban estas últimas personas el sildenafil? ¿Importa eso en una sociedad de consumo?

¿Necesitaban los usuarios actuales de Facebook la invención de una red social para interactuar en el mundo? Ahora tenemos sildenafil, Facebook y podemos congelar óvulos.

¿Necesitábamos esta nueva tecnología? Creo que tenemos que ser cautos cuando discutimos la moralidad que rodea a los temas médicos, por eso elegí dos ejemplos tan disímiles como punto de partida, pero lo interesante (o lo que me gusta) de estas discusiones morales es que sus consecuencias no se limitan al plano discursivo sino que pueden determinar que un médico tome o no una determinada conducta en su práctica clínica cotidiana. Y ahora sí, introduzcámonos en los vericuetos de la moralidad de la maternidad diferida.

La maternidad diferida se me apareció por primera vez como un problema interesante sobre el cual reflexionar a fines del año 2013, en un ateneo central del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. El tema a discutir era la esterilidad y el estrés de los tratamientos. En un momento, una médica ginecóloga especialista en fertilidad a la que habíamos invitado para discutir el caso de una pareja con serias dificultades para lograr un embarazo, nos dijo lo siguiente: a partir de los 35 años los óvulos son muy poco viables y, a medida que aumenta la edad de la mujer, resulta cada vez más difícil lograr un embarazo, incluso con la tecnología más avanzada de la reproducción asistida. Sin embargo, cada vez son más frecuentes las consultas de mujeres que deciden tener su primer hijo después de los 40 años y que nos piden que hagamos milagros con óvulos prácticamente inviables. La postergación de la maternidad es un fenómeno que ocurre particularmente entre las profesionales (y sobre todo, entre las médicas). Por eso, el consejo que les daría a ustedes, como médicos de familia, es que les recomienden a sus pacientes que tengan sus hijos antes de los 30 años. Y un tema que tal vez habría que comenzar a pensar entre todos es la recomendación de la congelación de óvulos a aquellas mujeres que quieren tener hijos y planifican su maternidad para después de los 35 años.

Recuerdo que varias colegas de entre 30 y 35 años salieron bastante ofuscadas de ese ateneo y consideraron que la disertante se había excedido en sus recomendaciones. También para esa época un médico amigo me comentó que una neurólo-

ga que él conocía acababa de congelar sus óvulos, a los 32 años, consciente de que no iba a poder ocuparse de la maternidad durante por lo menos los ocho años siguientes. Por esas semanas de fin de año nos juntamos con mis cuatro colegas mujeres del grupo FOCO (familia, orientación y contexto) para planificar los ateneos de 2014 y les propuse que dedicáramos uno de ellos a discutir si el médico de familia podía/debía introducir el tema de la congelación de óvulos en las consultas con sus pacientes mujeres de alrededor de 35 años cuya situación vital estaba lejos de una maternidad cercana. Mis compañeras me dijeron que consideraban que hacer eso estaría mal porque medicalizaríamos una situación habitual de la vida de algunas mujeres, forzándolas a tener que pensar en un tema que no estaba en su agenda y que la función del médico es solamente la de responder a los pedidos de ayuda de sus pacientes y no la de introducir dilemas angustiantes. Yo les repliqué que, justamente, el paradigma de la medicina preventiva (que nosotros ejercemos con orgullo, aunque no soslayamos su complejidad y cuestionamos su sobreprestación) implica ofrecer una determinada práctica o conducta a una persona sana y asintomática, asumiendo que, de este modo, puede evitarse un daño, tal como hacemos con las vacunas, el rastreo de ciertas entidades como la hipertensión arterial y el consejo de hacer actividad física. Se generó una acalorada discusión ya que mis colegas consideraban que la congelación de óvulos no era, de ninguna manera, una propuesta saludable para hacerle a una paciente que no ha venido a hablar explícitamente de este tema, y que ese tipo de intervenciones son invariablemente intempestivas y dañinas. Entonces yo les conté lo que me había pasado esa semana en una consulta. He aquí mi relato: Josefina G., diseñadora gráfica, 35 años, a quien conozco desde hace diez años, vino para hacerse un control de salud porque se sentía muy cansada y desganada. La charla nos fue llevando a su situación vital: se acaba de separar de su novio, con quien salía desde hacía cinco años y convivía hacía tres. Además de su tristeza por la separación, apareció el tema de su angustia por la maternidad, ya que uno de los principales conflictos que desencadenó la separación era que ella quería tener un hijo este año, o a

