

El diagnóstico genético pre-implantatorio en Argentina a la luz del trabajo de Donna Haraway y los nuevos materialismos feministas



Lucía Ariza

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina
lucia.ariza@gmail.com

Fecha de recepción: 6/11/2022
Fecha de aceptación: 1/11/2023

Resumen

El artículo presenta resultados de una investigación en curso sobre el diagnóstico genético pre-implantatorio (PGT) del embrión en las clínicas de fertilidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Haciendo uso del concepto de conocimiento situado de Donna Haraway, y expandiendo esta contribución hacia los nuevos materialismos feministas, el texto propone comprender los encuentros clínicos en los que se conversa, recomienda y asesora sobre PGT como formas de agenciamiento. En tanto estos encuentros permiten la producción de una lectura singular de la situación clínica, se distinguen de los protocolos y razonamientos abstractos que producen equivalencias en la práctica médica. Así, se propone, los agenciamientos clínicos permiten garantizar una mayor objetividad, en su carácter situado, que los lineamientos generales sobre el uso del PGT en Argentina.

Palabras clave: diagnóstico genético pre-implantatorio; agenciamiento clínico, conocimiento situado; materialismos feministas; Argentina.

Pre-implantation genetic diagnosis in Argentina, in the light of Donna Haraway's work and feminist new materialisms

Abstract

The article presents results from a current study on Pre-Implantation Genetic Diagnosis (PGT) of the embryo in fertility centers of the City of Buenos Aires, Argentina. Making use of the concept of situated knowledges first proposed by Donna Haraway, and expanding this theorization towards that of new material feminisms, the text aims to understand the clinical encounters in which PGT is talked about, recommended and/or advised for, as forms of assemblage. Insofar as these encounters allow the production of a singular reading of the clinical situation, they differ from the protocols and forms of abstract thinking that are frequently used to produce equivalencies in medical practice. Thus, it is proposed, in their situated character clinical assemblages allow the exercise of a sounder objectivity than general guidelines about the use of PGT in Argentina.

Keywords: pre-implantation genetic diagnosis; clinical assemblages; situated knowledges; material feminisms; Argentina.

Introducción

En este artículo me propongo examinar ciertas técnicas de diagnóstico genético del embrión a la luz de los aportes teóricos de Donna Haraway (1995 y 1997) y de los nuevos materialismos feministas. Esta reflexión es resultado de la realización de un proyecto mayor en el cual se propuso indagar sobre las maneras en las cuales se lleva a cabo en Argentina el diagnóstico genético pre-implantatorio del embrión (usualmente, PGT).¹ El término PGT refiere a un conjunto de técnicas de laboratorio, utilizadas durante ciclos de reproducción asistida, por medio de las cuales es posible conocer la composición cromosómica y/o genética de un embrión in vitro. Existen varios tipos distintos de PGT, de acuerdo a las indicaciones médicas y los diferentes usos de que es objeto. A grandes rasgos, el PGT puede ser utilizado tanto para prevenir la ocurrencia de una enfermedad monogénica² de origen genético en familias o parejas con una historia conocida de este tipo de enfermedad, o para reducir los tiempos del tratamiento y/o aumentar las tasas de éxito³ de ciclos de reproducción

1 El PGT (test genético pre-implantacional) del embrión ha sido referido con diferentes nombres a lo largo del tiempo, desde sus inicios en la década de los años noventa como método de testeo del embrión para evitar la transmisión de enfermedades genéticas, hasta la actualidad, en la cual se ha expandido su uso con el objetivo de acortar los tiempos transcurridos hasta el embarazo durante la realización de tratamientos reproductivos. Actualmente, en el contexto regional se refiere usualmente al PGT como PGT-A (test de aneuploidías), PGT-EM (test de enfermedades monogénicas) y PGT-SR (test de rearrreglos estructurales), además de otros subtipos menos utilizados. En la conversación clínica cotidiana, el PGT es usualmente referido como "PGD" o "DGP". En este trabajo, nos referiremos principalmente al PGT-A, e indicaremos puntualmente los casos en los cuales referimos a alguno de los otros dos tipos de tests.

2 Es decir, causada por la alteración de un solo gen.

3 Para estos fines, se considera que el test más adecuado es el PGT-A (test de aneuploidías), aunque respecto del aumento de la tasa de éxito existe una fuerte controversia dentro de la comunidad científica (ver por ejemplo Gleicher *et al.* (2021) y ASRM (2018)). Resulta importante destacar también que el PGT-A es un test que ofrece únicamente información diagnóstica sobre la presencia o no de la cantidad correcta de cromosomas, y no sobre los genes (y sus posibles mutaciones) que contiene cada uno de esos cromosomas. El test que permite conocer si existe o no una alteración genética de los genes que puede ocasionar una enfermedad de ese origen es el PGT-EM (Test Genético Pre-implantatorio de Enfermedades Monogénicas), y el test que permite conocer si existen re-arreglos estructurales

asistida en personas o parejas que no tienen antecedentes conocidos de enfermedad genética. El primer uso corresponde a las razones por las cuales el PGT comenzó a desarrollarse como una técnica que podía ofrecerse a personas que buscaban evitar a un nuevo nacimiento con alguna enfermedad monogénica dentro de la familia. El segundo uso corresponde a desarrollos técnicos posteriores, y permitió ofrecer una respuesta médica a personas que por razones desconocidas no conseguían embarazarse aún luego de la realización de varios tratamientos de procreación. Al evaluar la composición cromosómica del embrión y evitar la transferencia de embriones con anomalías cromosómicas que son la causa frecuente de la falla de la implantación en el útero o de abortos espontáneos, el PGT-A se propone como una técnica que puede ayudar a seleccionar un embrión viable, ahorrando transferencias de embriones que no implantarán o que resultarán en aborto (espontáneo o voluntario). Cabe aclarar también que en Argentina el PGT suele ser un estudio muy caro incluso para quienes pueden afrontar un tratamiento reproductivo, y su costo está frecuentemente indicado en dólares estadounidenses.⁴

