

Reproducción humana medicamente asistida en México. Una mirada desde el cuerpo y las emociones

Medically assisted human reproduction in Mexico. A perspective from the body and emotions

Jacobo Herrera, Frida Erika*

Centro de Estudios Antropológicos, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

frida.jacobo@politicas.unam.mx

Resumen

En este artículo presento y reviso algunos de los desafíos más relevantes que, las disciplinas sociales, han planteado sobre la reproducción humana medicamente asistida. Me acompaño de una mirada desde la esperanza para entender fenómenos como la mercantilización de la reproducción y las transformaciones en el orden social a partir de las técnicas de reproducción asistida. Recupero esta emoción desde la propuesta de Adrián Scribano (2023) para analizar la esperanza en dos sentidos. Uno de ellos tiene que ver en cómo la biomedicina mercantiliza la idea de la reproducción y ofrece la esperanza de procrear. En un segundo sentido, pienso la esperanza como una emoción que construyen las usuarias de estas técnicas de reproducción para sostener su decisión de ser madres. La disciplina que requiere acudir a las citas médicas, llevar a cabo el tratamiento indicado por el médico/a, cambiar hábitos de alimentación, estilos de vida, enfrentar conflictos familiares, sociales y cambios emocionales, entre otros, son ejemplos de prácticas intersticiales que nos permiten observar y analizar los cambios a nivel social, cultural, de composición familiar, de género que se están gestando a partir de estas técnicas.

Palabras Claves: Reproducción humana médicamente asistida; Cuerpo/emociones; Esperanza; Biomedicina; Medicalización.

Abstract

In this article I present and review some of the most relevant challenges that social disciplines have raised about medically assisted human reproduction. I accompanied this review from the perspective of hope to understand phenomena such as the medicalization of reproduction and the transformations in social order as a result of assisted reproduction techniques. I recover this emotion from Adrián Scribano's proposal (2023) to analyze hope in two senses. One of them has to do with how biomedicine commodifies the idea of reproduction and offers the hope of procreation. In a second sense, I think of hope as an emotion that users of these reproductive techniques construct to sustain their decision to become mothers. The discipline required to attend medical appointments, carry out the treatment indicated by the doctor, change eating habits, lifestyles, face family and social conflicts and emotional changes, among others, are examples of interstitial practices that allow us to observe and analyze the changes at the social, cultural, family composition and gender levels that are taking shape as a result of these techniques.

Keywords: Medically assisted human reproduction; Body/emotions; Hope; Biomedicine; Medicalization.

* Doctora en antropología social por el Centro Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Regional CDMX (CIESAS). Sus líneas de investigación son: antropología, emociones y salud; etnografía en clave emocional/corporal; interés en la reconfiguración de la etnografía desde las emociones y en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la antropología. Es integrante de la RENISCE Internacional y del Grupo de Trabajo Antropología y emociones, de la Asociación Latinoamericana de Antropología (ALA). Coordinadora del seminario permanente: "Emociones de ida y vuelta: El registro etnográfico de la dimensión afectiva en la investigación social". ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6757-842X>

Reproducción humana medicamente asistida en México. Una mirada desde el cuerpo y las emociones

Introducción

En este artículo presento y reviso algunos de los desafíos más relevantes que las disciplinas sociales han planteado sobre la reproducción humana medicamente asistida. Sitúo esta revisión en México, pero también apoyada en bibliografía de países europeos en donde la investigación en este campo inició tiempo antes.¹ En este primer acercamiento al tema, me acompaño de una mirada desde el cuerpo y las emociones para entender fenómenos como la mercantilización de la reproducción y las transformaciones en el orden social a partir de las técnicas de reproducción asistida. En lo particular me interesa explorar las emociones presentes en el proceso de concebir un bebé. Entre ellas, destaco la esperanza. Recupero esta emoción desde la propuesta de Adrián Scribano (2023) quien, al revisar diferentes sociólogos clásicos de la disciplina, concluye que estudiarla es un ejemplo de las prácticas intersticiales que nos conectan con el entendimiento de la estructura social porque se encuentra en el campo tanto de la teoría como de la práctica.² Desde este lugar planteo el análisis de la esperanza en dos sentidos. Uno de ellos tiene que ver en cómo la biomedicina mercantiliza la idea de la reproducción y ofrece la esperanza de procrear. En un segundo sentido, pienso la esperanza como una emoción que construyen las usuarias de estas técnicas de reproducción para sostener su decisión

1 El interés en México por este tema lo podemos detectar desde inicios del 2000 pero en países como España, se ubica desde la década de los 80-90 del siglo XX.

2 En palabras del autor: ...Thinking of hope not only as a practice of feeling or interstitial practice but also as a theoretical key to understanding social structure. Thus, synthesizing the traces of the analyzed authors, we can say that hope is both a field of theoretical/practical dispute, a component of the utopian gesture, a reinvention of the geopolitics of reason, an ontological necessity of the life of human beings, and a sentient way of imagining world (Scribano, 2023 p. 5).

de ser madres. La disciplina que requiere acudir a las citas médicas, llevar a cabo el tratamiento indicado por el médico/a, cambiar hábitos de alimentación, estilos de vida, enfrentar conflictos familiares, sociales, afectaciones financieras y cambios emocionales, entre otros, son ejemplos de prácticas intersticiales que nos permiten observar y analizar los cambios a nivel social, cultural, de composición familiar, de género que se están gestando a partir de estas técnicas.

Para este trabajo propongo entender al cuerpo/emoción desde una dimensión socio-antropológica que, si bien no niega el aspecto biológico-material, se centra en describir, explicar y analizar cuáles son los contextos sociales, históricos, políticos e incluso normativas de género que moldean al cuerpo/emoción. Como señala Scribano (2007, citado en D'hers y Boragnio, 2020):

...conocemos el mundo a través del cuerpo, pero éste no es materialidad dada... Así, en principio entendemos al cuerpo a partir de tres registros analíticos, el cuerpo individuo, el cuerpo subjetivo y el cuerpo social. La dimensión individual refiere al cuerpo como organismo biológico, en tanto organismo constituido a partir de una lógica filogenética en la articulación entre lo orgánico y el medio ambiente. El cuerpo subjetivo, se encuentra en el sentido del 'yo', que construye una narración de la experiencia propia como biografía y el cuerpo social, incorpora los aprendizajes, prácticas y hábitos que constituyen la subjetividad a partir de lo social hecho cuerpo. (p. 9-10)

Para este caso de estudio, la experiencia corporal y emocional de mujeres que se han sometido a técnicas de reproducción asistida es clave. A través de esas experiencias se pueden identificar desde dónde se toman las decisiones para iniciar

y/o continuar con un tratamiento de Reproducción Humana Asistida; el diálogo que pueden establecer con el personal biomédico y las herramientas sociales que construyen para enfrentar mandatos culturales de género-maternidad. Así también, el acercamiento teórico desde el cuerpo/emoción en el análisis de la biomedicina, permite observar y analizar las ideas del cuerpo gestante que decide y se somete a tratamientos con la esperanza – construida – de lograr procrear con asistencia médica. Desde este lugar se puede señalar una construcción de subjetividades desde dos lugares: en el discurso de la mujer (desde un lugar específico de enunciación) y en el discurso biomédico, en ambos casos se establecen valores y expectativas sobre la maternidad y el papel social de la mujer. Conocemos el mundo a través del cuerpo, pero no desde una perspectiva individual y aislada, por el contrario, es el resultado de la interacción con otros en contextos determinados. “Son el resultado de un cuerpo/emoción situada socialmente: relacional en términos intersubjetivos y estructurales” (De Sena, 2016, p. 179).