lo sumo el año siguiente, y su novio quería esperar más. Yo la escuché, la revisé, le pedí unos análisis y simplemente le dije que me parecía que su duelo era complejo porque por un lado estaba la separación de su novio y por el otro la sensación de pérdida de su proyecto de maternidad, pero que tal vez la ayudaría en algo pensar que a lo largo de los meses ambos duelos podían tomar caminos distintos. No le comenté nada acerca de la congelación de óvulos por dos motivos: porque me pareció que no era el momento y porque no tenía los conocimientos técnicos suficientes para ser yo quien sacara el tema. Mis cuatro colegas del grupo FOCO me escucharon, se sonrieron y finalmente una de ellas dijo: ¡Pero así es distinto! Aquí tal vez pueda ser oportuno hacerle saber a la paciente que existe esa posibilidad. Finalmente aceptaron compartir nuestra acalorada discusión moral con los demás médicos de nuestro Servicio y planificamos incluir este tema en el organigrama de los ateneos de FOCO del año 2014.

Al ateneo en cuestión, cuyo tema fue “la maternidad diferida”, asistieron como invitadas dos médicas del Comité de Ética del Hospital y una médica ginecóloga especialista en fertilidad. Una de mis colegas del grupo FOCO presentó dos viñetas clínicas. La primera era una pareja conformada por una médica infectóloga y un abogado, ambos de 32 años, que consultaban con su médico de familia acerca de las ventajas y desventajas de congelar óvulos, ya que ambos estaban en el comienzo de sus carreras profesionales y querían tener hijos, pero dentro de como mínimo siete u ocho años. La pregunta al auditorio fue sencilla: ¿Qué puede decir un médico de familia ante esta consulta? En la segunda viñeta presentamos mi consulta con Josefina G. y la pregunta al auditorio fue la siguiente: ¿cuál es su opinión acerca de que el médico le comente a la paciente (en esa consulta, o eventualmente en otra instancia, más adelante) si conoce que existe la posibilidad de congelar óvulos o si pensó en ello?

La primera viñeta no generó mayor discusión en el auditorio ya que todos opinaron que en este caso correspondía que el médico de familia los asesorase acerca de la técnica y sus alcances, aunque también hubo algunas voces que cuestionaron a la médica infectóloga y al abogado por su obsesión

de querer tener toda la vida planificada. La especialista en fertilidad nos aclaró magistralmente los aspectos técnicos de la congelación de óvulos. A continuación describo un resumen: se trata de una técnica actualmente accesible, realizada en la mayoría de los centros médicos especializados en la tecnología de la reproducción asistida y relativamente sencilla de realizar en una mujer tras una estimulación ovárica. Su principal indicación médica es en los casos en los que una mujer joven, o una adolescente, deben someterse a un tratamiento oncológico quimioterapéutico (el objetivo es el de preservar los óvulos del daño potencial de estas drogas). Aquí corresponde que el médico ofrezca el procedimiento que, para estas circunstancias, está financiado por las Obras Sociales y prepagas. Cuando una mujer desea congelar sus óvulos por razones personales la técnica no está cubierta ni por el Estado, ni por las Obras Sociales, ni por las prepagas, tiene un costo de aproximadamente 3000 dólares y luego se debe pagar un servicio de mantenimiento de unos 200 dólares por año. Los óvulos pueden mantenerse congelados sin un límite conocido de tiempo (se considera que no hay límite temporal) y al descongelarse tienen casi la misma viabilidad que en el momento en el que fueron extraídos. La mujer es dueña de esas células, puede disponer de ellas como lo desee (se firma un contrato) y si fallece, deberían descartarse.