Como es claro, el PGT ha convocado a un importante debate a nivel global, usualmente calificado como “ético”, en torno a las posibilidades ofrecidas por el desarrollo de nuevas biotecnologías. En particular, y especialmente durante los primeros años de existencia de esta técnica, cuando el foco estaba puesto en ofrecer alternativas médicas a las familias con historia conocida de enfermedad genética, el PGT fue caracterizado por muchas voces como una técnica “eugenésica” (Burdett, 2007; King, 1999), que evitaba la transferencia de embriones con características que podían dar origen a una persona con una enfermedad genética. En algunos casos, se planteó la posibilidad de usos eugenésicos del PGT contra determinadas condiciones físicas como la intersexualidad (Sparrow, 2013), o se hicieron diferencias entre el PGT preventivo –para evitar la transmisión a la descendencia de graves enfermedades genéticas– y el PGT selectivo –para otorgar positivamente a la descendencia determinadas características expresamente buscadas por los progenitores– (Malamud Herrera, 2013). Por otro lado, desde otras perspectivas el PGT fue defendido como una técnica que promovía los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la salud, y a gozar del avance científico (Bascañán Rodríguez, 2013; Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lamm, 2014). Mientras que los principales aportes a la primera opinión (sobre el carácter eugenésico del PGT) provenían del campo de la bioética (principalmente la bioética cristiana), la mayoría de las reflexiones en torno a la segunda opinión (el PGT como ejercicio de un derecho) provenían del derecho. Si bien esta discusión no está saldada, actualmente existe un mayor consenso respecto del carácter de derechos, antes que eugenésico, del PGT.

En este artículo, me propongo reflexionar sobre un conjunto de testimonios sobre la realización del PGT en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, obtenidos de profesionales que se desempeñan en diferentes especialidades de la medicina y la psicología, y que están encargados de indicar, informar, llevar a cabo, asesorar sobre y acompañar la realización de test genéticos del embrión. Ya que los llamados “dilemas éticos” han sido un aspecto tan relevante de la discusión sobre PGT a nivel global, el proyecto se enfocó en conocer de qué manera se toman decisiones éticas en relación con el PGT

entre los cromosomas es el PGT-SR (Test Genético Pre-implantatorio de Re-arreglos Estructurales [Structural Rearrangements]).

4 Si bien Argentina cuenta con una Ley de cobertura de los tratamientos reproductivos (Nº 26862) que ha sido reconocida como fuertemente progresista en su formulación, en tanto no estipula a las y los beneficiarios/as teniendo en cuenta su orientación sexual, edad o estado conyugal, el PGT no está incluido en la Ley. Por esta razón en la actualidad es virtualmente imposible lograr en Argentina la cobertura de un PGT si no es recurriendo a una acción legal, dado que no está considerado dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO), incluso en aquellos casos en que constituye una indicación médica como es cuando existen antecedentes de enfermedades genéticas en la familia.

en las clínicas de fertilidad y/o en los consultorios de genética. Mi intención aquí es revisitar estos testimonios a la luz de la noción de conocimiento situado de Donna Haraway (1995 y 1997), para dar cuenta de cómo los mentados aspectos éticos son considerados y gestionados en la práctica clínica misma antes que resultado de la aplicación de principios bioéticos trascendentes, universales y objetivos que aplicarían para todos los contextos, independientemente de la situación.

Métodos

En este artículo se analizan 15 entrevistas realizadas con profesionales de la salud cuyo trabajo incluye indicar, asesorar sobre, y realizar PGTs. Siguiendo la auto-descripción con que se definieron al comienzo de la entrevista, las disciplinas de las personas entrevistadas se distribuyen de la siguiente manera: embriólogos/as (5), ginecólogo/a (5), psicólogo/a (4), genetista (1). Las entrevistas fueron contactadas a través de relaciones personales de la investigadora y utilizando el método de “bola de nieve”,⁵ entre julio 2021 y agosto 2022. Durante las entrevistas, se les preguntó a los/as profesionales entrevistados/as sobre su formación y derrotero laboral, percepción general sobre el PGT en Argentina (lugares donde se realiza, precios, cantidad de tratamientos); indicaciones médicas para realizar el test según tipos (PGT-A, PGT-EM, PGT-SR) (especialmente a médicos/as ginecólogos/as); aspectos técnicos de la realización del test (especialmente a embriólogos/as y genetistas); transmisión de los resultados a pacientes y asesoramiento médico y psicológico previo y posterior (especialmente a ginecólogos/as y psicólogos/as). La mayoría de las entrevistas fueron realizadas de manera virtual, aunque algunas pocas fueron llevadas a cabo de manera presencial en los lugares de trabajo de los/as profesionales entrevistados/as. Casi todas las entrevistas fueron grabadas, con excepción de un caso que no permitió la grabación. Con posterioridad, las entrevistas fueron transcritas para su análisis.

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Conocimientos situados

El trabajo de Donna Haraway ha sido mundialmente reconocido por sus aportes en diversos campos del conocimiento y la política, incluyendo la filosofía, la historia y los estudios sociales de la ciencia, el feminismo de las llamadas segunda y tercera olas, la política de izquierda antineoliberal y antibélica norteamericana, etcétera. En los muchos trabajos e intervenciones políticas que han sido publicados de la autora, Haraway siempre ha aportado una mirada original, frecuentemente contra-intuitiva, que ha contribuido a dislocar no solo los lugares comunes de la cultura patriarcal imperante en la cultura norteamericana, sino también de los sentidos comunes feministas

⁵ El método de “bola de nieve” describe una técnica de muestreo no probabilístico utilizada en estudios de metodología cualitativa, y que consiste en que son los/as propios/as entrevistados/as de una investigación los que refieren a otros/as potenciales entrevistados/as (Valles, 1999). Así, no es la investigadora la que realiza cada aproximación a un/a potencial informante, sino que esta está mediada por la referencia previa que otro/a entrevistado/a ha otorgado. El método de “bola de nieve” puede, desde luego, combinarse con otros criterios de muestreo, por ejemplo el de “informantes clave”. Ya que este método de muestreo no puede garantizar representatividad, en general es utilizado en estudios exploratorios. También es un método característicamente utilizado para acceder a poblaciones difíciles (Babbie, 2014).