Desde este planteamiento, en este artículo desarrollo en un primer momento en qué consisten las diferentes técnicas de reproducción humana médicamente asistida, la importancia que han adquirido en la actualidad, así como, los debates sociales, legales y emocionales alrededor de estas. Especial énfasis requiere el discurso médico y el papel del Estado en estas nuevas formas de procreación. Sin embargo, además de la consolidación de la biomedicina en la reproducción, es necesario acompañar el análisis desde una perspectiva de género que permita comprender diferentes problemáticas que surgen de estas prácticas. Uno de los intereses más importantes en los estudios feministas y/o de género, están orientados a los derechos sexuales y reproductivos, a los estudios sobre maternidades, corporalidades y, en cuestionar la relación naturalizada entre ser mujer y el deseo de ser madre.³ Desde este planteamiento, en un

3 El concepto de género desde las teorías Queer y trans, arrojan una postura crítica respecto el dimorfismo sexual implantado desde la ciencia (Ciccía, 2022) y así, se propone hablar de cuerpos gestantes para no reproducir dicotomías y la asociación entre mujer (cis, hetero, homogénea) y maternidad (un solo tipo de modelo maternal y familiar). A partir de las técnicas de reproducción asistida el debate se intensifica al romperse la relación entre sexualidad y reproducción y, con ello, se generan distintos modelos de familias y de nuevos parentescos. Para mayor debate véase (Olavarría 2018, 2019a, 2019b). Sin embargo, en este primer acercamiento al tema, retomo la categoría “mujer” no como una realidad empírica sino como una categoría que me permite delimitar el grupo de estudio. Para ello, es pertinente recuperar lo que J. Butler propone, “El género, lejos de ser útil para la emancipación, tiene la función

segundo momento me detengo en señalar las distintas posturas en el análisis de este fenómeno, mismas que se pueden resumir en dos (Rezeé Gomez y Sayeed Unisa, 2014). Una de ellas tiene que ver con evidenciar cómo, la reproducción asistida al ser costosa y con diversos parámetros legales que varían de acuerdo al país, genera desigualdades en el acceso y, ha construido un negocio en países⁴ que ofrecen los servicios a mejores precios. Una segunda postura, hace hincapié en el papel activo de la mujer en su sexualidad y reproducción y también, en la necesidad de legislar (controlar la donación de ovocitos, esperma y la subrogación) y abrir el acceso a quien lo necesite. Esta segunda postura, me permite identificar prácticas intersticiales, de esperanza, en el proceso de gestar un bebé. En este texto, enuncio algunas de estas problemáticas y así proponer, en un tercer momento y a manera de cierre, pensar desde y con el cuerpo y las emociones el proceso de búsqueda de un bebé como un desafío teórico y metodológico.

La reproducción humana médicamente asistida. Un poco de contexto

El proceso s/e/a (salud/enfermedad/atención) constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y conjuntos sociales que la integran (Menéndez, 1994). Las culturas y sociedades en diferentes espacios y tiempos han dado y dan respuesta, explicación y acción, así como, construyen significados sociales, técnicas, acciones, marcos legislativos, institucionales y sociales para verificar y reproducir los conocimientos acumulados. Es decir, el proceso s/e/a constituye un fenómeno social y relacional en donde se pueden identificar la ida y vuelta de saberes tanto médicos como sociales, prácticas, significados, las subjetividades en juego y en transformación constante.

La medicina denominada científica constituye de volver al sujeto inteligible en los términos de las normas sociales vigentes, para ser así reconocido; es decir, es una clave para descifrar a los sujetos a partir de rasgos reconocibles en un sistema heterosexual y binario, que permite vivir y entender el mundo social. El género, entonces —dice Butler—, lejos de implicar el potencial que se le había supuesto, tiene la función actual de hacer referencia directa a la necesidad de identidad, con lo que se opone a la subjetivación en tanto que es parte de los ideales normativos de la sociedad” (Butler citada en Palomar Vera, 2016, p. 45).

4 La India se ha establecido como un país con una gran oferta tanto para nacionales como extranjeros para tratar la infertilidad y poder procrear. Esto debido a que, es más barato que otros lugares y también se pueden encontrar médicos que se han formado en países occidentales anglo parlantes. (Rezeé Gomez y Sayeed Unisa, 2014; Olavarría, 2018).

una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a identificarse como la más correcta y eficaz (...) Es una institución que instituye una manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y por supuesto, sobre los enfermos. (Menéndez, 1994, p. 72)

De esta manera, podemos identificar cómo, la alopatía⁵ hoy día tiene una presencia importante -sin negar que existen otras medicinas igualmente recurridas-, en fenómenos como la medicalización respecto a ciertos procesos como puede ser la reproducción, el embarazo, el nacimiento y con ello, nuevas maneras de pensar la vida y el cuerpo/emoción.