La pregunta que formulamos en relación con la segunda viñeta desató una acaloradísima discusión en el auditorio. La mayoría de mis colegas opinaron que está mal que el médico introduzca el tema del congelamiento de óvulos en esa consulta. Los argumentos en contra giraron alrededor de que este tipo de intervenciones no tiene en cuenta cuáles son los fines de la medicina, que se corre el riesgo de medicalizar excesivamente un proceso natural como la procreación y que su uso extendido implicaría aumentar los costos del sistema de salud; sin embargo, el principal argumento en contra estuvo relacionado con que ofrecer “preventivamente” el congelamiento de óvulos representaría una alevosa intromisión del médico en la intimidad de la paciente. En la discusión hablamos también de qué está ocurriendo actualmente con la ley de esterilidad. Recordemos que, como dijimos arriba, hoy existe en la Argentina una ley¹ que garantiza la provisión de asistencia

gratuita con técnicas de fertilidad asistida a todas las parejas que lo requieran, pero no a las mujeres que desean congelar sus óvulos por motivos personales y no “médicos” (entendiendo como estos a las enfermedades oncológicas). En relación con la aplicación de esta ley, la especialista hizo mención a las inequidades que se están presentando debido a que parejas con edad materna muy elevada, en las cuales casi no existen posibilidades de lograr un embarazo incluso con las mejores técnicas, exigen, amparadas por la ley, que se les provea del tratamiento en forma gratuita. Esto implica un gasto sin sentido y un mal uso de la ley, cuyo objetivo es el de que las personas con bajos recursos puedan acceder a estas técnicas. En este sentido, la especialista opinó que a su juicio estaba bien que la ley no cubra los costos de una mujer que quiere congelar sus óvulos simplemente porque desea diferir su maternidad en base a decisiones personales relacionadas con su ciclo vital ya que, de esta forma, no es la sociedad (todos nosotros) quien financia esta práctica y el incurrir en el gasto es una decisión personal. Hablamos también de la adopción y de que uno de las funciones del médico de familia es la de hablar con los pacientes acerca de qué se entiende por el concepto de hijo, y que un hijo no necesariamente tiene que ser biológico, en el sentido de tener los genes de los padres, o de la madre o del padre. Fue un encuentro académico muy lindo y motivador y creo que todos aprendimos mucho y la pasamos bien. Cuando salí de ese ateneo decidí escribir este ensayo. Mis colegas (la médica especialista en fertilidad y las dos bioeticistas) me recomendaron bibliografía que me resultó muy útil para compenetrarme con el tema y comenzar a escribir.

Mi infancia transcurrió en los años setenta del siglo XX y crecí imbuido por el cambio radical que se estaba operando en ese momento en el mundo en relación con la lucha por los derechos de la mujer. Me parecía increíble que las mujeres votaran hacía tan poco tiempo (aunque luego durante ocho años en la Argentina no votarían ni los hombres ni las mujeres) y recuerdo una charla en la que comprendí la revolución que había representado para esa lucha la invención de las pastillas anticonceptivas, en el sentido del poder que les daba a las mujeres para adueñarse de su cuerpo sexual. Comencé a ejercer la medicina con la an-

ticoncepción ya instalada en la vida cotidiana de las mujeres, facilitándoles la vida en cuanto a su voluntad para decidir si tener o no hijos, así como cuándo y con quién (más allá de que el tema de la voluntad es complejo y no quisiera caer aquí en una simplificación banal). Durante esos años, el advenimiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) volvió a comprometer la libertad de los cuerpos y el preservativo (un objeto de algún modo “manejado” por el hombre) se colocó por encima de las pastillas como herramienta de protección frente a eventos no deseados relacionados con las relaciones sexuales. Hoy parece tal vez un dato menor, pero entre los años cincuenta y noventa del siglo XX la mujer vivió una primavera de libertad sexual que le permitió disfrutar de su cuerpo con un hombre sin tener que pedirle cuidados específicos ya que las pastillas la liberaron del embarazo no deseado (y en ese entonces no existía el riesgo del SIDA). Escribo esto porque quisiera centrarme en la vulnerabilidad de la mujer (o, más bien, en la coacción del cuerpo del hombre sobre el de la mujer). Es sin duda este tema el que despertó mi interés por discutir con colegas (y luego escribir) acerca de la maternidad diferida desde una perspectiva moral. A lo largo de los años, al tomar contacto con los pacientes y con sus historias de vida, fueron apareciendo diferentes temas morales relacionados con la vulnerabilidad de la mujer. El más conspicuo es el de la violencia doméstica (o de género), pero hay otros que no aparecen tanto en los libros de medicina ambulatoria y que me resultan particularmente interesantes por sus implicancias morales, sobre todo estos dos: 1) la mujer que cría un hijo sola y 2) el reloj reproductivo en la mujer. La maternidad diferida y sus implicancias morales se relacionan con ambos, y es de esto de lo que quiero hablar ahora.

