

AUTONOMÍA Y VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS POR CAUSAS NO TERAPÉUTICAS

Autonomy and vitrification of eggs for non-therapeutic reasons
Autonomie und Vitrifizierung von Eizellen aus nicht-therapeutischen Gründen

Gricelda E. Moreira

Bioeticar Asociación Civil, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

griceldamorei@gmail.com

Recibido: 24-01-2022 Aceptado: 17-06-2022

Publicado: 14-07-2022

Gricelda E. Moreira es Magíster en Bioética (FLACSO), licenciada en Psicología (UBA), psicoanalista (EFBA). Diplomada en Psicología en Reproducción Humana Asistida (SAMER), diplomada superior en Bioética (FLACSO), diplomada en Bioética con Orientación en Reproducción Asistida (Univ. ISALUD). Presidenta de Bioeticar Asociación Civil, subdirectora del Centro de Estudios y Observatorio de Bioética (Univ. ISALUD), supervisora de grupos interdisciplinarios de la Oficina de la Mujer y Violencia Doméstica (OMVD) del GCBA. Miembro fundadora del Seminario Permanente en Bioética del Instituto Ambrosio L. Gioja de la Facultad de Derecho (UBA), miembro fundadora de Nueva Escucha (espacio de terapia online), miembro de la International Association of Bioethics (IAB), miembro del International Forum of Teachers (IFT) de la Cátedra Unesco de Bioética, docente en Bioética y en perspectiva de género, jurado de tesis de maestría. Premio en Bioética (2021) de la Fundación Jaime Roca. Coautora del libro *La deconstrucción del sexo. ¿Ser hombre? ¿Ser mujer? Pregunta equivocada* (2019).

Resumen

El artículo aborda el concepto de autonomía desde los aportes del feminismo y la bioética feminista, y cómo la postergación de la maternidad puede estar solapando inequidades de género. Hace foco en la

vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas, con la consecuente aplicación de una técnica de alta complejidad, sus tasas de éxito, la narrativa social acerca de este procedimiento médico e introduce el concepto de autonomía inducida como limitante de la autodeterminación de las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Palabras clave: Vitrificación de óvulos; Autonomía; Técnicas de reproducción asistida; Derechos reproductivos; Maternidad.

Abstract

The article addresses the concept of autonomy from the contributions of feminism and feminist bioethics, and discusses how the postponement of motherhood may be overlapping gender inequalities. It focuses on eggs vitrification for non-therapeutic causes, with the consequent application of a highly complex technique, its success rates, the social narrative about this medical procedure, and introduces the concept of induced autonomy as a constraint on women's self-determination in the exercise of their reproductive rights.

Keywords: Vitrification of egg cells; Autonomy; Assisted reproductive techniques; Reproductive rights; Maternity.

Zusammenfassung

Der Artikel befasst sich mit dem Konzept der Autonomie aus der Sicht des Feminismus und der feministischen Bioethik und damit, wie der Aufschub der Mutterschaft geschlechtsspezifische Ungleichheiten überlagern kann. Er konzentriert sich auf die Vitrifikation von Eizellen aus nicht-therapeutischen Gründen und die damit verbundene Anwendung einer hochkomplexen Technik, ihre Erfolgsraten und das soziale Narrativ über dieses medizinische Verfahren: Er führt das Konzept der induzierten Autonomie als Einschränkung der Selbstbestimmung von Frauen bei der Ausübung ihrer reproduktiven Rechte ein.

Schlüsselwörter: Vitrifikation von Eizellen; Autonomie; Assistierte Reproduktionstechniken; Reproduktive Rechte; Mutterschaft.

Introducción

Una serie de avances biotecnológicos a partir de la segunda mitad del siglo XX ha permitido intervenir sobre el cuerpo humano por distintas razones, tanto curativas y paliativas, como así también predictivas y transformadoras, todo lo cual tiene efectos sociales, pero además dilemas éticos y morales que llevan a reflexionar sobre la toma de decisiones. Existe una tensión entre lo deseable, lo posible técnicamente y lo adecuado éticamente. Las sociedades pluralistas y multiculturales de la actualidad exigen respeto por la autonomía de cada ser humano y abogan por resolver esa tensión.

En particular, el caso de las técnicas de reproducción asistida permite analizar las controversias éticas generadas por la intervención de la tecnología en los procesos de reproducción, ya que han modificado tanto los vínculos como las prácticas sociales. En esa línea, consideramos pertinente explorar el concepto de autonomía y el aporte del pensamiento feminista a la bioética.

Conceptualización del término *autonomía*

La palabra *autonomía* deriva del griego *autos* (“propio”) y *nomos* (“regla”; “autoridad” o “ley”), y en un principio se utilizó en referencia a la autorregulación y al autogobierno de las ciudades-Estado helénicas independientes. Si bien actualmente se utiliza para las personas, adquiere significados diversos en ese sentido, como elección individual, libre albedrío, libertad, autenticidad o ser dueño de uno mismo. Es un concepto que ni para la filosofía ni para la lengua es unívoco.

Durante los siglos XVII y XVIII, el término *autonomía* comienza a utilizarse dentro de las ciencias jurídicas como autodeterminación política, pero es a partir del año 1756 que el concepto se transformó en central para la filosofía.

Fue Immanuel Kant (1724-1804) quien consideró que la autonomía es la capacidad de la razón humana pura de darse sus propias leyes, entendida como autolegislación mediante la razón. Para Kant, el imperativo categórico —*imperativo* porque ordena y *categorico* porque no se haya condicionado por ningún fin— es considerado un principio

aplicable a todas las situaciones y por cualquier sujeto racional, de modo que la acción se realiza por sí misma y es un bien en sí misma. Afirma que la libertad es esencial y que la autonomía es “la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional” (Kant, 1973).

En relación con el concepto de autonomía, debe retomarse lo dicho por Kant en su texto como respuesta a la pregunta *¿Qué es la Ilustración?* (1784), define la autonomía como la capacidad del hombre para tomar decisiones por sí mismo. Según esta definición, lo primero que debe considerarse es la autonomía como una capacidad que puede estar diezmada o incluso ausente en el ser humano, y que no puede ser igual para todas las personas dado que en muchas ocasiones las personas que no tienen su autonomía disminuida pueden desear no lo que la recta razón ordena, sino lo que los sentimientos desean. (Mazo Álvarez, 2012)

La libertad kantiana implica cumplir la ley moral, donde las acciones propias son el resultado de la convicción y no de la coacción de fuentes externas. En la medida en que se es capaz de razonar, ser autónomo no es hacer lo que le parezca al individuo, sino que debe hacer lo que le propone la ley moral, hacer el bien. Autogobernarse se entiende como poseer un criterio propio; que implica ser cuestionador y a la vez analítico ante situaciones externas. (Mazo Álvarez, 2012)

Sin embargo, la existencia universal de esa capacidad no garantiza que pueda usarse de algún modo. Existen restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. (Pellegrino, 1990) El concepto que sostiene Kant sobre autonomía es concebido como guiarnos por la razón, es decir que no basta que la decisión se tome sin coerción, sino que considera que decidimos autónomamente cuando lo hacemos según principios racionales. Mientras que la heteronomía es entendida como lo contrario a la autonomía, es decir, cuando alguien rige su vida por lo que determinan otros y en particular se refiere a la determinación por aquellos factores —impulsos, deseos, creencias irracionales, emociones— que están más allá de nuestra voluntad racional.