Analizar el avance en la medicalización de la reproducción humana merece poner atención a diferentes elementos que han propiciado recurrir a técnicas de reproducción asistida. Por ejemplo, el desarrollo de las tecnologías reproductivas se puede asociar a un cambio en el comportamiento demográfico de los países. Algunas de las explicaciones que se ofrecen para entender estos cambios de comportamiento, se encuentra la relación entre la baja en el número de nacimientos con el incremento en la escolaridad de las mujeres y la incorporación al mercado laboral. Estas dos condicionantes ayudan a entender la motivación de postergar la maternidad y disminuir el número de hijos/as. Asimismo, es importante añadir a esta explicación, el uso de métodos anticonceptivos y un manejo distinto de la vida sexual y reproductiva.⁶ En México, en los

5 La biomedicina o medicina alopatía es un Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1985, 2020) que podemos analizar históricamente como el desarrollo de la medicina occidental. Su presencia, consolidación y difusión nos permite distinguir rasgos estructurales particulares y explicar su consolidación en todo el mundo. Con ello, se observan también cambios socioculturales en el proceso s/e/a orientados a la biomedicina. Es decir, en la vida social la presencia de esta medicina es constante, por tanto, y cada vez más, la concepción del cuerpo, de la salud y la enfermedad está atravesada por este saber y conocimiento occidental. Para el antropólogo Eduardo Menéndez existen al menos 30 características que estructuran lo que él ha denominado como Modelo Médico Hegemónico, entre las que destacan: “biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 2003 citado en Ruíz et al., 2020, p. 69)

6 Por ejemplo, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Después de muchos años de movilizaciones feministas, se logró que la Ciudad de México en 2007 fuera la primera entidad de la República Mexicana en aprobar la despenalización del aborto siguiendo en

últimos 25 años según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), se ha registrado un descenso en los nacimientos de mujeres y hombres:

La fecundidad en México se encuentra en un momento de cambio. El censo de población y vivienda de 2020 indica que ha seguido cayendo con una tasa global de fecundidad de 1.9 hijos por mujer para el 2019 (...) Esto se ha logrado sin cambios en la edad media de la fecundidad, pero con incrementos en la edad media del primer hijo (...) El aumento sistemático de la edad media al primer hijo podría ser un indicador de que se está dando una postergación de la fecundidad, aunque lenta, ya que solo ha aumentado un año de edad durante esas dos décadas. (Gayet y Juárez, 2021, p. 128-129)

Además de un descenso en nacimientos se aprecia un cambio importante en la edad de la mujer en el momento del nacimiento de su primer hijo/a.

Entre 1995 y 2019, incrementó de 14.9% a 17.1% la proporción de mujeres que registraron a su hija o hijo y que tenían entre 30 a 34 años al momento del nacimiento. De la misma manera, aumentó el porcentaje de mujeres que tenían entre 35 y 39 años. Resalta que, tanto en 1995 como en 2019, en doce de cada cien nacimientos no se especifica la edad del padre. Conforme aumenta la edad de la madre y del padre, es menor el número de nacimientos (INEGI, 2021, p. 30).

Sin embargo, a este es importante agregar que:

...el efecto de las desigualdades socioeconómicas sobre estas directrices ha generado variaciones al interior del país [México]. Si bien se puede decir que la reducción en el número de hijos ha afectado de manera significativa a toda la población, su impacto ha sido menor en los grupos más pobres y marginados. De la misma manera, la postergación del calendario sexual y reproductivo ha sido significativa principalmente en las mujeres de las clases medias y altas con actividad remunerada y alta escolaridad, más bien lenta en el total de la población femenina y ha tenido escasas modificaciones en ciertos grupos sociales como las comunidades indígenas y rurales. (Sánchez Bringas, 2015, p. 159)

Si bien es cierto que no se puede generalizar y se debería especificar el contexto de cada mujer y país, es importante recuperar esos cambios demográficos y posibles explicaciones. Asimismo, la posibilidad de retrasar la maternidad desafía lo que médicamente

la lista 8 entidades más de esa fecha hasta la actualidad.

se considera la edad fértil, y pone en discusión temas como la infertilidad y/o esterilidad. Como señala Sánchez Bringas (2015), “el discurso biomédico ha participado de forma sobresaliente en la regulación de la reproducción con parámetros y reglamentaciones dirigidas a la conducta reproductiva de las mujeres” (p. 170). Así, hemos pasado de la recomendación de una vida reproductiva adecuada o sana entre los 20 y los 28 años y que debería concluir antes de los 40, de preferencia a los 35; a la posibilidad de procrear con asistencia médica a los 45-46 años o más.

¿Qué es la reproducción humana médicamente asistida?

La reproducción asistida se refiere a cualquier forma de asistencia médica y farmacológica utilizada para aumentar las probabilidades de lograr un embarazo en ausencia de relaciones sexuales. Existen diferentes técnicas de alta o baja complejidad entre las que se encuentran:

a) Inseminación artificial que consiste en estimular los ovarios con fármacos y a la par, se capacita una muestra de semen para introducirla al útero.

b) Fertilización in vitro (FIV). Esta es una técnica más compleja e invasiva para la mujer que realiza la estimulación ovárica. En este caso se extraen los ovocitos y se prepara la muestra espermática en el laboratorio donde se realizará la fecundación y cultivo en un ambiente controlado. Una vez realizada la fecundación, se realiza la transferencia del embrión al útero 3 o 5 días después.

b.1) Donación de gametos. De óvulos o espermatozoides, cuando no se cuenta con buena calidad o se sospecha o se tiene certeza de la presencia de genes incompatibles con el desarrollo normal.

b.2) Útero subrogado. Se utiliza el útero de otra mujer para gestar un bebé a partir de un embrión de la persona o pareja que quiere embarazarse.

c) Estudios de receptividad endometrial. Para ello se realiza una biopsia endometrial y se analizan los genes hasta encontrar el en qué momento están en mejor receptividad para colocar los embriones. Esta sería una técnica complementaria para mejorar la receptividad endometrial y aumentar las posibilidades de implantación. Se pauta cuando existe “fallo repetido de implantación”. No tiene que ver con la calidad del óvulo y la relación de éxito no

es contundente. (Gaceta UNAM, Núm. 5,432. 2023).

A más de cuarenta años de la existencia de estas técnicas⁷ y su rápido desarrollo y propagación, se ha popularizado y generado un importante cambio respecto a quiénes y en qué circunstancias buscan el apoyo de éstas. Es decir, no necesariamente son recurridas por personas con problemas de infertilidad. Como menciona la antropóloga mexicana María E. Olavarría:

La concepción o reproducción asistida es distinta del tratamiento de una enfermedad puesto que, la imposibilidad de ser padres sin intervención médica no siempre es considerada una patología. Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008) ... “la infertilidad es uno de los pocos términos médicos que es relacional, esto es, que implica una condición o un problema que incluye o involucra a una pareja y no a un individuo aislado... el problema puede presentarse en la composición de esa pareja (Olavarría, 2018, p. 19).

Debido a su complejidad y a la dificultad para prevenirla, diagnosticarla y tratarla, la infertilidad constituye un problema de salud pública que se presenta a escala mundial. Más de 80 millones de personas (aproximadamente de 8 a 12 por ciento de las parejas de todo el mundo) son o han sido infértiles (Cardaci y Sánchez Bringas, 2009, p. 22). Además, socialmente la infertilidad tiene una carga importante vinculada tanto al supuesto papel de la mujer -la reproducción- y, el deber de procrear del hombre. Por tanto, la infertilidad es un tema del que no se habla y se busquen en solitario distintas alternativas para superarla. De ahí que, la reproducción asistida, se convierta en una opción importante y contribuya al fenómeno de medicalización del cuerpo y sus padecimientos. Sin embargo, es una opción de difícil acceso tanto por sus costos como porque implica una inversión a largo plazo en todos los sentidos: de tiempo, de dinero, de cambios de rutina en la futura o futuro padre.