Muchas mujeres criaron a sus hijos sin el padre biológico y numerosas personas fueron criadas solamente por su madre. El relato del padre que abandona a su mujer y a sus hijos suele despertar en quien lo escucha un juicio moral: aunque no conozcamos las circunstancias de cada caso, tendemos a pensar que el hombre que abandona a su mujer y a su prole actúa mal (o que es malo) en contraposición con la madre que cría sola, que es buena. No sé. Por lo menos yo tendía a pensar

eso durante el comienzo de mi práctica médica, y recuerdo el enojo que me provocaban los relatos de hombres que habían abandonado a su familia (obviamente, contados siempre por la mujer). La experiencia clínica y mis lecturas me ayudaron a comprender que la mayoría de los actos humanos no son ni buenos ni malos, sino complejos, y que sencillamente ocurren. Recuerdo la primera vez que pensé, tras escuchar un relato de abandono paterno por parte de una paciente (la madre), que tal vez la decisión (o la acción) de su marido era comprensible ante esas circunstancias, dada la gravedad psicosocial de mi paciente, y no me enojé con el accionar de ese hombre y pude mirar las cosas de otro modo. Mirar de otro modo no implica ser indolente, creo, y ablandar el juicio moral (en el sentido de buscar una mirada no-moral o extramoral) no significa perder el gusto por involucrarse y ayudar a resolver problemas. Entonces uno acepta disfrutar de la complejidad y de que mayormente las cosas no son ni blancas ni negras (que no es lo mismo que grises). Otro momento clave que recuerdo en relación con el tema de las madres que crían solas me ocurrió un día, hace unos quince años, en el que una paciente vino a verme para que la asesorara acerca de los pasos que debía seguir para tener un hijo sola. Recuerdo que la asesoré lo mejor que pude en cuanto a los aspectos técnicos (la adopción, el semen donante y una eventual consulta con un especialista), pero que yo tenía una postura moral definida: el niño a venir al mundo no tenía la culpa de la mezquindad de una mujer que no es capaz de incluir a un hombre (a un padre) en su proyecto de vida. Recuerdo que comenté el caso con otros colegas y la mayoría pensaban como yo. Hoy las cosas cambiaron: hay parejas de mujeres que tienen hijos, parejas de hombres que adoptan un hijo (o lo tienen con semen de uno de ellos, donación de óvulos y útero subrogado en países donde esto está permitido) y hay mujeres y hombres que tienen hijos solos. Las diferentes sexualidades y géneros fueron modificando nuestro concepto de paternidad. A mí me gusta que estos cambios nos hayan hecho pensar más y flexibilizar nuestra mirada. Me cuesta reconocerme en mi antigua creencia de que mi paciente era “mezquina” porque quería tener un hijo sola (aunque debo admitir que los cambios no son tan sencillos y son más paulatinos de lo