Por otro lado, las teorías que tienen en cuenta las consecuencias, llamadas *teleológicas* —en griego, *telos* significa “fin” — o *consecuencialista*, tienen como

principal representante al utilitarismo de Stuart Mill (1806-1873), quien considera que aquello que hace a un acto bueno o malo es el grado de utilidad que sigue a ese acto, las mejores consecuencias son aquellas que producen la mejor felicidad, una acción es correcta cuando promueve el mayor excedente de felicidad. (Mill, 1984) Cuando nos referimos a la autonomía como libertad de toda coerción, hablamos de ser libres de la interferencia de otros —sociedad, instituciones, actores sociales—, que según Mill nadie puede ser legítimamente obligado a hacer o dejar de hacer algo, a excepción de cuando hacerlo o no hacerlo implique un daño a los demás.

Otra concepción sobre la autonomía es la que sostiene que, si bien nuestros valores derivan de la razón, decidimos autónomamente cuando lo hacemos sin coerción de otros y tomamos las decisiones sostenidas en nuestros propios valores, que se relacionan con nuestros planes de vida. En esta línea encontramos a los bioeticistas norteamericanos Beauchamp y Childress, autores de *Principios de ética biomédica* (1979), quienes consideran que nuestras conductas cotidianas son “intencionales, bien comprendidas y no controladas por influencias de los demás” y que se deben reconocer las capacidades y perspectivas de esa persona para elegir y realizar acciones basadas en sus valores personales y creencias. Definen el principio de respeto de la autonomía de la siguiente manera: “El principio de respeto de la autonomía ‘puede formularse negativamente: las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros’. Este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción, como por ejemplo ‘debemos respetar los puntos de vista y derechos del resto de las personas, siempre que sus ideas y acciones no supongan un grave perjuicio para otros’. De esta obligación deriva el derecho a la autodeterminación, que defiende una serie de derechos de autonomía, incluyendo los de confidencialidad e intimidad. Para que este principio sirva de guía práctica para la conducta tiene que ser especificado en función del contexto, y si la especificación es apropiada señalará cuáles son las excepciones válidas. Este proceso de especificación dará lugar a derechos y obligaciones de libertad, intimidad, confidencialidad, sinceridad y consentimiento. (Luna, 2008)

Beauchamp y Childress hacen una distinción precisa y válida entre la persona y la acción autónoma, refieren a las acciones autónomas como intencionales, con

conocimiento y sin influencias de control, que determinen la acción y las elecciones autónomas. Las acciones pueden tener distintos grados de autonomía según cumplan con la condición de ser comprendidas y de carecer de influencias externas. Asimismo, tanto la falta de control como el grado de conocimiento deben analizarse desde una presencia completa hasta una ausencia absoluta. Consideran que una acción es autónoma cuando cumple parcialmente alguna de estas condiciones y no necesariamente una ausencia total de influencias ni tampoco un completo conocimiento. (Luna, 2008, p. 60) Para estos autores la autonomía implica seguir voluntariamente un valor.

Rebecca Walker (1969) escritora, feminista y activista estadounidense, realiza una crítica al enfoque de Beauchamp y Childress sobre el principio de autonomía, a saber: “1) que no identifican correctamente las acciones y elecciones no-autónomas, 2) que se da una idea falsa de las características de las acciones y elecciones que las hacen no autónomas, y 3) que no ofrecen motivos para la exigencia moral de respetar la autonomía” (Pérez Declercq, 2012). La autora comienza apuntando que la ética médica debe centrarse en el respeto de la persona autónoma, no de sus acciones. Mientras que Beauchamp y Childress plantean como requisito que las acciones autónomas estén prácticamente exentas de influencias controladoras, en términos de control de otros, según sostiene Walker, no hay una discusión detallada acerca de estos tipos de controles internos, solo se hace referencia a las enfermedades debilitantes, los trastornos psiquiátricos y el uso de drogas como condiciones personales que socavan la autonomía.

Feminismo y autonomía reproductiva

Abordar algunos aportes que ha realizado el feminismo nos ayudará a analizar cómo la capacidad biológica de las mujeres se ha transformado en un imperativo y cómo la tecnología colabora en la consolidación de un poder sexista.

Se entiende por *feminismo* tanto a la corriente teórico-filosófica, la cual formula sus bases y elabora su teoría, como al movimiento sociopolítico global que, al ser un

fenómeno colectivo histórico, plantea de manera organizada las denuncias de opresión y las demandas de reivindicación de las mujeres.

El feminismo se basa en la idea de que, a nivel mundial y a lo largo de la historia, las mujeres —a causa de su género— han sido y siguen siendo objeto de opresión por parte de los varones. Sostiene que son perjudicadas por una desigualdad —económica, laboral, política, jurídica, social, emocional e ideológica— que resulta en beneficio del varón, de manera más o menos manifiesta. (Moreira, 2016)

El movimiento feminista se considera un proceso emancipador de la humanidad, articulado a otros desarrollos históricos similares, de los cuales se nutrió y ayudó a estructurar mediante sus teorías y sus prácticas particulares. Por un lado, denuncia las situaciones de inequidad o injusticia sufridas por las mujeres. Por otro, arenga a la sociedad hacia la toma de conciencia de esta situación, intenta visibilizarla, problematizarla y remediarla al promover medidas concretas y políticas de equidad de género —tanto a nivel estatal como de organizaciones no gubernamentales—. Impulsa un cambio en las configuraciones sociales tendiente a la abolición de las jerarquías y de las desigualdades entre los sexos. (Moreira, 2016, p. 176)

El feminismo desafía el orden social y el código cultural arraigado más profundamente en la humanidad; justamente por eso ha sido históricamente denigrado.

En tanto cuerpo teórico, el feminismo no es un constructo homogéneo, ni siquiera un conjunto cerrado de ideas: está conformado por una gran cantidad de teorías que representan a muchos sectores de la sociedad, a distintas líneas teóricas dentro del mismo movimiento y a corrientes internas plurales, no siempre convergentes. Sin embargo, todas tienen en común el haber surgido a partir de la concientización, el análisis y el estudio de la condición de las mujeres en todos los órdenes de la sociedad, ya sea en sus ámbitos domésticos y educativos como laborales, civiles y políticos, entre otros. A partir de este movimiento sociointelectual, surgieron más adelante los estudios académicos de género —comenzando por los Estudios de la Mujer— de los cuales, sin embargo, el feminismo se diferencia principalmente en su voluntad reivindicatoria y su toma de posición estratégica para la consecución de sus fines libertarios.