sobre la política de género, la revolución feminista y, fundamentalmente, la ciencia y la tecnología. Característicamente, las intervenciones de Haraway en torno a esta última cuestión han destacado, junto a otros autores con los que existe una fuerte sintonía –como Bruno Latour y Woolgar (1995) o Karin Knorr Cetina (2005)–, el carácter construido y performativo de la ciencia, a la vez que han defendido una aproximación “realista” antes que postmodernista al estudio de la tecnociencia⁶. Estas intervenciones también han puesto de manifiesto la ausencia de un tono relativista o culturalista del quehacer científico. Como una persona con formación en ciencias, Haraway pasó varias temporadas desarrollando proyectos de laboratorio bajo la dirección del ecólogo, limnólogo y zoólogo George Evelyn Hutchinson (Haraway, 2004). Este entrenamiento cobró forma en la tesis doctoral (y luego primer) libro de Haraway, *Crystals, Fabrics and Fields. Metaphors that Shape Embryos*⁷ (1976, 2004), en el cual la autora examina el trabajo de tres embriólogos (Ross G. Harrison, Joseph Needham y Paul Weiss) durante el período de entreguerras. Utilizando los aportes de Thomas Kuhn (1962, 2004) sobre la importancia de las metáforas y el lenguaje científicos para el sostenimiento de un paradigma, Haraway examinó allí el surgimiento del paradigma organicista como superación de la vieja oposición entre el vitalismo y el mecanicismo. El organicismo fue así un prisma conceptual de síntesis que permitió entender el desarrollo de los embriones de una nueva manera. El estudio de este pasaje permitió a Haraway mostrar que los objetos de conocimiento son el resultado de los paradigmas que los conocen, siendo por lo tanto *Crystals, Fabrics and Fields. Metaphors that Shape Embryos* uno de los trabajos que da inicio al constructivismo post-kuhniano en el campo de los estudios de la ciencia (aunque frecuentemente poco reconocido como tal).

Si bien el trabajo de Haraway ha pasado por diferentes momentos, intereses, estilos retóricos, etc., un punto clave de algunos de sus textos ha sido una suerte de defensa, antes que de condena, de la naturaleza como plano de creatividad, mixtura e hibridación, en contraposición a la caracterización de la biología y/o la naturaleza (sexuada) como aquello que debe ser dejado atrás, en la medida de que no define la experiencia, historia o construcción social (del género). Esto es, alejándose de aquellos feminismos que durante gran parte del siglo XX observaban con recelo cualquier forma de argumentación en clave de biología o naturaleza (Hird, 2002; Lemke, 2017; Ariza, 2018; Wilson, 2021), Haraway ha resaltado, por el contrario, a la naturaleza como un agente activo, significante, auto-organizado. Por ejemplo, al teorizar cómo la naturaleza es un dominio característicamente impuro, donde la evolución ha sido posible gracias al intercambio de información genética entre especies, órdenes, géneros, imposible frente a los sistemas taxonómicos humanos, Haraway ha afirmado:

En la doctrina de los tipos y las intencionalidades intrínsecas, la historia es borrada, para otros organismos tanto como para los humanos, y una especie de inmovilidad atemporal en la naturaleza es narrada píamente. La historia antigua, amontonada, mezclada de los seres vivientes, cuya larga tradición de intercambio genético sería la envidia de la industria por un largo tiempo por venir, recibe un trato displicente (1997: 61).

6 “Así, creo que mi problema y ‘nuestro’ problema es cómo lograr simultáneamente una versión de la contingencia histórica radical para todas las afirmaciones del conocimiento y los sujetos concedores, una práctica crítica capaz de reconocer nuestras propias ‘tecnologías semióticas’ para lograr significados y un compromiso con sentido que consiga versiones fidedignas de un mundo ‘real’” (1995:323, énfasis agregado). Interpreto esta cita en el sentido de que Haraway propone sostener simultáneamente el constructivismo social (dando cuenta de las maneras en que las verdades científicas se construyen a través de prácticas que implican relaciones de poder) y la necesidad de describir el mundo de una manera fidedigna, es decir que haga honor a las maneras en las que el mundo es. En este sentido, Haraway no opone constructivismo a realismo, sino que busca hacer trabajar juntos estos principios.

7 Existe una traducción reciente al castellano, publicada como *Cristales, tejidos y campos. Metáforas que conforman embriones*, publicada en Buenos Aires por la editorial Rara Avis.

En su texto *Conocimientos situados*⁸ (1995), Haraway examina en profundidad la cuestión de la objetividad científica. Confesando la decepción encontrada al haber mostrado “la especificidad histórica radical y, por lo tanto, la contestabilidad de todas las construcciones científicas y tecnológicas” (1995: 319) sin haber logrado reconceptualizar adecuadamente la noción de objetividad, Haraway apuesta por “una versión feminista de la objetividad” y se alinea con el proyecto de Sandra Harding (1986) en la búsqueda de una forma de análisis que pueda al mismo tiempo dar cuenta de la contingencia histórica y seguir hablando de la realidad con cierta confianza. Es decir, Haraway se propone sostener simultáneamente la posibilidad de mostrar que la tecnociencia toma formas particulares (esto es, contestables) como efecto del poder, a la vez que no hacer de esta contestabilidad una renuncia a la posibilidad de describir la realidad de una manera precisa y, sobre todo, de una manera “que pueda ser parcialmente compartid[a] y que sea favorable a los proyectos globales de libertad finita, de abundancia material adecuada, de modesto significado en el sufrimiento y de felicidad limitada” (1995: 319-321). “Conocimiento situado” es por lo tanto la apuesta realista de Haraway por relanzar los desafíos de una objetividad fortalecida, especialmente en la medida de que esta nueva objetividad empieza por reconocer su propia imposibilidad, la imposibilidad de una “vista desde ningún lugar”, o una “vista de pájaro”, ganando eficacia política. Así, Haraway defiende un proyecto feminista que *mejore* las posibilidades de encontrar descripciones adecuadas y útiles del mundo y que, sin agotarse en la crítica a la parcialidad blanca, masculina, heterosexual, humana que se esconde tras la noción (ingenua) de objetividad, logre reponer una forma posible de esta última que reconozca su propia y productiva situacionalidad. En este sentido, la explicitación del carácter *situado* de la objetividad es para Haraway un manera de *robustecer su posibilidad de ejercicio* antes que un intento de desecharla o criticarla, razón por la cual su planteo logra evadir la dicotomía excluyente objetividad/relativismo (Rogowska-Stangret, 2018).