que pensamos). La moral se adhiere a nuestros mecanismos de defensa y seguimos escondiendo nuestro rechazo al cambio refugiándonos en el concepto de lo “natural”. Y si actualmente hemos dejado de juzgar a una mujer porque quiere tener un hijo sola, o a una pareja de homosexuales que quieren ser padres, ¿por qué a la mayoría de los lectores de este texto seguramente les parecería mal que un grupo de tres, cuatro o cinco amigos quieran tener un hijo? Y no planteo esto para darles argumentos a quienes siguen pensando que las nuevas parentalidades son malas ya que van a terminar disgregando a la familia, sino para que sigamos pensando. Si aceptamos que la sociedad debe hacer lo posible para que los niños crezcan en un ambiente donde se los cuide y se los quiera, y nosotros (la sociedad, y sobre todo los médicos) comprobamos que muchas parejas heterosexuales no logran cuidar y querer, ¿por qué no podría hacerlo un grupo de tres, cuatro o cinco amigos, o conocidos, o vecinos? Si hoy la pareja tradicional ya no es más la única parentalidad posible, ¿por qué seguimos sosteniendo a la pareja como piedra fundamental del cuidado parental? Nuevamente, me estoy yendo por las ramas, pero tal vez no tanto: la idea era describir en qué medida la moral es omnipresente en casi todas las discusiones médicas. Y volviendo a los dos temas que planteé más arriba en relación con la maternidad diferida, creo que la moral también está presente en el tema del reloj reproductivo. Así como había una voz que decía: los hijos deben tenerse entre un hombre y una mujer, también había una voz que decía: el cuerpo reproductivo de la mujer es un reloj que comienza a andar con la menarca y se apaga con la menopausia. Esa voz nos habla de lo “natural”, pero el hombre se dedicó a “salirse” de lo natural y a crear una cultura. Ya hemos logrado ablandar nuestra mirada en relación con la monoparentalidad y las diferentes parentalidades, ¿por qué no podemos ablandarla en relación con la posibilidad de que la mujer se “salga” de su reloj reproductivo?

He aquí mi perspectiva. Considero que la invención de la congelación de óvulos representa un avance tecnológico que le brinda a la mujer la posibilidad de “salirse” de su reloj reproductivo y de tener disponibles células germinales viables para utilizarlas cuando y como ella quiera. Creo

que en algunas circunstancias vitales esta posibilidad forma parte de la medicina preventiva. Una mujer que al llegar los 30 años considera que está lejos de ser madre, pero cree que le gustaría serlo, congelando sus óvulos podría prevenir el estrés psicológico para engendrar que suele ocurrir en algunos casos a partir de esta edad. Esto que planteo no es ni bueno, ni malo, es simplemente aceptar que existe un avance tecnológico que modifica determinados paradigmas. Una de las funciones de los médicos es compartir esta información con los pacientes, cuando corresponde, y utilizando el juicio clínico. Por ahora, la técnica es cara e invasiva, pero está disponible. Escribo este ensayo simplemente porque creo que los motivos por los cuales no hablamos más frecuentemente de este tema con algunas pacientes que tal vez podrían considerar esta opción son exclusivamente morales. Me llama la atención que hayan sido sobre todo mis colegas mujeres las que se incomodaron tanto con este tópico, cuando supuestamente podría representar un avance médico de importancia para muchas de ellas. No coincidí con ellas en cuanto a que “sacar” este tema en consultas con pacientes que no lo demandan expresamente represente una intromisión intempestiva. Los médicos nos inmiscuimos en la vida privada de las personas (y la sociedad y los pacientes suelen avalarnos) porque creemos que nuestra intromisión va en el sentido de la salud (un hecho que, sin duda, es claramente moral, pero mejor lo dejamos para otro momento): hablamos de métodos anticonceptivos con las adolescentes sin que nos lo pidan porque creemos que el embarazo adolescente es un problema, y actuamos de este modo ante muchos otros temas. Y en cuanto a los fines de la medicina, se trata de una discusión muy interesante que podría dar para otro ensayo, pero considero que tanto los fines como las causas también forman parte de una moral.