Con la participación de las mujeres en ámbitos específicos del Estado, se institucionalizó el movimiento; con la conquista de los ámbitos académicos, el feminismo complejizó sus reflexiones, investigó con mayor rigurosidad teórica y construyó tesis. Es así como la emancipación de las mujeres se incluye en la agenda pública desde mediados de los años 70. Algunos críticos afirman que con la institucionalización del movimiento feminista se perdió potencia; sin embargo, podríamos pensar que se trata de un nuevo tiempo, cuya pujanza se focalizó en otros ámbitos: luego de ganar la calle el feminismo conquistó espacios estatales, sociales y académicos que le brindaron legitimación y un marco conceptual. (Moreira, 2016)

Aun así, la inequidad de género perdura en las más diversas culturas, aunque no podemos referirnos a la situación de la mujer de un modo universal u homogéneo.

Fueron los movimientos feministas los que han colaborado para que el organizador de la sexualidad femenina no siga siendo exclusivamente la maternidad. El binomio mujer-madre comenzó paulatinamente a perder consistencia. A pesar de ello, en ocasiones son las mismas mujeres quienes no logran ceder la exclusividad de sus lugares de crianza. En este sentido, como decía Mary Wollstonecraft hace más de dos siglos, “las mujeres parecieran dedicarse más a lustrar sus cadenas que a tratar de sacudírselas”. Resulta difícil dejar de pensar a los hijos como propiedad y ceder la identidad que ello les aporta. Badinter sostiene que la actitud de la mujer respecto de la implicación paterna en la crianza de los hijos no se va a modificar significativamente hasta tanto la sociedad en su conjunto no haya instaurado un nuevo modelo de distribución de poderes entre hombres y mujeres. (Nudler y Romaniuk, 2005)

Podemos señalar como objetivos de la segunda ola feminista el alcanzar la igualdad económica con el varón, el reconocimiento del trabajo doméstico, el derecho al aborto, la discusión sobre la perspectiva biológica que plantea como “natural” a la maternidad, y la emancipación de la mujer de la hegemonía masculina.

Si bien han sido muchos los avances en relación con la equidad de género de las distintas olas del feminismo, aún en la actualidad persiste en la sociedad cierta jerarquía de roles a favor del hombre, la que incluso solapadamente discrimina a la mujer. En teoría, mujeres y hombres tienen iguales derechos; sin embargo, en lo cotidiano, aún

padecen, debido a su género, abusos laborales, económicos, sometimientos sexuales y situaciones de violencia. Se siguen observando posiciones desventajosas de la mujer tanto en el plano laboral como en el doméstico, en el privado como en el público. (Amorós, 1997)

En la actualidad, se busca crear un nuevo punto de vista mediante la adquisición de una nueva red conceptual. Lo cierto es que la búsqueda de paridad y equidad entre hombres y mujeres —sean feministas, homosexuales, *gays*, transexuales, bisexuales o *queer*— no ha perdido necesidad, actualidad ni trascendencia.

No es posible globalizar las posiciones feministas; sin embargo, todas ponen el énfasis en la autonomía y en la posibilidad de elección por parte de las mujeres. Asimismo, dependerá de qué se entienda por autonomía reproductiva, si esta se interpreta como la posibilidad de una maternidad diferida mientras la mujer se desarrolla laboral y profesionalmente para así superar las restricciones biológicas respecto del varón; o podemos pensar que de lo que se trata es de una autonomía inducida y una compensación de las restricciones sociales como efecto de las diferencias de género.

El feminismo radical¹ —que a su vez se identifica con el feminismo de la diferencia²— le supone a la tecnología un carácter fuertemente patriarcal en el que las biotecnologías son consideradas opresoras del cuerpo de las mujeres. Si bien ha sido de importancia el aporte de su análisis en los debates, no puede dejar de considerarse el esencialismo en que el feminismo radical entiende las identidades de género. El surgimiento del feminismo socialista³ denuncia a la tecnología como una manifestación masculina y capitalista, y considera que el éxito de una innovación tecnológica está determinado por múltiples factores sociales, de modo tal que sociedad y tecnología están íntimamente

¹ El feminismo radical es una corriente estadounidense que se desarrolla entre 1967 y 1976 con enorme influencia en todos los movimientos posteriores. Su lema es “Lo personal es político” y sus principales obras de referencia son *La política sexual*, de Kate Millet, y *La dialéctica del sexo*, de Shulamith Firestone.

² El feminismo de la diferencia es una corriente del feminismo que aboga a la diferencia sexual como liberadora de la mujer. Su lema, “Ser mujer es hermoso”, está inspirado por el eslogan americano “Black is beautiful”.

³ El feminismo socialista es una corriente teórica y política que hace una crítica tanto del capitalismo como del patriarcado, enfatizando las esferas tanto públicas como privadas de la vida de las mujeres, y que argumenta que la liberación solo puede ser lograda a través de poner fin a las fuentes tanto económicas como culturales de la opresión de las mujeres. Es una teoría y movimiento que amplía el argumento tradicional marxista del papel de la opresión de clases en la opresión de las mujeres. (Ergas, 2000)

imbricadas; de aquí la importancia de una perspectiva de género al momento de analizar la tecnología.

Aportes del feminismo a la bioética

La segunda ola feminista y la bioética registraron un desarrollo independiente en la década de 1960.

El primer antecedente de la bioética lo encontramos en el año 1947 con el Código de Núremberg, que surge a partir de los juicios de la Segunda Guerra Mundial a las jerarquías nazis y a algunos médicos por el tratamiento inhumano que habían recibido los prisioneros en los campos de concentración. El código recoge las deliberaciones en ese contexto y así se habla por primera vez sobre el tema de la experimentación futura en humanos, y se estipula que el paciente debe estar previamente informado y dar su consentimiento de forma voluntaria. Luego, en 1964, la Declaración de Helsinki (AMM, 1964) desarrolla los diez puntos que se habían planteado en el Código de Núremberg y no habían tenido aceptación general, pero sí habían logrado inspirar políticas nacionales sobre investigación con humanos en países como Alemania y Rusia. Por otra parte, la Declaración de Ginebra (AMM, 1948) establece como principio básico el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas. En 1979 la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Médica y del Comportamiento de los Estados Unidos publica el llamado *Informe Belmont*, con directrices para la protección de los individuos que participen como sujetos de experimentación en biomedicina, basadas en los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

En los años 80 surge el término ética feminista, a partir de un grupo de filósofas para quienes el estatus de las mujeres era una inquietud ética importante. Estas académicas pusieron sobre relieve lo indispensable de hacer foco en las mujeres, el género y las consecuencias de su subordinación —que había sido ignorada hasta ese momento— para comprender cuestiones de la ética práctica, lo cual fue de gran influencia en la bioética feminista. (Jaggar, 2001)

Podemos afirmar que el pensamiento feminista ha hecho aportes importantes para una ética feminista que sostiene como objetivo principal la eliminación de toda opresión a la mujer y para ello pone principalmente el foco en la autonomía.