Este movimiento, que podríamos asimilar a otros posteriores y semejantes, por ejemplo la crítica a la “crítica” ofrecida por Bruno Latour (2004 y 2018), supone transitar el camino que va desde la posición de la crítica a la posición de la construcción, con la implicación de que mientras la crítica desarma, la construcción rearma, posibilita la mejora en cierta condición del mundo. Esta búsqueda es la de apostar por la construcción activa de una objetividad radical que, teniendo en cuenta la imposibilidad de una visión desde ninguna parte, de cuenta de sus propios condicionamientos, de su propia y particular encarnación, de su situacionalidad, aumentando por lo tanto –paradójicamente– su capacidad para describir una situación de investigación adecuadamente.

Así, negando las (falsas) promesas de trascendencia que ofrece la prerrogativa de objetividad entendida como distancia desencarnada, Haraway reivindica la necesidad de una objetividad corporizada, que de cuenta de las agencias que miran/observan en tanto cuerpos, y que pueda describir sus relaciones y sus mediaciones; es decir, que pueda evidenciar lo que *conecta* (antes que lo que desconecta) lo que mira y lo que es mirado:

... necesitamos un circuito universal de conexiones, incluyendo la habilidad parcial de traducir los conocimientos entre comunidades muy diferentes y diferenciadas a través del poder: Necesitamos el poder de las teorías críticas modernas sobre cómo son creados los significados y los cuerpos, no para negar los significados y los cuerpos, sino para vivir en significados y en cuerpos que tengan una oportunidad en el futuro. (1995: 322)

8 El ensayo fue publicado originalmente bajo la referencia Haraway, D. J. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, vol. 14, núm. 3, pp. 575-599.

Resalta por lo tanto que en este aporte clave de Haraway para la epistemología feminista, la autora busca dar cuenta tanto del proceso de co-constitución o co-emergencia del sujeto que conoce y del objeto que es conocido/producido en la actividad de conocimiento (un aspecto que será crucialmente recuperado en el feminismo materialista de Karen Barad), así como la inherencia entre semiosis y materia, entre significado y mundo. En este sentido, Haraway extiende las propuestas postestructuralistas y su énfasis en lo textual, para dar cabida al cuerpo y la naturaleza como agentes del conocimiento, no solo como objetos. La autora insiste por lo tanto en la “naturaleza encarnada de la vista” para criticar “el salto fuera del cuerpo marcado hacia una mirada conquistadora desde ninguna parte” (1995: 324). Es esta doctrina de la objetividad encarnada la que asimilará al proyecto de una objetividad feminista “que significa, sencillamente, conocimientos situados”.

Lo anterior es importante para este artículo en la medida de que permite examinar los modos a través de los cuales el PGT es considerado y sopesado, en sus beneficios y posibles perjuicios, por profesionales y pacientes, durante los encuentros clínicos, iluminando de qué maneras no solo el PGT es algo que debe ser *hecho o construido* en las clínicas de fertilidad, más que una tecnología *ya* disponible antes de su aplicación; sino también las maneras en las cuales es el encuentro clínico mismo lo que dirige lo que el PGT *es y para qué* se realiza. En este sentido, el entendimiento de Haraway (junto con toda una cohorte de estudiosos/as de la ciencia y la tecnología) de que toda tecnociencia es una *construcción*, de que toda ciencia debe ser actuada/hecha –y de que siempre lo es situadamente– para existir, será muy relevante aquí para desandar lo que la misma Haraway ha criticado como la oposición entre sujetos que conocen de un lado, y objetos de conocimiento por el otro; entre agencia (médica) y rol paciente.

Por el contrario, ampliar el trabajo de Haraway a la luz del feminismo materialista que es su heredero, incluyendo algunos aportes de la filosofía deleuziana, nos permitirá reconsiderar el trabajo clínico del PGT como un *ensamble* entre agencias médicas y legas, materiales y semióticas, que advienen al encuentro clínico *produciendo* de hecho, y para esa situación particular, el PGT. Esto no implica desconocer, como la misma Haraway señala, las líneas de poder que separan el saber médico, por un lado, del rol paciente por otro. Pero mientras este ha sido un eje de crítica profusamente explorada en la sociología y la antropología de la salud (ver por ejemplo Castro, 2014, Menéndez, 2020), seguir el proyecto feminista de Haraway implica reconocer las asimetrías de poder sin hacer de ellas la única o la más importante forma de constitución del mundo.

Nuevos materialismos

En cierta medida, el proyecto de complementar el marco teórico provisto por el perspectivismo parcial de Haraway con los aportes de los llamados “nuevos materialismos feministas” (van der Tuin, 2015; Lemke, 2017) no requiere de demasiada justificación, en cuanto es precisamente en el trabajo de Haraway en donde más prominentemente podría situarse la semilla de aquellos (van der Tuin, 2015). Según Rogowska-Stangret (2018), para los nuevos materialismos feministas el ensayo de Haraway sobre conocimiento situado “casi lo dice todo: muestra las interrelaciones entre epistemología, ontología, ética, y política, las capacidades agenciales de los ‘objetos’ y metodologías, lo humano y lo no-humano, la imposibilidad de desconexiones precisas, etc.”. De hecho, en 2016 la celebración de la 7ma Conferencia Anual sobre Nuevos Materialismos se llamó *Performando conocimientos situados: espacio, tiempo y vulnerabilidad*, y fue organizada en Polonia a modo de conmemoración de los 30 años de la publicación del texto de Donna Haraway (Rogowska-Stangret, 2018).