Cada vez me gusta más la palabra posibilidad. Este ensayo no es una postura a favor del congelamiento de óvulos generalizado sino una reflexión acerca de las implicancias de un determinado avance tecnológico en los cuerpos y de la responsabilidad (pero en el sentido del gusto por ser responsable, y no del deber) que puedo tener yo (u otro colega), en mi papel de médico, en cuanto a la posibilidad de informarle a una paciente que

hoy existe la posibilidad tanto de congelar óvulos como de tener un hijo biológico sola. Hoy almorcé con dos jóvenes treintañeros que aún no son padres y hablamos sobre la experiencia de tener y criar hijos. Uno de ellos vive con su novia y el otro vive solo. Son compañeros míos de trabajo y no son médicos. Los dos dijeron que tienen muchas ganas de tener hijos y la charla los fue llevando a un punto en el que ambos reconocieron que los asusta la idea de perder a sus hijos (o de tener que verlos menos) en manos de sus parejas si una vez que los tienen llegaran a separarse. Les dije que pueden adoptar un niño solos, y se rieron. Después me preguntaron si hablaba en serio y les conté que actualmente la ley autoriza la adopción a un hombre solo, pero que en general el juez sigue priorizando a las parejas primero y a las mujeres solas después. Les conté que un paciente mío, soltero, adoptó dos hermanitos de ocho y diez y que la crianza es dura, pero que él es muy feliz y los chicos están muy bien. También les conté que el tema de tener un hijo solo (sin otro) empieza a aparecer en el consultorio en circunstancias antes no pensadas. En una entrevista de pareja que tuve hace seis meses se daba la siguiente situación: Hugo tenía 56 años y dos hijos de 25 y 23 años de su matrimonio anterior; Mariana tenía 33 años, no tenía hijos y quería tenerlos. Convivían hacía dos años, no se casaron y no se iban a casar. Ella reconoció que cuando se pusieron de novios él le había advertido que no quería volver a tener hijos, pero argumentaba que las cosas habían cambiado. Hugo dijo: yo la quiero mucho, pero no quiero darle un hijo en forma irresponsable, como si fuera un regalo que tengo que hacerle para que se complete como mujer. Me siento viejo para criar un hijo, tengo dos hijos grandes y ya estoy pensando en los nietos. No quiero tener 76 años y un hijo de 20, no quiero tener que ir a las reuniones de padres del jardín de infantes a los 60 años. Me asusta mucho la idea de morirme y que mi hijo sea muy chico. Yo le pregunté a Mariana si alguna vez había pensado en tener un hijo sola, sin que ello implicara romper su relación con Hugo. Le dije que ellos podían seguir juntos y él podía funcionar como padre/tío del niño, si lo deseaba, pero con la libertad de saber que el hijo era de Mariana y que la responsabilidad de criarlo y cuidarlo era

solo de ella. Se rieron. Me preguntaron cómo sería y les hablé de la adopción o de la fertilización con semen donante. Les conté que conozco dos parejas similares a ellos que hicieron eso. Volvieron hace un mes y me contaron que Mariana se anotó en lista de adopción como madre monoparental, y agradecieron mi intervención. Los treintañeros con quienes almorzaba se interesaron mucho por estos temas. Les conté que en otros países está legalizado el útero subrogado (o alquiler de vientre) y que tal vez si esa ley alguna vez se aprobara en la Argentina un hombre pueda decidir tener un hijo biológico solo (con su semen, un óvulo de donante y una mujer que subroga su vientre). Ambos se miraron y dijeron: ¡estaría buenísimo!

La tecnología y las leyes representan posibilidades. Hoy una mujer tiene la posibilidad, gracias al avance de la tecnología y al permiso de la ley, de tener un hijo biológico sola. Los hombres no tenemos aún esa posibilidad porque la ley no autoriza la subrogación de útero. Si Josefina (la paciente del ateneo) hubiera sido un paciente varón que se acaba de separar de su novia porque él quiere tener hijos y ella no, este ensayo no se habría escrito, porque yo pensé en la posibilidad de introducir el tema del congelamiento de óvulos en la consulta de Josefina porque hoy existe la posibilidad de hacerlo. Del mismo modo, si Hugo tuviera 33 años y no tuviera hijos y Mariana 56 y dos hijos grandes, y la consulta fuera al revés, yo no podría comentarle a Hugo la posibilidad de tener un hijo biológico solo (aunque sí adoptivo). Así funciona la medicina: los diagnósticos y los tratamientos van construyéndose en base a las posibilidades. Que exista una nueva posibilidad no implica, necesariamente, que haya que elegirla, se trata solamente de una opción. Más arriba describí lo que opinó en el ateneo mi colega especialista en relación con la ley actual de fertilidad. Yo considero que una vez que determinamos que una técnica re- presenta una posibilidad de mayor salud, la ley debería garantizar el acceso igualitario a dicha técnica, aunque no creo que el concepto de igualitario deba implicar, necesariamente, la gratuidad, pero dejemos estos temas para otras ocasiones ya que son muy complejos y exceden el marco de este texto.