Si bien, en la década de 1980 la bioética comienza a desarrollarse, continuaba siendo marginada la perspectiva feminista. En 1996, Susan Wolf —filósofa estadounidense— publica la investigación *Feminismo y bioética: más allá de la reproducción*, con la incorporación de perspectivas feministas sobre muchos temas, incluida la concepción individualista abstracta de la autonomía personal. Asimismo, es de gran importancia la posición feminista respecto de la reproducción asistida por tener en cuenta las diferencias de poder y estructurales que dan forma a estas tecnologías, principalmente considerando la participación desproporcionada de los riesgos en el cuerpo de las mujeres y la ramificación de los problemas reproductivos. (Wolf, 1996)

La bioética feminista ha contribuido a la teoría en dos áreas principales, referidas a la ética del cuidado y a la conceptualización de la autonomía.

Respecto a la ética del cuidado, es de subrayar el aporte de la psicóloga feminista Carol Gilligan (2013) y los efectos que sus trabajos han generado en muchos otros autores, quienes han puesto el énfasis en los patrones de razonamiento moral que supuestamente son característicos de las mujeres, razonamiento que prioriza el cuidado, las relaciones y las responsabilidades. Esta posición ética basada puntualmente en “la atención” ha sido criticada por algunas feministas, como Susan Sherwin (1992) en su trabajo *Ética feminista y atención médica*, en el que pone de manifiesto que la atención carece de perspectiva política y profundiza en los patrones de dominación y opresión que afectan a las mujeres.

El feminismo mantiene una posición ambivalente con respecto a la autonomía. Si bien se considera imprescindible para contrarrestar la opresión, algunas feministas la ponen en cuestión por considerarla uno de los ideales masculinos, que en lugar de empoderar a las personas oprimidas protege a los poderosos; otra de las objeciones planteadas sostiene que las concepciones tradicionales tienden a ignorar la naturaleza social y promueven una posición universalista de la persona. Aun así, estas críticas no

implican necesariamente que el concepto de autonomía no pueda ser de relevancia, de lo que se trata es de hacer un viraje para poder pensarla desde otra perspectiva.

La bioética feminista va a poner precisamente el foco en la autonomía relacional, en tanto que las personas se encuentran arraigadas social e históricamente, moldeadas por diversos factores, y en cómo los vínculos adquieren suma importancia en la formación del sujeto. No solo se trata de la posibilidad de optar por un curso de acción, sino fundamentalmente de analizar cuáles son las características tanto políticas como sociales que proponen las opciones a elegir y evitar las condiciones de opresión. Entre las teóricas feministas que desarrollaron el concepto de autonomía relacional se encuentra Susan Sherwin, Anne Donchin y Mary Mahowald.

Las debilidades que Susan Sherwin observa en la concepción dominante de la autonomía son: “(...) la necesidad de elegir de un menú preseleccionado de opciones que pueden ser incompatibles con los valores y preferencias de la paciente, la autoridad del proveedor para determinar qué es lo que cuenta como una información adecuada, y la necesidad de un profundo sentido de la autonomía para evaluar las posibles presiones coercitivas” (Stoljar, 2018).

La autora dirá respecto de la autonomía relacional que “(...) es tanto definida como lograda en un contexto social y que ese contexto influye de manera significativa sobre las oportunidades que un agente posee para desarrollar sus capacidades de ser autónomo... Al afirmar la primacía teórica del individuo, las teorías basadas en la autonomía caracterizan las obligaciones sociales y morales como esencialmente secundarias a las consideraciones basadas en el propio interés. Tratan a las comunidades y a los lazos que las unen como un problema que es preciso justificar, procediendo como si el concepto de un individuo separado de la comunidad tuviese coherencia. Ignoran el hecho de que nuestra identidad y nuestras preferencias son, en buena medida, el fruto de nuestra historia social y de nuestras circunstancias actuales” (Sherwin, 1998, p. 48-50).

La autonomía no puede pensarse como abstracta y general, es una capacidad que se desarrolla en relación, no es un atributo estático sino más bien dinámico. Por lo cual se puede ser autónomo en muchos aspectos, pero ante circunstancias vulnerables, se

tastabilla y es allí donde la estructura de cada sujeto, las circunstancias, la relación con el otro y la comunicación adquieren mayor importancia.

El concepto de sujeto consciente, autodeterminado y dueño de sí es una abstracción; como formula el psicoanálisis, somos sujetos divididos, sujetos del inconsciente. Poder registrar nuestra falta de completitud y certeza es lo que nos permite hacernos responsables de nuestras limitaciones. Butler se refiere al tema como la opacidad primaria del sujeto en tanto sujetos opacos, ni plenamente transparentes ni cognoscibles.

En este marco, en el desconocimiento del sí mismo, es en el que el otro semejante adquiere importancia, nos interpela ante la pregunta *quién eres* y nos exige la narrativa de *dar cuenta del sí mismo* (Butler, 2009). La ética de la responsabilidad que plantea Butler se contrapone a las concepciones éticas violentas que consideran que el sujeto es portador de un yo soberano, y no reconocen su estado de vulnerabilidad como intrínseco ni que esta puede acentuarse bajo ciertas condiciones sociopolíticas.

Es bajo este prisma de una bioética feminista que nos interesa dar cuenta de cómo las técnicas de reproducción asistida pueden estar naturalizando la medicalización de la reproducción humana.

El caso de la vitrificación de óvulos

En 1986 tuvo lugar el primer nacimiento vivo a partir de ovocitos criopreservados por congelación lenta. En lo referente a la técnica, al ser el óvulo una célula compuesta principalmente por agua, el congelamiento lento producía cristales de hielo en su interior, lo que generaba la posibilidad de daño en su almacenamiento y en su futuro uso e imposibilitaba así su fertilización.