Lo anterior muestra hasta qué punto los nuevos feminismos materialistas fueron en gran medida inspirados por este trabajo.

Retomando algunos de los puntos planteados más arriba, uno de los aspectos clave que los feminismos materialistas tomarán de Haraway y que diferenciará este proyecto de tendencias más hegemónicas dentro de los feminismos de la segunda y tercera olas, será la búsqueda de superar el rechazo a abordar directamente los datos biológicos y la materialidad del cuerpo, proponiendo en cambio una aproximación comprensiva a la materia y la biología (Lemke, 2017; Wilson, 2021). Para el sociólogo Thomas Lemke (2017) el proyecto de los materialismos feministas tiene cuatro ejes teóricos y políticos principales, de los cuales los dos primeros resultan clave para este artículo: a) un mayor compromiso con la ciencia; b) una apreciación de la agencia material; c) la emergencia de una perspectiva posthumanista; y d) una reevaluación y revisión de la ética.

En estos cuatro puntos puede observarse un elemento importante que los feminismos materialistas también heredarán de Haraway, y más concretamente del ensayo sobre la situacionalidad de los conocimientos. En especial, y en relación con la búsqueda de un mayor compromiso con la ciencia (punto a), será Karen Barad, quizás la autora más conocida dentro de esta corriente, quien criticará fuertemente el aspecto negativo de la crítica, para proponer en cambio su reemplazo por la creación y la afirmación (Barad, 2012; Lemke, 2017). Esta instigación incluye superar la mera crítica al poder que organiza los proyectos de saber de las ciencias, al reduccionismo y el determinismo científico, a los sesgos y estereotipos de la ciencia, buscando por el contrario, producir diálogos constructivos y performativos *entre* formas del saber científico y a través de los grandes hiatos disciplinares que reproducen el ordenamiento dicotómico occidental entre naturaleza y cultura.⁹

En este trabajo, retomamos la invitación de Donna Haraway, Karen Barad y las feministas materialistas a construir puentes de comunicación entre las ciencias humanas y sociales por un lado, y las ciencias naturales¹⁰ por el otro, rehuendo la seducción de una supuesta epistemología reflexiva que estaría del lado de las primeras y ausente de las segundas. Así, afirmando la senda planteada por Haraway respecto de la situacionalidad del conocimiento y la imposibilidad de un punto de vista trascendente y con la capacidad de observar todo sin ser observado, buscamos renunciar a la idea asentada de que solo las ciencias sociales y humanas poseen (en virtud de una epistemología privilegiada o superior) la capacidad de desnudar los sesgos de poder, los estereotipos y las asimetrías sociales que las ciencias naturales reproducen a ciegas. Por el contrario, consideramos que lo que los conocimientos situados nos permiten es reforzar las posibilidades de una objetividad que, aunque siempre parcial, esté potenciada por el juego de miradas mutuamente iluminador proveniente de ambos lados de la “gran división” disciplinaria.

9 En este punto, mi lectura difiere de la de Thomas Lemke, en tanto para este autor el desnudamiento de los proyectos de poder, los sesgos, estereotipos y asimetrías de las ciencias se corresponde con el proyecto de los conocimientos situados; es decir, con una crítica negativa; mientras que en mi interpretación, la noción de conocimiento situado en Haraway invita por el contrario a un movimiento propositivo y creativo que expanda la crítica entendida como actividad negativa.

10 Utilizo el término genérico “ciencias naturales” para referir a todas las ciencias que trabajan con modelos experimentales y cuyas prácticas implican de un modo u otro el conocimiento y manipulación de lo que en Occidente se refiere como “naturaleza”. Incluyo dentro de esta denominación a la medicina, en la medida de que su desempeño actual supone cada vez más la imbricación disciplinaria con las “ciencias de la vida” como la biología molecular, la genómica, etc. En la medida de que retomo la división disciplinaria entre ciencias sociales/humanas y naturales con el objetivo de problematizarla, suscribo a la caracterización de esta división como parte de una cosmología moderna realizada por Bruno Latour (2007 y 2018).

Esta renuncia a la posibilidad de una perspectiva epistemológica privilegiada (la de las ciencias humanas y sociales), supone asimismo el proyecto de aproximarse a las otras ciencias (naturales, físicas, biomédicas) desde un interés por co-constituir, conocer/comprender y producir conjuntamente. Así, este giro implica interesarse por los procesos material-semióticos (Haraway, 1997) de la ciencia, inmiscuyéndose en la observación minuciosa de sus proyectos, con una mirada que a la vez que se sabe situada se sabe parcial, es decir, imposiblemente objetiva o universal. En este sentido, allí donde muchos estudios sociales renunciarían a adentrarse en los laboratorios o en el quehacer científico concreto, arguyendo la alineación con una distribución disciplinaria de tareas en la cual a las ciencias sociales y humanas solo le cabe el dominio de la palabra, lo social, la ideología, lo subjetivo, y no la investigación de lo objetivo, lo técnico, lo procedural, la investigación que aquí se presenta parte de problematizar, junto a Haraway y el feminismo materialista, esta dicotomía.