Hombres y mujeres que quieren tener hijos so-

los (y que están dispuestos a amarlos y a cuidarlos sin comprometerse con otra persona para ese proyecto) y mujeres que se salen de su reloj reproductivo: dos situaciones que hace no muchos años me parecían “mezquinas” y “no naturales” respectivamente y que hoy, en un intento por mirar el mundo desde una perspectiva no-moral (o extramoral), no me parecen ni buenas ni malas, sino posibles.

PD: terminé de escribir este ensayo a fines de setiembre de 2014. En octubre, el día de la madre, apareció una nota en el diario Infobae con este título: “Apple y Facebook ofrecen a sus empleadas cubrir el costo de la congelación de óvulos. La red social paga hasta 20.000 dólares a las trabajadoras que quieran realizar el procedimiento. La empresa de la manzanita comenzará a brindar la opción a partir de 2015 por montos similares”². (La noticia se refiere a los EE.UU. y por eso los costos no son los mencionados antes para la Argentina). No soy usuario activo de Facebook y no le tengo particular simpatía a la empresa. Tampoco uso productos de Apple. Sin embargo, la noticia me pareció muy interesante y muestra en qué medida estas dos empresas tienen una fuerte voluntad de liderazgo. Como ya lo expresé arriba, me gusta la idea de que las mujeres interesadas tengan la posibilidad de congelar sus óvulos, y estas empresas se lo ofrecen en forma gratuita a sus empleadas, así que la iniciativa me gustó. Es interesante leer los comentarios de los lectores de Infobae: todos critican calurosamente a estas dos empresas, alegando que es una medida más hacia la apropiación del cuerpo de sus empleadas. Es cierto que es posible que dichos lectores carezcan de herramientas técnicas para comprender los alcances de la noticia, pero es interesante observar en qué medida la moral (el juicio) se hace presente demasiado rápidamente, obturando la posibilidad de pensar.

Agradecimientos. Silvia Ciarmatori, Rosina Pacce y Laura Pezzano: por su calidez, su presencia en el ateneo de FOCO y por proveerme bibliografía. Cecilia Drimer: por la preparación del ateneo de FOCO.

Bibliografía consultada

Blyth E y col. Freezing the biological clock: a viable fertility preservation option for young Singapore women? *Ann Acad Med Singapore*. 2013 Sep;42(9):472-7.

Brezina P y col. The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies. *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2012, Article ID 686253, 7 pages, 2012. doi:10.1155/2012/686253.

Cil A y col. Current trends and progress in clinical applications of oocyte cryopreservation. *Curr Opin Obstet Gynecol*. Jun 2013; 25(3): 10.

ESHRE Task Force on Ethics and Law, including Don-dorp W y col. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Hum. Reprod.* (2012)27(5):1231-1237.

Mertes H y col. Social egg freezing: for better, not for worse. *Reprod Biomed Online*. 2011 Dec; 23 (7):824-9.

Stoop D y col. A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Hum. Reprod.* (2011) 26(3):655-661. Recibido el 28/07/14 y aceptado el 04/08/14.

Referencias

1. Pesce R y Perman G. Ley Nacional de Fertilización Asistida: avances y desafíos. *Evid Act Pract Ambul* Abr-Jun 2013(16),2:42-44. See more at: http://www.evidencia.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=3550&origen=2#sthash.vZiv2T4Q.dpuf
2. Apple y Facebook ofrecen a sus empleadas cubrir el costo de la congelación de ovulos [Internet]. *Infobae*. 2014 oct 15 [citado: 2014 oct 28]; Tecno: [3 pantallas aprox.]. Disponible en: <http://www.infobae.com/2014/10/15/1601839-apple-y-facebook-ofrecen-sus-empleadas-cubrir-el-costo-la-congelacion-ovulos>.