Más tarde surgió el nuevo método de vitrificación —congelamiento instantáneo— y en 1999 tuvo lugar el primer nacimiento. Esta se realiza con crioprotectores a una temperatura aproximada de -196° , en nitrógeno líquido, para solidificar la célula y evitar así la formación de cristales de hielo, de modo que el óvulo pueda mantenerse en mejores condiciones y pueda ser utilizado con pocas probabilidades de que surjan complicaciones. (Valencia Llerena, 2012)

Desde finales de los 90 se ofrece a mujeres jóvenes con cáncer, que deben exponerse a tratamientos invasivos —cirugía, quimioterapia, radioterapia— congelar óvulos, debido a la posibilidad de esterilidad o menopausia prematura. Actualmente no es el cáncer sino el paso del tiempo la causa por la que muchas mujeres ven limitada la posibilidad de engendrar. Por eso, para contrarrestar la infertilidad futura, mujeres fértiles vitrifican sus óvulos para posponer de este modo la maternidad hasta un momento más “conveniente” o “apropiado”. A este proceso se lo llama “congelación social de óvulos”. Sin embargo, a la edad a la que suelen hacerlo (después de los 37 años), la calidad de sus ovocitos ya disminuyó y la tasa de éxito se reduce, por la baja tasa de fecundidad y mayor riesgo de aborto involuntario. Este dato clínico hace que la edad ideal para congelar óvulos sea a los treinta años. (ACOG, 2014a, 2014b)

En el último caso, se trata de mujeres sanas, sin infertilidad probada, lo que ubica a las técnicas de reproducción asistida (de aquí en más, TRA) como un intento por “preservar” la fertilidad. Entender el método de extracción de los óvulos que luego son vitrificados nos clarifica la reflexión sobre el uso no terapéutico de esta técnica.

La técnica en juego en la vitrificación de óvulos

Del millón o dos millones, aproximadamente, de óvulos presentes al momento de nacer, la mayoría se pierde naturalmente y en la pubertad quedan alrededor de medio millón, cantidad que decrece después de los 30 y mucho más después de los 40, cuando disminuye también su calidad. Debido a que la vitrificación permite una supervivencia mayor al momento de la descongelación, los expertos recomiendan que se la realicen mujeres entre 20 y 30 años, y no es recomendable para mayores de 38. (ACOG, 2014a, 2014b)

Algunos especialistas sostienen que la extracción de los óvulos es relativamente simple; otros, que es bastante compleja. El procedimiento consiste en estimular el ovario durante 10 a 12 días aplicando hormonas gonadotrópicas, que son folículos estimulantes, para obtener el mayor número posible de óvulos maduros. Este puede provocar algunos síntomas que van desde malestar abdominal, náuseas, vómitos y

diarrea, hasta otros más severos como hipotensión, aumento de la viscosidad sanguínea y síndrome de hiperestimulación ovárica. Si bien estos efectos adversos generalmente se controlan, entre el 0,1 % y el 2 % de los pacientes puede experimentar un síndrome de hiperestimulación ovárica grave, que produce coágulos de sangre, falta de aire al respirar, dolor abdominal, deshidratación y vómitos, y que requiere ingreso hospitalario. (ASRM, 2014b)

Una vez estimulados, mediante estudios por imágenes se determina la madurez de los folículos para extraerlos. Bajo anestesia, por vía vaginal se introduce una aguja fina, guiada por ecografía, que extrae el líquido de cada folículo maduro y junto con el líquido se obtiene, por cada folículo, un ovocito, que es congelado hasta el momento de su uso. (ASRM, 2014a)

Para evaluar la madurez del ovocito antes de la vitrificación hay que eliminar las células del cúmulo, lo que vuelve inadecuado al ovocito para la técnica tradicional de fertilización, y en su lugar se emplea la inyección de espermia intracitoplásmica (ICSI). Esto se debe a que se comprobó que el óvulo congelado dificulta la reproducción si la fertilización se hace *in vitro*. Así se produce la paradoja en caso de “congelación social”: se emplean técnicas de fertilización asistida de alta complejidad *in vitro* para parejas o mujeres solteras que no son necesariamente infértiles; en particular, el uso de ICSI, al emplearse independientemente de la etiología del factor masculino, que es el principal requisito previo para la aplicación de esta técnica.⁴ (Simopoulou *et al.*, 2018)

Estas mujeres fértiles que deciden vitrificar sus óvulos se exponen, entonces, a los riesgos de la técnica, entre ellos: embarazo múltiple, presión arterial alta, parto prematuro, bebés con bajo peso, etc.

En cuanto a las tasas de éxito, los datos a los que se acceden indican que la tasa de embarazo clínico por ovocito vitrificado de personas menores de 30 años es del 4,5 al 12 %, y disminuye con la edad al momento de la extracción. La tasa de nacimientos vivos

⁴ La microinyección intracitoplasmática, conocida como ICSI, es utilizada para tratar casos de esterilidad masculina o anomalías en el espermia: La fecundación *in vitro* con ICSI es una técnica de reproducción asistida que permite fecundar un óvulo mediante la microinyección en su interior de un solo espermatozoide.

es del 2 al 12 % para mujeres menores de 38 años (Assisted Reproductive Technology, 2017), dato que indica que el congelamiento de óvulos no garantiza un hijo, que crea una falsa seguridad y si bien depende del estado de salud precedente, aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia y parto por cesárea, además de las consecuencias psicosociales de tener un hijo a edad avanzada.

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF), en su Grupo de Preservación de la Fertilidad, manifiesta que la eficiencia por óvulo descongelado en mujeres mayores de 37 años es de un 5 %, aconseja congelar un mínimo de ocho óvulos y comenta: “El propio término ‘preservación’ sugiere una certeza que va más allá de lo que realmente podemos ofrecer”.

Un estudio realizado en Estados Unidos reveló que solo la mitad de las mujeres usaron los ovocitos vitrificados. Entre 2009 y 2011, de las 140 mujeres a quienes se les ofreció el tratamiento, el 61,4 % completó el ciclo de vitrificación con una media de 36,7 años, por motivos sociales, no terapéuticos. El estudio proporcionó información sobre un aspecto psicológico: la tranquilidad asociada con el acto preventivo, pero combinada con la menor intención de utilizar los óvulos. Al año del procedimiento, el 50,8 % dijo que usaría los ovocitos en algún momento, mientras que a los tres años, el 29,2 % consideró su uso menos probable de lo previsto cuando recuperó los ovocitos. Sin embargo, el deseo de tener hijos no disminuyó, solo que el exceso de optimismo de engendrar de manera natural a edad avanzada se contrapuso al tratamiento preventivo. (Stoop *et al.*, 2015)

Las tasas de éxito van a variar dependiendo de la edad y la cantidad de ovocitos congelados. Según datos de 2016 del Centro de Ciencias Reproductivas de Fertilidad Shady Grove, una institución estadounidense de referencia mundial, una mujer de 41-42 años con 10 ovocitos congelados tiene 25 % de posibilidades de tener al menos un hijo y solo un 5 % de llegar a tener dos hijos con esos ovocitos congelados. (BBC, 2017) Otro dato es el brindado por IVI Buenos Aires, que del análisis de 1.400 pacientes destaca que en mujeres menores de 35 años que preservaron 10 óvulos la probabilidad de un nacimiento vivo es del 60 %. Si preservaron 5 óvulos, desciende al 15,4 %. En las

mayores de 36, si congelaron 10 óvulos, la probabilidad es del 30 % y cae al 5 % con 5 óvulos.