En cuanto al punto b), los nuevos materialismos feministas recuperan y proponen dar cuenta del aspecto *agencial* de la materia (Lemke, 2017; Barad, 1998). Para ello, buscarán por un lado observar cómo la agencia, la capacidad de actuar, no es un aspecto propio o individual de “algo” en sí mismo, sino mucho más el resultado de una serie de asociaciones o ensamblajes entre nodos o entidades que, una vez asociados o “enrolados”, tendrán en conjunto una capacidad de agencia. Es clara aquí la apelación a un vocabulario de corte deleuziano en torno a la categoría de “agenciamiento” (Phillips, 2006);¹¹ así como los influjos de la llamada “Teoría del actor-red”, su búsqueda de una “simetría radical” humano/no humano o sociedad/naturaleza, y de una lógica de “enrolamiento” e “interesamiento” mutuo entre entidades de distinto porte ontológico (Callon, 1999; Latour, 2008; Law 2004; Michael, 2017). Pero a su vez, resulta fundamental reconocer aquí el ímpetu de dar cuenta de formas de agencia que, precisamente por ser distribuida, difieren mucho de la comprensión de la acción en términos de una posibilidad eminentemente humana. Así, al invitar una reflexión sobre la agencia no como una capacidad intrínseca sino más bien relacional (Bennet, 2022), no necesariamente asociada a la (auto)conciencia, el lenguaje humano, la racionalidad (Coole, 2013), se abre la posibilidad a la capacidad creativa y activa de la materia misma (Barad, 2012), incluyendo dentro de esta categoría a todas las formas de agencia de lo orgánico e inorgánico (de Landa, 1992), la agencia de la corporalidad humana y no humana (Wilson, 2021), entendidas en tanto unidad o fragmentos corporales no siempre subsumibles a una lógica de totalidad.

Como queda claro, el proyecto de los feminismos materialistas ha implicado un considerable distanciamiento de los feminismos de corte post-estructuralista afines a la llamada tercera ola, prominentemente nominados en el trabajo de Judith Butler (2002, 2007), dado el énfasis de estos últimos en la agencia concebida de una manera exclusivamente humana, la renuencia a tomar en serio y con una aspiración simétrica y colaborativa las prácticas de la naturaleza misma o que hablan en nombre de ella, y la resistencia a tener en cuenta la importancia de los aspectos sociotécnicos que son necesarios para hacer advenir cualquier tipo de realidad (ver a este respecto Callon, 2010; y Cheah (1996), Kerin (1999), Kirby (1999) y Roberts (1999) para las críticas al trabajo de Judith Butler).

11 Según el filósofo John Phillips (2006), la idea de *agenciamiento* en el trabajo de Gilles Deleuze y Félix Guattari designa la ausencia de prioridad entre un cuerpo y otro cuando entran en relación. Al conectarse, dos cuerpos (o más) juntos forman una *composición*, entendida como algo nuevo e independiente que no existía previamente. Un ejemplo de agenciamiento puede ser, entonces, el cuerpo envenenado, que tiene el carácter de evento, de algo *emergente* que es distinto al cuerpo por un lado y al veneno por el otro. En trabajos anteriores he propuesto formas concretas de pensar el agenciamiento clínico entre dispositivos administrativos y personas, por ejemplo en Ariza (2012, 2014).

A continuación, examinaremos los datos de este estudio a la luz de los aportes de Haraway y los nuevos feminismos materialistas.

“El motivo por el que se sentó enfrente”: el diagnóstico como lectura situada

Como fue anticipado en la Introducción, uno de los aspectos del PGT-A que hacen más contenciosa su práctica es el hecho de que esta técnica aún carece de las credenciales científicas definitivas que garanticen que su uso es beneficioso para los pacientes de reproducción asistida. En efecto, los beneficios potenciales del PGT-A aún permanecen en estado de controversia, como lo muestra el hecho de que la High Fertility and Embryology Authority (HFEA),¹² un organismo que es modelo de regulación reproductiva a nivel global, aún le otorga una “luz roja” a esta técnica de testeo genético del embrión.¹³ En vistas de esto, y de los muchos artículos científicos que desmienten o cuestionan la eficacia del PGT-A para aumentar las chances de lograr un embarazo, es necesario examinar los razonamientos de los profesionales entrevistados en relación con la indicación médica de realizar un PGT-A.

Al ser consultados sobre cuáles eran las indicaciones médicas para realizar un PGT-A, existió un gran consenso entre los/as entrevistados/as de esta investigación. Se mencionaron consistentemente la edad de la paciente [cis]mujer, la falla reiterada de implantación de un embrión luego de varios ciclos de reproducción in vitro, los abortos espontáneos recurrentes (también luego de tratamientos reproductivos) y el factor masculino severo (que indica una muy baja concentración espermática en la muestra de semen). Ahora bien, si estos episodios constituían para los diferentes especialistas entrevistados/as las principales razones para abrir la conversación con sus pacientes sobre la posibilidad de realizar un PGT-A (mostrando un consenso interdisciplinario entre biólogos/as y médicos/as), resulta también importante discernir algunos momentos en los cuales esta indicación perdía claridad. Por ejemplo Laura, una médica ginecóloga que atiende pacientes de reproducción asistida en un centro privado de la Ciudad de Buenos Aires, comentó:

El PGT-EM es el que tiene indicación más clara (...) El PGT-A es el más común y el que quizás tengo indicaciones más amplias, o más grises. *Quizás tenés ejemplos claros donde indicarías* [PGT-A], sería en pacientes con edad materna avanzada, en pacientes que tienen abortos [espontáneos] recurrentes, en pacientes que hicieron varios tratamientos de fertilidad y no se están embarazando, factor masculino severo... *Quizás una paciente puede tener 37 o 38 años y quizás no tenga una indicación clara de estudio genético por la edad de la paciente.* Al ser un

12 La HFEA es un organismo independiente que regula la provisión de tratamientos reproductivos en el Reino Unido. Se trata de una institución modelo en su tipo que, siguiendo la primera legislación del mundo en materia de técnicas procreativas, tiene un rol global en la gobernabilidad reproductiva contemporánea. La HFEA realiza consultas ciudadanas y expertas periódicas respecto del avance de nuevas técnicas de reproducción, garantizando que el desarrollo de estas esté democráticamente consensuado con la sociedad en su conjunto. Para más información: <<https://www.hfea.gov.uk/about-us/>>.