En México se registran alrededor de 100 clínicas en el sector privado de las cuales, solo la

⁷ Todas estas técnicas tienen como antecedente el primer nacimiento de fertilización in vitro (FIV) en 1978 en la Gran Bretaña. “La FIV es una de las tecnologías transformadoras del siglo XX, diseñada para ayudar a la concepción humana. Involucra cuatro aspectos principales: 1. Adquisición de un número suficiente de ovocitos mitóticos y citoplasmáticamente maduros; 2. Fertilización de estos ovocitos maduros *in vitro*; es decir, fuera del aparato reproductor femenino; 3. Cultivo de los embriones antes de ser implantados; 4. Transferencia embrionaria dentro del útero materno”. (Mata-Miranda, & Vázquez-Zapién, 2018, p. 363)

mitad están debidamente registrados y autorizados por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). En el sector público encontramos que tanto el Centro Médico Siglo XXI como el Instituto Nacional de Perinatología “Dr. Isidro Espinosa de los Reyes” (INPER) ofrecen este tipo de servicios. Sin embargo, la dificultad para ingresar a estas instituciones públicas hace que la consulta privada sea más recurrida para quienes tienen los recursos. Tanto la aparición de una gran cantidad de clínicas especializadas en fertilidad y reproducción, como temas polémicos a nivel legal como social tales como: el acceso generalizado a estas técnicas, la gestación por sustitución, la reproducción póstuma, la reducción fetal selectiva, la elección del sexo (por razones culturales o económicas), señalan una urgencia de generar normas para su uso.

Asimismo, las tecnologías reproductivas multiplican las posibilidades para configurar diferentes tipos de familias y con ello una nueva reorganización social del parentesco. A partir de la aparición de nuevas figuras como los donadores de esperma, las donadoras de ovocitos, familias donantes de embriones, las madres subrogadas se establecen nuevas relaciones y emociones. Álvarez y Pichardo Galán (2022) encontraron en sus estudios que, “los componentes biogenéticos continúan predominando independientemente de la orientación sexual de las personas o la conformación del modelo familiar (heteroparental, monoparental, homoparental⁸) para establecer los vínculos de parentesco” (p. 84). Con ellos los autores explican que el material genético del donador se considera clave para la obtención de características físicas (altura, color de ojos, de piel, peso, color de pelo) y también hábitos de vida, destrezas y habilidades (Álvarez y Pichardo Galán, 2022). Esto, para los autores, habla de la importancia de mostrar que detrás de la muestra existe un hombre “real” y, que los orígenes genéticos, son importantes. De esta manera, observan que pese a la insistencia inicial de los bancos de esperma⁹ de mantener el anonimato de sus donantes, con los años ha cambiado. La necesidad por escuchar, ver, incluso conocer su letra, es fundamental en la toma de decisiones. Así como, dejar abierta la posibilidad de que el bebé fruto de ese donante, pueda conocer al padre genético o bien, a sus medios hermanos (otros bebés nacidos del mismo donante).

8 En México, en 2010 se aprobó el matrimonio igualitario.

9 Dentro de los bancos de esperma que existen en el mundo, Cryos es de los más grandes, tiene sede en Dinamarca y sus servicios pueden ser adquiridos en cualquier parte del mundo.

Los donantes deben recuperar su condición humana, deben ser mostrados y descritos como hombres, deben recuperar la expresión fenotípica (los cuerpos) que contienen esos gametos, para ser elegibles. Con esta base, los mensajes manuscritos de los donantes de semen en la web de un banco señalan características que son importantes para personalizar al donante de semen y humanizar el “producto” y, además, son percibidas por los y las receptores/as como heredables por su hijo, lo que permite elegir al donante más adecuado. (Álvarez y Pichardo Galán, 2022, p. 91).

La complejidad de este fenómeno nos lleva por diferentes rutas. Por un lado, la configuración de padres “ideales”, ajustados a las necesidades de las familias que buscan atributos físicos determinados, características intelectuales y emocionales valorados positivamente como; tener estudios, ser una persona amable, buena, generosa y por el otro, una nueva configuración familiar. Por ejemplo, el hecho de tener hermanos/as en otras familias que no necesariamente comparten el tiempo y el espacio, resignifican el papel y la importancia del lazo genético. Esto evidencia que lo que podría considerarse fácil de solucionar, se convierte en una decisión compleja y difícil de tomar. Ahora bien, esta decisión cobra otra dimensión cuando son madres solteras por elección. Es decir, familias monoparentales. Frasquet (2018) analiza el tipo de elección que realizan las mujeres, el vínculo entre reproducción/maternidad y emparejamiento tradicional. En su interesante estudio situado en España plantea cómo, a pesar de tener esta posibilidad de elección para establecer una familia, las mujeres enfrentan la exigencia social de proveer de un padre a sus hijos. Esto también pone en evidencia, nuevamente, la importancia del vínculo genético en las relaciones de parentesco. El anonimato genera incógnitas a nivel social que, en el caso de familias monoparentales, se exige conocer. Por lo tanto, también las madres piden información más detallada sobre los donantes y así poder construir vínculos.

La figura del donante anónimo es disruptiva, en un doble sentido. No se concibe como una persona, sino como un material, una inyección: además introduce un vocablo médico en las relaciones de parentesco, donante, con el que muchas mujeres dicen no sentirse cómodas. Además, el término donante es ajeno a la terminología del parentesco.... La palabra donante describe un acto que tiene lugar entre la persona que la efectúa y la clínica, o en todo caso la madre, pero

es un término que no tiene sentido en relación con el hijo. (Frasquet, 2018, p. 21)

Sin embargo, las madres buscan la manera de establecer ese vínculo y, el material genético será la clave para enlazar al bebé con el donante. Por lo tanto, se pueden seguir diferentes estrategias como podría ser, solicitar más datos al banco de espermatozoides, recurrir a una persona conocida para que haga la donación. En ambas situaciones el peso recae en la madre que tendrá que responder al hijo/a y construir historias familiares basadas en el presente y en la relación que se está construyendo, así como, elaborar lo que se conoce como “duelo genético”. Frasquet (2018) sugiere que, un primer paso consiste en la desvinculación de la maternidad y el emparejamiento y así, lograr una nueva organización de la crianza.