Gustavo Botti, expresidente de SAMER, sostiene que mientras la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva considera los 29 años como la edad óptima para congelar óvulos, las argentinas lo hacen, en promedio, a los 38 y medio. Aclara que entre 2013 y 2016 aumentaron las vitrificaciones por motivos sociales —no oncológicos o por medicaciones que afecten a futuro el embarazo, que lo cubren las obras sociales y prepagas— y pasaron del 3 al 5%. (Vexler, 2018)

Cómo se publicita la vitrificación de óvulos en nuestra sociedad

En cuanto a esta narrativa, la podemos rastrear en diferentes ámbitos de comunicación social. Susan Herzberg, presidenta de Prelude Fertility, una red de clínicas estadounidenses expresó en el *New York Times* de noviembre de 2018 que la preservación de la fertilidad “antes atraía sobre todo a mujeres a finales de sus treinta”, mientras que ahora atrae a mujeres más jóvenes, en parte gracias al *marketing* y a la promoción de las técnicas. “Me han contactado padres que tienen hijas adolescentes o que están en la universidad y que ven en la congelación un posible regalo”, dijo Valerie Landis en su blog *Eggspereience*. Varias empresas hacen campañas en radio, televisión, medios gráficos y redes sociales con mensajes que mezclan el tono amistoso con otro alarmista: “Congela tu futuro” o “los óvulos son un recurso no renovable”. Casi todos son acompañados por imágenes de mujeres jóvenes, blancas, de clase media-alta.

La nota continúa diciendo que algunas clínicas incluso realizaron fiestas en las que se reparten champán y canapés junto con la información. Otras hablan del procedimiento en Instagram y una clínica de Nueva York, Kindbody, invitó a clientas potenciales a subir a un autobús en el que hacían pruebas hormonales.

En Argentina, la información que internet arroja sobre la vitrificación de óvulos contiene mensajes como los siguientes: “La congelación de óvulos a una edad donde las posibilidades de lograr el embarazo son óptimas permite sostener el deseo de ser madres, como si el tiempo no avanzara” (SEREMAS); “Con un procedimiento muy simple

podés poner el tiempo de tu lado y tener la libertad de hacerlo cuando estés preparada” (Cegyr); “Extiende tu fertilidad y desarrolla tu vida sin límites” (Extiende Genaden).

En cuanto a los costos, la información al respecto exigía asistir a una consulta médica, por lo que este dato fue obtenido de notas periodísticas. Así, en noviembre de 2018, el diario *Clarín* publica una nota en la que decía: “... aparecieron las ofertas: hoy, el sector ofrece desde 2 x 1 si se congelan óvulos junto a una amiga o una hermana hasta cuotas sin interés y promociones de descuento del 20 %”. (Vexler, 2018)

Con todo este material en la mesa se infiere que hay una relación directa entre la comunicación de los tratamientos como instrumento estratégico para su difusión y la venta de productos para el consumo. (Derderian, 2019)

La indicación clínica del congelamiento de ovocitos por razones no terapéuticas se fundamenta en la autonomía reproductiva de la mujer y en la ventaja que da resguardarlos ante el avance de la edad. Sin embargo, la vitrificación de óvulos en mujeres sanas como “seguro” contra la infertilidad, sin la adecuada información sobre los resultados y los posibles riesgos, parece fundarse en la explotación comercial y en socavar la mentada autonomía.

Cabe preguntarse si la publicidad, creadora de una narrativa que se impone, está generando expectativas poco realistas sobre las probabilidades objetivas de éxito y vulnerando así a quienes se exponen al tratamiento, más aún cuando no hay suficientes datos para saber con certeza la tasa de natalidad a partir de óvulos vitrificados, en especial después de los 35 años. Si estas mujeres creen adquirir un “seguro” contra la infertilidad causada por la edad, pueden estar actuando por desesperación — exacerbada por la presión social que aún recae sobre ellas— y desinformación —por el *marketing*— yendo así contra sus propios intereses.

Karey Harwood propone medidas regulatorias para frenar la posible explotación comercial, que podrían ser incluir las tasas de éxito de la FIV en el informe anual (de fácil acceso), una limitación del número de ciclos de recuperación de óvulos de una mujer, un límite en el costo del proceso de recuperación y almacenamiento, y un límite de edad para la admisión de la preservación de óvulos. (Harwood, 2007)

¿Se induce una decisión en nombre de la autonomía?

Tras haber presentado el concepto de autonomía a la luz de la bioética, expresamos que el corrimiento de las fronteras de la ciencia médica más la medicalización de la reproducción son el germen de una respuesta individual a carencias sociales y de una autonomía inducida por exigencias sociales y del mercado. También dijimos que la vitrificación de óvulos por causas no terapéuticas y la posterior aplicación de las TRA de alta complejidad, lejos de favorecer la autonomía, reproduce la asimetría y la desigualdad de género.

Lo que se oculta detrás de esta forma de reproducción presentada como elección individual son condiciones estructurales, entre ellas el mercado, y el deslizamiento de las responsabilidades hacia el individuo por sus elecciones. “... una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos ‘consumidores’ que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses” (Pérez Declercq, 2012, p. 1503).

Corine Pelluchon nos insta a interrogarnos sobre el principio de autonomía,⁵ que cobró importancia con el surgimiento de la bioética en los 70 en un contexto de impugnación a la autoridad y de erosión de la confianza para garantizar el respeto a la persona. Así, la autonomía se volvió una fuente de valor en sí misma y deben ser respetadas las decisiones individuales, independientemente de su contenido o grado de sabiduría, siempre que surjan del sujeto. (Pelluchon, 2013)

El deseo, entonces, es pensado como fuente de derechos, pero subyace la idea de que las personas no debieran experimentar la frustración y se reduce así el primero a la satisfacción. Los objetivos de la medicina ya no son meramente terapéuticos, ahora también se le encarga terminar con la frustración y el fracaso. Por eso, a veces las personas se corren de su responsabilidad subjetiva para dejarla en manos de profesionales, para que mediante recursos técnicos limiten lo imprevisible. El miedo a

⁵ Para Thomas Beauchamp y James Childress, el individuo autónomo es el que “actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido”. Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales: a) la *libertad*, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) la *agencia*, es decir, la capacidad para la acción intencional.

la muerte se ha trocado en temor al fracaso, lo irreversible y la pérdida, y la no realización de un deseo es leída como fracaso personal o como lo llamó Kierkegaard: el desespero.⁶

De ningún modo aquí se cuestiona a la tecnología ni si las prácticas son buenas o malas, sino que nos interrogarnos sobre nuestras prioridades y el uso de ciertos conceptos. El avance biotecnológico y las modificaciones sociales de las últimas décadas exigen que nos replanteemos lo obvio una y otra vez. Hoy en día la libertad se inscribe en la imposibilidad de tolerar la incertidumbre y el riesgo, y en la demanda de que la sociedad debe ofrecer los medios para satisfacer ese deseo.