13 En su página web, la HFEA indica que “Sin embargo, hasta la fecha hay poca evidencia que muestra que el PGT-A mejora las chances de tener un bebé para la mayoría de los pacientes de fertilidad, y por lo tanto se lo considera un tratamiento adicional (...) Hasta que no se hayan realizado ensayos más grandes y no se tenga más evidencia, no hay garantía de que el PGT-A puede mejorar las chances de un embarazo exitoso”. HFEA (2022). Frequently asked questions about Pre-implantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A). Disponible en: <<https://www.hfea.gov.uk/treatments/explore-all-treatments/frequently-asked-questions-about-pre-implantation-genetic-testing-for-aneuploidy-pgt-a/>>, consultado el día 28 de octubre de 2022. Traducción propia.

gris lo informás explicándole que en realidad el PGT no te aumenta la chance de embarazo, sino que te optimiza los tiempos, básicamente. Y aparte también tiene limitaciones, no 100% de posibilidad de embarazo, por más que el embrión sea normal. (Entrevista 11, ginecóloga, énfasis agregado)

La cita precedente nos deja ver que el PGT-A (a diferencia del PGT-EM, utilizado para detectar enfermedades mendelianas monogénicas en casos de historia familiar conocida) es considerado por la entrevistada como un test que puede tener indicaciones médicas menos, o poco, claras. Si bien se mencionan debidamente los casos en los cuales esa incerteza respecto de las razones para recomendar el test está a salvaguarda (como la edad, aborto recurrente, etc.), la médica utiliza también una escala de tonos (entre los que resaltan el “gris” y, por contraste, el “claro”) para describir la impresión de que el PGT-A puede hacer dudar, en otras ocasiones, a las y los profesionales, sobre su necesidad. En efecto, la entrevistada alude a aquellas [cis]mujeres que pueden *no tener indicación médica para PGT-A* debido a que no se las considera de edad avanzada, pero las que sin embargo realizarán el test de los embriones, sea por consejo (aunque no indicación) médico,¹⁴ o sea porque ellas mismas lo solicitan. En ese marco, en el cual se abre un espacio de incertidumbre respecto de la necesidad o no de realizar el test, la profesional destaca la importancia ética que tiene informar debidamente a la paciente sobre el impacto restringido del test (acortar los tiempos entre los intentos y el logro del embarazo), así como la incapacidad del test para asegurar un embarazo, incluso en la presencia de un embrión “normal”.

Lo que me interesa destacar en el testimonio anterior es, por un lado, la incertidumbre que rodea, en algunos casos, la indicación y/o realización del test. Esta incertidumbre, o ausencia de certezas, puede tomar la forma, como observamos arriba, de una consideración sobre si recomendar o no el test aún en ausencia de estricta indicación médica. Esta incertidumbre puede estar asociada también a otros elementos. Por ejemplo, cuando incluso en presencia de una fuerte indicación médica para realizar el test no se puede asegurar que se logrará un embarazo; o cuando existe una indicación médica pero las y los pacientes no pueden costearlo; o cuando no hay indicación médica pero los/as pacientes solicitan la realización del test. Todos estos aspectos rodean la conversación clínica sobre el test de ciertos *claroscuros* (siguiendo la metáfora nativa utilizada arriba por la entrevistada), que son en parte respondidos por el énfasis dado en la consulta clínica al hecho de informar debidamente de las posibles fallas, limitaciones, o ausencia del resultado esperado una vez que el test sea utilizado. En presencia de esos claroscuros, la provisión de información correcta, confiable y adecuada funciona como salvaguarda de que todos los posibles escenarios que serán consecuencia del test han sido planteados.

Sin embargo, me gustaría sugerir también que otra estrategia clínica menos explícita utilizada para confrontar la incertidumbre es la *situacionalidad* de la decisión sobre si realizar o no el test. En efecto, continuando con su relato, la entrevistada comenta de qué manera se toman decisiones sobre si realizar o no el test, *incluso aunque se sepa que su realización no aumentará las chances de un embarazo ni acortará los tiempos del tratamiento*:

Entonces tiene sus beneficios, claramente no es lo mismo alguien que viene con un antecedente de... quizás haya tenido un aborto voluntario por una cromosomopatía, entonces la lectura no va a ser la misma que alguien que viene que tiene 40 años y

¹⁴ Sería importante examinar, en una investigación futura, los diferentes sentidos nativos otorgados por los profesionales de la medicina a la nociones de “indicación”, “recomendación”, “asesoramiento”, etc. algo que no podemos realizar aquí para no desviarnos del argumento central.

que no le pasó nada en la vida. Entonces ahí también hay que ver lo que la lleva a decidir o no, el motivo por el cual se sentó enfrente. Claramente esa persona que se hizo un aborto voluntario porque tenía una alteración cromosómica, y, le va a importar más estudiarlo por más que sea un único embrión, por más que vos no le puedas asegurar que no tenga un problema genético que no lo podés estudiar (...) Si una pareja pasar por esa situación, y deciden no tenerlo, ponele, entonces se te va a sentar adelante y te va a decir no me importa si es un solo embrión (...) si tenés un solo embrión no te va a cambiar la chance, con PGT o sin PGT no te va a cambiar, pero si vos querés evitar pasar por un aborto o por una situación que vos no querés pasar, una situación de ese estilo, vos no le acortás el tiempo en ese caso. (Entrevista 11, ginecóloga, énfasis agregado)

En el extracto precedente, la médica comenta de qué manera podría hipotéticamente emerger la discusión sobre la posible realización del test con una paciente. En su relato, destaca la diferencia que existe entre una paciente que tuviera un antecedente de aborto voluntario debido a que el feto concebido demostró tener algún problema relacionado con la configuración de sus cromosomas, de una paciente que “no le pasó nada en la vida”. En este caso, según el testimonio de la experta, el PGT puede no tener una indicación médica estricta, definida en los estándares médicos como aquellos casos de pacientes con abortos espontáneos recurrentes, falla reiterada de implantación, edad avanzada o factor masculino severo. Sin embargo, puede haber algo *en la situación de la paciente* que invite a considerar la indicación médica del test, o al menos a hacer emerger esa conversación con la paciente; por ejemplo, en este caso, un antecedente de aborto voluntario debido a una cromosomopatía.