Herrera et al. (2019) coinciden en señalar la importancia de la genética en la construcción del parentesco. Si bien, la legislación varía de país en país respecto al anonimato de los donantes. Por ejemplo, tenemos países como Francia, Dinamarca, España, Noruega que apoyan el anonimato y otros como Suecia, Austria, Suiza, Holanda, Reino Unido y Nueva Zelanda que, favorecen políticas de comunicación y apertura del anonimato del o la donante. En estos casos se basan en el derecho a conocer los orígenes genéticos como parte de la identidad de la persona, argumento que también es utilizado en proceso de adopción. Entre las razones por las que se decide no comunicar se encuentra el miedo al rechazo de la familia, el círculo social, la idea de que es algo íntimo que le concierne al niño/a, miedo a un impacto psicológico, entre otros (Herrera, Salvo Agoglia & Navarro, 2019, p. 694-695).

La mujer es quien asume los costos sociales y de pareja y es quien se somete a los tratamientos cuando se ha visto que en el 40% de los casos, la infertilidad proviene del varón. Los tratamientos son más invasivos y con consecuencias a la salud (hiperestimulación ovárica que se usa aun cuando la mujer es fértil). Y también otra diferencia de género importante es la donación, en el caso del espermatozoides se privilegia el anonimato que puede entenderse como una manera de proteger al varón con problemas de fertilidad y así, puede no compartirse con su entorno social. Por eso, será importante elegir un donante con características fenotípicas similares (Cardaci y Sánchez Bringas, 2011).

Los estudios muestran que las parejas heterosexuales tienden a no brindar esta información a sus hijos/as. En contraste,

ante la ausencia de padre/madre, las parejas homosexuales y Madres Solteras Por Elección (MSPE) por adopción o por Técnica de Reproducción Asistida por Donante (TRA-D) son partidarias/os de esta comunicación, ya que han realizado una comunicación total (donación de semen y/o gestación subrogada) o parcial (ovodonación), activando estrategias y buscando apoyo experto para elegir el momento y la forma de llevar adelante la conversación (Herrera, Salvo Agoglia & Navarro, 2019, p. 696).

Mención aparte merece el debate generado en los casos alrededor de la gestación para otro también conocida como gestación subrogada, gestación substituta uterina o maternidad subrogada. En una basta investigación la antropóloga, María Eugenia Olavarría, analiza cómo es la gestación para otro en México y sus repercusiones en el parentesco. Su estudio abordó del 2015 al 2017, años en que la polémica por este tema estaba en un momento álgido en el país. La autora, en su libro se interesa por analizar lo que suscita la Gestación Subrogada que,

...posibilita que una mujer curse un embarazo resultado de la donación de un embrión procedente de otra pareja y, desde el punto de vista cultural, es posible, a partir de ello, no sólo distinguir la maternidad biológica de la social, sino la maternidad genética de la que es producto de la gestación. En un mismo movimiento, la pareja conyugal se disocia de la pareja parental y de la pareja progenitora. Estas circunstancias obligan a repensar las nociones antropológicas de maternidad, paternidad y filiación. (Olavarría, 2018, p. 27)

Para esta autora la pregunta no es si las biotecnologías en sí mismas cambian o no el parentesco, sino si la tecnología produce rupturas en los imaginarios mismos que, en un momento dado, pueden afectar las estructuras sociales (Olavarría, 2018). Asimismo, “aparecen como un derecho femenino a la autodeterminación sobre su propia capacidad y fuerza reproductiva” (Olavarría, 2018, p. 132). Es decir, apunta hacia un cambio en la manera de pensar la maternidad y tomar un papel activo en ello. Olavarría, recupera las discusiones respecto a las nuevas familias, a la participación de las mujeres en la reproducción sin dejar de observar que son prácticas atravesadas por factores de clase, económicos e incluso religiosos. De alguna manera, observa la autora, se reproducen ciertos privilegios: mujeres blancas, heterosexuales, en pareja con medios financieros que pueden desafiar

los límites de la edad (envejecimiento ovárico) a través de la donación. Por otro lado, las mujeres que se convierten en gestantes, son el otro lado de la moneda. Normalmente las clínicas buscan mujeres sanas, jóvenes, con ciertas características físicas, que tuvieron hijos y se les ofrece una remuneración económica por alquilar su vientre. Sin embargo, no solo es la remuneración económica lo que se ofrece sino también, se acompaña de un discurso en el que se valora positivamente la ayuda que se brinda a las madres y padres de intención. Altruismo, compartir el don de la vida, discursos que no aparecen en el caso de los donantes de esperma quienes, además, reciben un pago mucho más bajo y no se tienen que someter a los tratamientos médicos para la estimulación ovárica, ni psicológicos para lograr la donación. Esto ha llevado a pensar que se trata de una actividad de explotación y a llamarles “trabajadoras reproductivas” (Olavarría, 2018, p. 199). Respecto a este tema la autora destaca el debate referente a si se trata de un servicio que por lo tanto es un trabajo y como tal debe ser regulado o bien, es altruismo y se sitúa en el ámbito del don (Olavarría, 2018).

La gestación subrogada es uno de los puntos de inflexión o de ruptura del movimiento feminista a nivel internacional. Existen posiciones divididas en cuanto a si el acto de delegar en otra mujer (persona) –de una clase social, país u origen étnico a menudo distintos o subordinados– la gestación de un niño, es un proceso que abona en la autodeterminación del cuerpo femenino o si, por el contrario, se trata de un medio de explotación y alienación patriarcal. Entre estos dos polos oscila una multiplicidad de matices y posturas. (Olavarría, 2018, p. 270)

A pesar de las posibles posturas al respecto, se ha logrado establecer como consenso, el riesgo de explotación de mujeres en situación de vulnerabilidad social y económica y se ha motivado a que se legisle y reglamenten este tipo de actividades y así, establecer derechos y parámetros como: establecer evaluaciones éticas en las prácticas médicas, evaluaciones psicológicas en las partes participantes, que se realice con consentimiento, que no se ponga en riesgo la vida de la mujer gestante y/o del bebé y evitar racismo y sexismo en la elección del material genético.