A modo de conclusión

Entre 2008-2010 se reportaron 4.461.309 de ciclos de reproducción asistida en 60 países, con una tasa del 19 % de niños nacidos. Según el informe del Comité Internacional de Monitorización de Técnicas de Reproducción Asistida, el 23 % de las solicitantes tenía más de 40 años. (Dyer, 2016) Lo que queda clarificado es que el aumento de las TRA no resuelve las causas de la infertilidad ni permite su disminución. Pareciese que no se tiene en cuenta el envejecimiento ovárico fisiológico, caracterizado por una pérdida progresiva de la cantidad y calidad de los óvulos, lo que estrecha el período reproductivo de la mujer que culmina en la menopausia.

Las TRA permitieron que, en los últimos años, treinta millones de personas tuviesen hijos biológicos y que la reproducción humana se volviera una industria que genera miles de millones de dólares, como comenta Debora Spar (2006) en su libro *The Baby business. Cómo el dinero, la ciencia y la política impulsan el comercio de la concepción*, en el que menciona las ganancias de las clínicas de fertilidad. Con las TRA se da una privatización de los cuerpos, particularmente del cuerpo de la mujer, hecho que contradice —al decir de Wendy Harcourt— la lucha de las mujeres por tener el control de sus cuerpos, ya que

⁶ *La enfermedad mortal* es un libro escrito por el filósofo Søren Kierkegaard en 1849, bajo el seudónimo de Anti-Climacus. Obra del existencialismo cristiano, el libro trata el concepto de “desesperación”, equiparado al concepto cristiano de “pecado”, particularmente de “pecado original”.

las funciones biológicas se han convertido en bienes de mercado. Así, los cuerpos femeninos resultan más manipulables y las mujeres, más vulnerables económicamente. (Harcourt, 2011)

En general, los medios de comunicación enfatizan los beneficios y minimizan los riesgos, y de este modo coaccionan a las mujeres a que se aseguren la posibilidad de tener un hijo genéticamente relacionado y sano. Congelar óvulos por causas sociales es una respuesta a un problema no médico, lo que medicaliza la reproducción. Una vez más, la ciencia pretende aislar las emociones y los efectos psíquicos que una decisión así conlleva, más allá de los riesgos físicos a los que se expone una mujer por causas no médicas.

En 2014 se hizo público que empresas como Apple y Facebook (BBC, 2014) pagaron como incentivo a sus empleadas el tratamiento para preservar sus óvulos. Si bien la noticia fue presentada con un signo positivo, no está exenta de polémica y generó posiciones contrapuestas. Por un lado, por ejemplo, la del director médico del Care Fertility, una cadena de clínicas para la fertilidad que están principalmente en Reino Unido: “Es algo muy bueno que las empresas estén viendo esto como parte de su responsabilidad con sus empleadas femeninas y que empresas con visión de futuro como Facebook estén haciendo algo al respecto”. Mientras que Daisy Sands, de la Sociedad Fawcett, quien aboga por la igualdad de las mujeres, sostuvo: “La brecha salarial da un salto para las mujeres en sus 30 y eso es porque, después de tener hijos, muchas mujeres se ven obligadas a disminuir su nivel de antigüedad y de pago, debido a que los puestos de trabajo que ocupaban antes simplemente ya no están disponibles con el mismo nivel de flexibilidad. Congelar óvulos no es la respuesta” (BBC, 2014). Y las propuestas continúan. Recientemente, Mercado Libre anunció que daría apoyo económico (un cofinanciamiento del 70 %) para la congelación de óvulos, “beneficio” otorgado a empleadas mayores de 33 años que quieran posponer su maternidad.

Que las empresas hagan este tipo de ofrecimiento puede inducir la decisión, lo que vulnera la libertad y la autonomía y refuerza el modelo de que es madre quien pare. De este modo, se obtura la posible pregunta acerca de si se quiere ser madre o no, es decir que propuestas de este tipo, atractivas en apariencia, de plano dejan fuera al sujeto. La

mujer es quien debe perpetuar por naturaleza el lazo biológico enfatizando el narcisismo de la sangre como mandato social, facilitado ahora por la tecnología médica.

Vitrificar óvulos es una decisión que incide sobre el plan de vida personal, familiar y ahora también laboral. Incentivar a las mujeres a que lo hagan antes de formularse la pregunta por su deseo es generar una demanda. Lo que nos lleva a situar al mercado como principal beneficiario, porque siempre que se vitrifiquen óvulos habrá que recurrir a técnicas de reproducción medicamente asistidas, de alta complejidad. Asimismo, mediante esta maniobra se evita tener que recurrir en un futuro a la ovodonación —que en muchos países comienza a legislarse para que deje de ser anónima—, lo que asegura el linaje.

El aumento de la maternidad tardía es un fenómeno global que genera un negocio seguro para las clínicas de fertilidad asistida. Según estima Allied Market Research, (Sherkar, 2021) en 2023 el mercado alcanzará los 27.500 millones de euros en el mundo, con tasas de crecimiento anuales del 9 %. Una de cada seis parejas experimenta problemas de fertilidad en algún momento de su vida reproductiva, según la sociedad médica de fertilidad europea, (ESHRE, 2016) y el mercado potencial crece con más de 7 millones de mujeres que cada año retrasan la maternidad por causas profesionales y personales. (Sociedad Española de Fertilidad, 2011)

La sociedad talla los ideales y los transforma en performativos. Se naturaliza el uso de la tecnología y el control que el mercado ejerce sobre los cuerpos al producir sujetos consumidores mediante el uso de la publicidad que oferta supuestos beneficios.

De esta manera, la vitrificación de óvulos en mujeres fértiles sin causas terapéuticas consiste en una respuesta individual a carencias socialmente impuestas y desemboca en el ejercicio de una autonomía inducida, que impacta directamente sobre la autodeterminación de las mujeres impidiendo el pleno ejercicio de sus derechos y libertades. Debemos abogar por el respeto a la autonomía reproductiva de la mujer en su dimensión real y compleja, y no inducirlas a una maternidad impuesta a cualquier costo como parte del mandato patriarcal vigente.

Referencias

- ACOG (2014a). Oocyte Cryopreservation. Committee Opinion, 584, enero de 2014. Disp. en <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/01/oocyte-cryopreservation#:~:text=The%20American%20College%20of%20Obstetricians,reproductive%20aging%20in%20healthy%20women>. Consultado el 16/06/2022.
- ACOG (2014b). Female Age-Related Fertility Decline. Committee Opinion, 589, marzo de 2014. Disp. en <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/03/female-age-related-fertility-decline#:~:text=The%20study%20found%20that%20pregnancy,older%20than%2035%20years%206>. Consultado el 16/06/2022.
- AMM (1948). Declaración de Ginebra de la AMM. Disp. en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>. Consultado el 16/06/2022.
- AMM (1964). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Disp. en [https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20\(AMM,humano%20y%20de%20informaci%C3%B3n%20identificables](https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20(AMM,humano%20y%20de%20informaci%C3%B3n%20identificables). Consultado el 16/06/2022.
- Amorós, C. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- ASRM (2014a). *Can I freeze my eggs to use later if I'm not sick?* Disp. en <https://www.reproductivefacts.org/news-and-publications/patient-fact-sheets-and-booklets/documents/fact-sheets-and-info-booklets/can-i-freeze-my-eggs-to-use-later-if-im-not-sick/>. Consultado el 16/06/2022.
- ASRM (2014b). *Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS)*. Disp. en <https://www.reproductivefacts.org/news-and-publications/patient-fact-sheets-and-booklets/documents/fact-sheets-and-info-booklets/ovarian-hyperstimulation-syndrome-ohss/>. Consultado el 16/06/2022.
- Assisted Reproductive Technology (2017). *If/When/How. Issue Brief*. Disp. en <https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi6nffy39rtAhWxILkGHZXIDy8QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ifwhenhow.org%2Fdownload%2F%3Fkey%3Dh5OTORHcnCGNYkelnkQhyS2UsIkE4QSC1HC7t3aqvdnC5zgwbrNeSMFisdPcaxbQ&usq=AOvVaw3Vx6jC-0xcmXGbhNasYHGr>. Consultado el 16/06/2022.

- BBC (2014, 15 de octubre). *La polémica oferta de Apple y Facebook a sus empleadas*. *BBC Mundo*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141015_tecnologia_empresas_empleadas_ovulos_msd. Consultado el 16/06/2022.
- Butler, J. (2009). *Dar cuenta de sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Derderian, K. (2019). *La importancia de la comunicación externa como instrumento estratégico para la difusión de los tratamientos de fertilidad de los centros de reproducción asistida*. Buenos Aires: UBA. Disp. en http://comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/16/2019/07/DERDERIAN_TESINA.pdf. Consultado el 16/06/2022.
- Dyer, S. (2016). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2008, 2009 and 2010. *Human Reproduction*, 31(7): 1588-1609. Disp. en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27207175/><https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5480774>. Consultado el 16/06/2022.
- Ergas, Y. (2000). El sujeto mujer: el feminismo de los años sesenta y ochenta. En M. G. Duby y M. Perrott (dirs.), *Historia de las mujeres en occidente*. (5), 132-136. Madrid: Santillana.
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disp. en <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CCuaderno30.pdf>.
- Harcourt, W. (2011). *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos de género y desarrollo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Harwood, K. (2007). *The Infertility Treadmill: Feminist Ethics, Personal Choice, and the Use of Reproductive Technologies*. North Carolina: University of North Carolina Press.
- Jaggar, A. (2014). Ética feminista. *Debate feminista* 25(49), 8-44. <http://www.filosoficas.unam.mx/~gmom/etica2/Jaggar-Eticafeminista.pdf>. Consultado el 16/06/2022.
- Kant, I. (1973). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Luna, F. (2008). *Bioética. Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mazo Álvarez, H. (2012). La autonomía. Principio ético contemporáneo. *Revista colombiana de ciencias sociales*, 1(3), 115-132. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/880/829>. Consultado el 16/06/2022.
- Mill, J. S. (1984). *Sobre la libertad*. Madrid: Editorial Sarpe.
- Moreira, G. (2016). Los movimientos emancipadores de los Siglos XIX y XX y sus herencias. En C. Jones y G. Moreira (2016), *La deconstrucción del sexo. ¿Ser hombre? ¿Ser mujer? Pregunta equivocada*, 165-221. Buenos Aires: Warren ediciones.

- Nudler, A. y S. Romaniuk (2005). Prácticas y subjetividades parentales. *Revista de estudios de género. La ventana* (22), 269-285. <https://www.redalyc.org/pdf/884/88402211.pdf>. Consultado el 16/06/2022.
- Pellegrino, E. D. (1990). La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 108(5-6). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n%285-6%29p379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado el 16/06/2022.
- Pelluchon, C. (2013). *La autonomía quebrada. Bioética y filosofía*. Bogotá: Colección Bios y Oikos.
- Pérez Declercq, A. M. (2012). Promoción de la autonomía en salud reproductiva. Las mujeres pobres en el punto de mira. *Investigación y género. Inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*. Sevilla. 1493-1508. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5480774>. Consultado el 16/06/2022.
- Sherkar, K. (2021). *Fertility Services Market Expected to Reach \$25.71 Billion by 2027*. Allied Market Research, press release. Disp. en <https://www.alliedmarketresearch.com/press-release/fertility-services-market.html>. Consultado el 16/06/2022.
- Sherwin, S. (1998). *Hacia una ética feminista del cuidado de la salud*. México DF: Miguel Ángel Porrúa.
- Simopoulou, M. et al. (2018). Postponing Pregnancy Through Oocyte Cryopreservation for Social Reasons: Considerations Regarding Clinical Practice and the Socio-Psychological and Bioethical Issues Involved. *Medicina (Kaunas)*, 54(5), 76. Disp. en <https://www.mdpi.com/1648-9144/54/5/76>. Consultado el 16/06/2022.
- Sociedad Española de Fertilidad (2011). *La infertilidad en España: situación actual y perspectivas, Libro Blanco Sociosanitario*. Disp. en <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/libroBlanco.pdf>. Consultado el 16/06/2022.
- Spar, D. (2006). *The baby business: how money, science, and politics drive the commerce of conception*. Boston: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Stoljar, N. (2018). Feminist Perspectives on Autonomy. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Disp. en <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-autonomy/>. Consultado el 16/06/2022.
- Stoop, D. et al. (2015). Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. *Human Reproduction*, 2(30), 338-344. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432922>. Consultado el 16/06/2022.
- Valencia Llerena, P. (2012). Criopreservación de gametos y embriones humanos. *REDLARA (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida)*. Disp. en https://redlara.com/educacao_db_livro2.asp?USIM5=143. Consultado el 16/06/2022.

Vexler, E. (2018, 9 de noviembre). Salud reproductiva: Se encareció el sueño de la maternidad planificada y ahora ofrecen 2 x 1 para congelar óvulos. *Clarín*. https://www.clarin.com/sociedad/encarecio-sueno-maternidad-planificada-ahora-ofrecen-2x1-congelar-ovulos_0_sxehc5GEu.html. Consultado el 16/06/2022.

Wolf, S. (1996). *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Nueva York: Oxford University Press.