Resalto que el estudio de este fenómeno permite abordarlo desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, abre el debate a la medicalización de los cuerpos de las mujeres y los hombres, así como, las consecuencias sociales referentes a la maternidad, la edad de la maternidad

y la decisión sobre esta. Al respecto Olavarría (2018) señala:

Numerosos estudios coinciden en el elevado valor social de la maternidad en México y su importancia como integrante de la feminidad. En el contexto de la polémica sobre el aborto –análoga en varios aspectos a la que tiene lugar alrededor de la gestación subrogada– Lerner, Guillaume y Melgar sintetizan la norma que impera: “La maternidad ha sido concebida como un destino (como el único o primordial destino de los cuerpos femeninos de la vida y de la identidad genérica) y una “necesidad”, “natural”, para estas; se da por hecho que toda mujer desearía tener hijos como parte su [supuesto] instinto maternal”. (p. 295)

Para el caso mexicano, Cardaci y Sánchez Bringas (2011) señalan que la agenda feminista comparte con la internacional, una ambivalencia entre el apoyo o no a las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, cada vez más se inclinan hacia la generación de leyes que puedan apoyar estas prácticas y hacerlo de la mejor manera posible sin afectar a grupos vulnerables y permitiendo el acceso sin importar la procedencia social, económica o étnica. Es importante señalar que el movimiento feminista mexicano en cuanto a salud sexual y reproductiva se ha concentrado en la maternidad voluntaria que implica, para estas dos autoras, diferentes demandas entre las que destaco: el acceso amplio a anticonceptivos, legislación sobre el aborto y educación sexual (Cardaci y Sánchez Bringas, 2011). Sin embargo, las autoras plantean que, la ausencia de discusión feminista al respecto se corre el riesgo de no participar en esta discusión tanto para las mujeres como para las y los integrantes del movimiento lésbico-gay-trans y bisexual.

Desde mi punto de vista me parece que la agenda del feminismo al impulsar la libre decisión de la mujer sobre su reproducción, el uso de métodos anticonceptivos, la apropiación del cuerpo y el placer sin temor a un “castigo” o un hijo/a (Gargallo, 1993), también propicia que, en un futuro, esa mujer que retrasó su maternidad pueda optar por un embarazo medicamente asistido. Por tanto, poner atención a este fenómeno tendría que ser una prioridad. Además, una mirada desde el feminismo permitiría lo que a Gargallo le preocupa:

Por ser los nuestros cuerpos reproductivos, no tomar la palabra para hablar sobre una tecnología que amenaza a la vez que transforma la cultura de la reproducción, es relegar a un

segundo plano uno de los componentes básicos de nuestra identidad; asimismo, es delegar a los hombres y sin ningún control, la formulación de planteamientos jurídicos que atañen a aspectos esenciales de la vida de las mujeres. (Gargallo, 1993, p. 97)

Así como, debatir y reflexionar sobre la medicalización del cuerpo, la reproducción y todo lo que está involucrado en los eventos reproductivos: el embarazo, el parto, el puerperio, el aborto y ahora agregamos someterse a tratamientos para conseguir un embarazo, deben ser estudiados desde todas sus dimensiones: sociales, económicas, culturales y subjetivas.

Las dietas, revisiones y prescripciones médicas, reglas culturales, políticas públicas, mediciones y estadísticas, y a través de estas medidas regulatorias las mujeres toman conciencia de la gestación se puede decir, entonces, que la procreación conlleva aspectos normativos, subjetivos y sociales que le son constitutivos y que producen su inteligibilidad. (Sánchez Bringas, 2015, p. 154).

Esto mismo se puede trasladar a la implementación de tratamientos para la infertilidad. Ese cuerpo individual que se somete al tratamiento no es ajeno a las nuevas normativas legales, mediciones, estadísticas que permiten o no el uso de tecnologías de la reproducción. A ello lo acompaña la experiencia atravesada por la subjetividad y las emociones de quienes lo viven. Es de resaltar que en el cuerpo también se muestra la concepción del género, "La normatividad de género condensa los significados, nociones y valores de diferentes discursos culturales en un saber predominante, aunque nunca homogéneo o monolítico sobre lo que es ser "hombre" o "mujer"". (Sánchez Bringas, 2015, p. 154)

Ese cuerpo que aprende socialmente los afectos a partir de un estar (en un espacio) y de un tiempo (su propia biografía). Es en la mujer en quien recae la búsqueda de la maternidad que se ha medicalizado y con ello, fomentado un deseo individual de tener una familia, limitado la gestación al orden individual y privado y, a seguir reproduciendo una idea de

la maternidad"¹⁰ como un deber social de la mujer y no como una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por

10 En la actualidad se habla más de parentalidad que de maternidad.

normas que se desprenden de las necesidades de un grupo específico y de una época histórica determinada. (Palomar, 2005, p. 36)

Si ya se registran la construcción de nuevas maternidades que pueden abarcar madres en situaciones diferenciadas: edad, orientación sexual, adscripción ideológica, mujeres "no madres", madres arrepentidas, feministas, "malas madres" (Romero, Tapia y Meza, 2020). Ahora hace falta agregar al análisis maternidades a partir de las tecnologías de la reproducción.

Sobre prácticas intersticiales, esperanza y reproducción asistida. Un primer acercamiento.

A lo largo de este artículo, desglosé los temas más discutidos sobre reproducción asistida en las disciplinas sociales. En ellos, detecté que el papel del cuerpo y las emociones aparecen como elementos secundarios a los análisis. Es por eso que, me interesa recuperar e introducir en este campo de estudio emociones como la esperanza, entre otras, en el proceso de la búsqueda de un embarazo. Dirijo la mirada hacia esta emoción que puede entenderse como una acción de espera, de anticipación sin certeza que lo deseado llegará o sucederá.

Hope, by definition, is an optimistic state of mind that is based on the possibility, or the expectation, of positive outcomes with respect to specific goals, to events and social circumstances, and to ones more general sense of self in relation to the world, or as a precondition for overcoming ones imperfections and actings as a moral agent...¹¹ (TenHouten, 2022, p. 77)

A pesar de ser una emoción que ha estado presente en las reflexiones tanto filosóficas como sociológicas, en la actualidad, ha sido retomada por autores como Scribano (2022), Gili y Mangone (2022) para colocar en el centro la importancia de estudiarla. Me interesa en particular pensarla como una emoción colectiva que se encuentra entre el pasado y el presente; activa a quien la siente y guía o mantiene sus acciones y; permite el entendimiento de valores culturales de la época en la que se establece su estudio. En este caso, como he venido señalando, la esperanza refuerza y alienta la decisión

11 "La esperanza, por definición, es un estado de ánimo mental optimista basado en la posibilidad, o la expectativa, de resultados positivos con respecto a metas específicas, a acontecimientos y circunstancias sociales, y a otras en un sentido más general de uno mismo en relación con el mundo, o como condición previa para superar las propias imperfecciones y actuar como agente moral" (Traducción propia).

de someterse a técnicas de reproducción humana asistida. En el discurso biomédico se recupera y reproducen las expectativas sociales de conseguir una maternidad; ayuda a la organización del futuro social (al garantizar la reproducción) y; nos permiten identificar políticas del sentir. Por ejemplo, la esperanza, la espera construye pacientes que acuden a clínicas de especialidad con actitudes positivas, esperanzadoras, emociones que garantizan que el proceso no sea tortuoso sino, manejable.

Hope is detached from the logic of patience and waiting as civic virtues promoted/built from the neocolonial religion and as instantiations of the nucleus of the political economy of the moral of the current state of the planetary expansion of capital. (Scribano, 2023, p. 51)¹²

Siguiendo a Scribano (2022), pensar la esperanza como una práctica tanto colectiva como íntima, nos acerca a la manera en que la persona dibuja el futuro, sus expectativas desde una lógica de un actor/agente envuelto en todas sus posiciones y disposiciones.¹³ Así, podemos mirar no solo hacia la esperanza sino también a la felicidad, la reciprocidad y el amor como prácticas sociales que permiten una visión diferente a los fenómenos actuales. Frente a un presente y un futuro que puede ser incierto, perturbador y lleno de dolor a razón de situaciones trágicas como guerras, pobreza, hambre, aparecen prácticas intersticiales, prácticas refugio desde donde la esperanza se ejerce todos los días.

Las prácticas intersticiales anidan en los pliegues inadvertidos de la superficie naturalizada y naturalizante de las políticas de los cuerpos y las emociones que supone la religión neo-colonial. Son disrupciones en el contexto de normatividad. Las prácticas a las que nos referimos se actualizan e instancian en los intersticios, entendiendo a estos como los quiebres estructurales por donde se visibilizan las ausencias de un sistema de relaciones sociales determinado. Estos quiebres son espacios irregulares donde los sujetos construyen un conjunto de relaciones

12 “La esperanza se desprende de la lógica de la paciencia y la espera como virtudes cívicas promovidas/construidas desde la religión neocolonial y como instancias del núcleo de la economía política de la moral del estado actual de la expansión planetaria del capital”. (Traducción propia)

13 “Hope is a practice that engages the intimate, the collective and the public in such a way that paintings of the world are made regarding the future, expectations, and trust, where people are involved or are interpolated in all their positions and dispositions of the dialectic of the person: individual, actor, agent, subject and author”. (Scribano, 2022, p. 38)

tendientes a soldar la estructura conflictual, pero con estaños diferentes y múltiples. Las prácticas intersticiales son partes “no esperadas” que aparecen asociadas, pero no son parte del *puzzle* en el que convergen el consumo mimético, el solidarismo y la resignación. (Scribano, 2020, p. 133)

El autor con el propósito de ejemplificar estas prácticas, analiza el amor filial entre padres e hijos -no necesariamente consanguíneos-, en contexto de violencia, pobreza e injusticia. Sin embargo, recupero esta idea de pensar en esas emociones que frente a un “panorama desolador” (Camarena y Gilabert, 2010) podemos detectar prácticas *del otro lado del riesgo* (Scribano, 2020) y, pensar en “... el amor como práctica intersticial involucra la energía de saberse con otro en el mundo en tanto trampolín para la acción”. (Scribano, 2020, p. 136)

Traslado estas ideas al análisis de la reproducción asistida porque una práctica dolorosa, costosa, silenciada socialmente, desafiante en muchos sentidos y que, responde tanto al deseo individual como a la imposición social de lo que significa ser mujer, la esperanza aparece para mantenerse en el intento. Aparece también, en el discurso médico para fomentar sentimientos positivos al tratamiento acompañados de la disciplina y la constancia que se necesitan. Si la medicina ofrece tecnologías de la reproducción y al hacerlo mercantiliza la esperanza, el papel de esta emoción en personas que se acercan a ellas es fundamental. Es decir, frente a la incertidumbre por no conocer el resultado del tratamiento, lo largo de los mismos, la esperanza se mantiene como una emoción eje y opuesta al miedo y la inacción. Frente a la adversidad de la vida que, no solo se hace presente en el cuerpo individual sino también en el social ¿podríamos pensar que la búsqueda de la maternidad es también, una acción colectiva rebelde o de resistencia donde prevalece la esperanza de la vida y su reproducción? Frente a, parafraseando a Camarena Luhrs y Gilabert (2010, citado en Scribano, 2020), un “panorama desolador”, “sin desestimar los aspectos negativos, muestra porqué y cómo en el amor reside la inteligencia y creatividad colectivas” (p. 134).

Para ello, será necesario plantear metodologías que permitan acercarse a los discursos de mujeres y del sistema biomédico para identificar este cúmulo de emociones, pero también, al cuerpo como el lugar desde donde el mundo se aprehende, se siente y se actúa. Siguiendo la propuesta de Scribano (2007):

El cuerpo (los cuerpos) están entrelazados por tres dimensiones: a) una de carácter orgánico/biológico; b) otro de tipo subjetivo (el self o el yo corporeizado) y, c) la última que comprende los aprendizajes sociales cognitivo-afectivos, las incorporaciones y apropiaciones de hábitos, prácticas, gestos, lenguajes, hexis. Estas tres facetas se combinan con dos vectores básicos de la existencia. El cuerpo-en-el-tiempo, permite la configuración de una biografía como condensación y síntesis de las vivencias y experiencias que articulan a su vez, lo particular e individual de cada agente con los procesos socio-históricos en los que ha vivido. El cuerpo-en-el-espacio, suponen lugares en tanto posiciones, condiciones y disposiciones de acción, desde donde también se constituye la forma de conocer y sentir el mundo. Esto se reconoce como tramas corporales. Es decir, un conjunto de disposiciones configuradas en la interpenetración de dimensiones socioculturales, subjetivas/identitarias y orgánicas, a lo largo de una biografía y del lugar (estructural) ocupado por el agente. (Notas Diplomado Internacional de Especialización en Estudios Sociales sobre el cuerpo y las emociones CIES. Módulo Dra. Gabriela Vergara, 2023).

Conclusiones

En este artículo presenté un panorama general sobre la reproducción humana médicamente asistida con algunos datos para el caso de México. Así, en este primer acercamiento mostré algunos de los temas más importantes que se han discutido en disciplinas sociales como la antropología, respecto al uso de estas tecnologías reproductivas. Existen diferentes abordajes y problemáticas a investigar, sin embargo, propuse pensar el fenómeno desde el cuerpo y las emociones para resaltar el papel de la esperanza como una emoción involucrada en el empleo de estas tecnologías. Un debate importante se refiere al acceso a las mismas y las dificultades económicas para mantener durante un tiempo prolongado los intentos para lograr un embarazo. Si socialmente la reproducción de la vida es fundamental y estamos frente a un problema de infertilidad a nivel mundial y también a la posibilidad de retrasar el embarazo, entonces, las tecnologías reproductivas se convertirán en un elemento fundamental para conseguir tal objetivo. Además, es un fenómeno que no solamente debe ser abordado en cuestión de derechos sexuales y reproductivos respecto al acceso y posibilidades económicas para acceder. Como vimos a lo largo del escrito, será también, importante seguir

analizando y registrando, los cambios socioculturales -nuevas formas de familias, parentescos, posturas bioéticas en el ejercicio médico, la conformación de nuevas maternidades-, la medicalización de la reproducción, nuevas formas de entender al cuerpo, la vida (ovocitos, criopreservación, bancos de espermias y embriones) y los lazos emocionales que se construyen con la vida que surge de ello.

Es por eso que esta investigación solo es una primera etapa documental para, seguir la exploración con material cualitativo para conocer, los procesos socioemocionales de las mujeres que se acercan a estas tecnologías. Así como, comprobar si el amor filial y la esperanza son emociones que aparecen y dan sentido a esta experiencia en todos los actores involucrados. Tanto las mujeres, sus parejas y familias, como el discurso médico que refuerzan emociones al hacer posibles embarazos a pesar de diagnósticos poco prometedores, edades avanzadas y/o problemas de infertilidad.

Estudiar la reproducción humana asistida desde una emoción como la esperanza representa un desafío teórico y metodológico. Sin embargo, situarla desde una socioantropología que permite entender la esperanza desde la voz de quien la construye, permite también entenderla como una práctica que está atravesada por la posición social de la persona, sus experiencias, conocimientos, variables socioculturales y el enfrentamiento a otras emociones que surgen a la par: el miedo, la incertidumbre del futuro. Sin embargo, resaltar la esperanza, siguiendo a Gili y Mangone (2022) nos permiten acceder a los momentos de cambio e innovación que hacen las personas en nombre de la esperanza.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Plaza, C. y Pichardo Galán, J. I. (2022). El legado genético: mensajes de los donantes de semen a las familias y a sus descendientes. *Interdisciplina*, 10(28), 83-110. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83291>
- Camarena, M. y Gilabert, C. (2010). *Amor y poder. Replanteamientos esenciales de la época actual*. Universidad Intercultural de Chiapas. Razón a Acción, AC.
- Cardaci, D. y Sánchez Bringas, A. (2009). Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), 21-40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74714814003>

- Cardaci, D. y Sánchez Bringas, A. (2011). La fertilización asistida en la agenda de los grupos feministas mexicanos. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 4(33), 242-276. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88421343010>
- Ciccía, L. (2022). *La invención de los sexos. Cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cerebros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí*. Siglo veintiuno editores.
- D'hers, V. y Boragnio, A. (Comps.) (2020). *Sensibilidades y feminidades: mujeres desde una sociología de los cuerpos/emociones*. Estudios Sociológicos Editora.
- De Sena, A. (2016). Políticas sociales, emociones y cuerpos. *RBSE – Revista Brasileira de Sociología da Emoção*, v. 15. No. 44, pp. 173-185. ISSN: 1676-8965.
- Frasquet Aira, R. M. (2018). Elecciones reproductivas, anonimato y parentesco: discursos, estrategias e implicaciones para las madres por elección. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, (2018/2), 1-28. <https://doi.org/10.1387/pceic.18887>
- Gaceta UNAM (2023). Núm. 5,432. https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/38844
- Gargallo, F. (1993). Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas. *Debate Feminista*, 4(8), 86-100.
- Gayet, C. I. y Juárez, F. (2021). Nuevo escenario de baja fecundidad en México a partir de información censal. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 12(3), 124-139.
- Gili, G. y Mangone, E. (2022). Is a sociology of hope possible? An attempt to recompose a theoretical framework and a research programme. *The American Sociologist*, 54, 7-35.
- Herrera, F., Salvo Agoglia, I. y Navarro, J. (2019). Reproducción por terceras partes en Chile: comunicando orígenes y construyendo parentesco. *Política y Sociedad*, 56(3), 691-711.
- INEGI E INMUJERES. (2021). *Mujeres y hombres en México, 2020-2021*. México.
- Mata-Miranda, M. M. y Vázquez-Zapién, G. J. (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. *Revista de Sanidad Militar*, 72(5-6), 363-365. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25.
- Olavarría Patiño, M. E. (2018). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*. UAM/Gedisa.
- Olavarría Patiño, M. E. (2019a). Personas que gestan para otros: Etnografías del trabajo reproductivo en México. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(3), 417-440.
- Olavarría Patiño, M. E. (2019b). ¿Bebés o tejidos celulares? Individuación y parentesco del embrión criopreservado entre usuarios y actores de la fertilización in vitro en Ciudad de México. *Política y Sociedad*, 56(2), 405-430.
- Palomar Vera, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 22, 35-67.
- Palomar Vera, C. (2016). Veinte años de pensar el género. *Debate Feminista*, (52), 34-49.
- Romero Guzmán, M. L., Tapia Tovar, E. y Meza Márquez, C. (2020). Abanico de maternidades: Un estado del arte desde los aportes feministas. *Debate Feminista*, 30(59), 143-165.
- Rezeé Gómez, V. y Sayeed, U. (2014). Surrogacy from a reproductive rights perspective: The case of India. In *SciencesPo* (pp. 185-203) *Les Presses*
- Ruíz, M., Álvarez, C., Anigstein, A. V. y Oyarce Pisani, A. M. (2020). Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: Un análisis en clave antropológica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 68-78. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.60387>
- Sánchez Bringas, A. (2015). Género, cuerpo y reproducción: Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. En Muñiz, E. (Coord.) *Heurísticas del cuerpo* (pp. pp. 151-180) La Cifra Editorial.
- Scribano, A. (2020). El amor filial como práctica intersticial: Una etnografía digital. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 47, 129-151. <https://doi.org/10.5944/empiria.47.2020.27525>
- Scribano, A. (2022). Founding women, sociology, and hope. *The American Sociologist*, 54, 36-55. <https://doi.org/10.1007/s12108-022-09492-4>
- Scribano, A. (2023). The sociology of hope: Classical sources, structural components and future agenda. *Society*, 61, 1-8. Springer. <https://doi.org/10.1007/s12115-023-00888-z>

Sistema de información Legislativa de la Secretaría de Gobernación (2019). Iniciativa que adiciona el artículo 318 bis a la ley general de salud, a cargo de la diputada Reyna Celeste Ascencio Ortega, del grupo parlamentario de morena http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/02/asun_4137217_20210210_1612986975.pdf

TenHouten, W. (2022). The emotions of hope: From optimism to sanguinity, from pessimism to despair. *The American Sociologist*, 54, 76-100.

Citado. Jacobo Herrera, Frida Erika (2024) "Reproducción humana medicamente asistida en México. Una mirada desde el cuerpo y las emociones" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°46. Año 16. Diciembre 2024-Marzo 2025. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 12-24. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/683>

Plazos. Recibido: 14/03/2024. Aceptado: 14/08/2024.