Los testimonios precedentes nos alientan a considerar hasta qué punto el encuentro clínico no puede nunca ser definido como una situación que podría estandarizarse exhaustivamente. Por más que existan acuerdos, protocolos, guías o recomendaciones médicas que buscan normalizar la práctica clínica y definir de una manera equiparable a muchas situaciones diferentes cuáles son las condiciones que definen una indicación médica de PGT-A, esta práctica está inevitablemente caracterizada por la parcial falta de certezas y por lo tanto por la incertidumbre: ¿se embarazará la paciente más rápido si realiza un PGT-A y tiene un embrión normal? ¿Está bien que realice un PGT-A, aunque no tenga una edad avanzada que restrinja sus posibilidades de embarazo? ¿Debe realizar PGT aunque tenga un solo embrión y el test no aumente sus chances de embarazo?

Aunque la práctica clínica está lejos de ser entendida, incluso dentro de los ámbitos médicos mismos, como una pura objetividad, existe una fantasía extendida de que la rigurosidad de la biomedicina provee respuestas objetivas a las situaciones clínicas que se le plantean, purificando de subjetividad (médica y legítima) la consulta clínica, y extirpando de raíz los aspectos no médicos de la consulta. Sin embargo, lo anterior muestra que toda objetividad científica está contextualizada, entonces, por una singularidad situada. Es la explicitación de esta situacionalidad (en este caso, un antecedente de aborto voluntario, estrictamente un aspecto no médico) la que permite tomar decisiones clínicas cuando los protocolos abstractos y generales fallan o no ofrecen respuestas. Frente a esta incertidumbre, es el carácter situado de las decisiones el que emerge como respuesta, e incluso recurso, frente a ella. Este carácter situado permite, a su vez, responsabilizarse por las maneras en las cuales la profesional se involucra en el encuentro clínico, de una manera que, junto con Karen Barad, podríamos caracterizar como objetiva: “La objetividad, en lugar de tratarse sobre ofrecer una imagen no distorsionada y espejada del mundo, tiene que ver con la responsabilidad hacia las marcas en los cuerpos, y con la responsabilidad hacia los enredos en los que formamos parte” (Barad, 2012).

“Depende de la paciente”: *agenciamientos* clínicos y la crítica a la medicina paternalista

En este apartado me gustaría continuar examinando de qué maneras la práctica del PGT en las clínicas de fertilidad se compone tanto de certezas como de incertidumbres médicas, así como dando cuenta de la situacionalidad y contextualización inherentes a la conversación clínica sobre el PGT. Para ello, será necesario traer otro testimonio, de otra ginecóloga que trabaja en un centro privado de reproducción asistida. Durante una conversación con esta entrevistada, en la que se discutía precisamente cuál es el beneficio real de realizar el PGT, ella comentó que:

– E6: mirá, el tema es que el DGP tampoco te va a solucionar la vida...y a veces hasta te complicás más en el sentido de que estás quemando todas las naves de golpe, porque estoy yendo a lo más complejo de todo y a lo mas caro, y a lo que me lleva más tiempo, porque esto también tenemos que pensar cómo desarma el tratamiento, no? Porque la paciente hace el ICSI, tenés los embriones, se biopsian, hay que esperar el resultado de la biopsia, después se programa su transferencia, entonces lo complejizás por todos lados... y cuánto beneficio le va a traer es como medio incierto. *Ojo, también depende de la paciente, porque si la paciente desde la primera consulta está ‘¿y los embriones cómo están?, ¿y los embriones como están?’, bueno, sí, vas por el PGD...*

– Depende un poco la paciente pero quizás vos te guardarías un par de cartuchos, digamos, para...tener opciones mas adelante..

– E6: tal cual, sí. Por esta cuestión que te decía, si bien disminuís los tiempos del embarazo, y un embrión que es euploide y tiene muchas más chances de embarazo, tampoco es que estamos hablando de una tasa de un 90% de embarazo... y ahí también depende de la edad de la paciente, porque por ahí tenés una paciente de 28 años super ansiosa, y la verdad es que si a los 29 años ya hizo dos ciclos con PGD (...) *le queda muy poca tela*. Y depende la personalidad de la paciente, todo (Entrevista 6, ginecóloga, énfasis agregado).

En la cita precedente puede observarse la manera en la cual la profesional evalúa los posibles beneficios de un PGT de cara, por un lado, al costo de tiempo y la necesaria complicación implicadas en su realización, y teniendo en cuenta, por otro lado, algo que se refiere como la “personalidad de la paciente”, y que en este texto renombraremos bajo el amparo conceptual de la situacionalidad. En efecto, la médica deja ver que más allá de que la decisión de realizar un PGT o no está siempre en manos de las y los pacientes, como indican los consensos de buenas prácticas médicas que han criticado adecuadamente el paternalismo médico, la mera posibilidad de nombrar o sugerir el PGT como una opción estará también, al menos en parte, afectada por la situación de la paciente en ese momento puntual en el cual adviene al encuentro clínico. En este sentido, en el discurso de la entrevistada se alude en parte a la “personalidad”, pero también al recorrido que haya realizado esa paciente concreta por los tratamientos de fertilidad, y más allá de las indicaciones médicas abstractas y generales que regulan la mayoría de los casos. Por ejemplo, si una paciente es una paciente joven de 29 años pero ya realizó dos ciclos con PGT que no fueron exitosos, es poco más lo que puede ofrecérsele como respuesta desde la medicina de la reproducción.

La cita precedente demuestra que, hasta cierto punto, al menos algunas/os profesionales de la medicina reproductiva intentarán una aproximación gradualista al tipo de intervenciones que se mencionarán como posibles, de manera de evitar que una paciente *se quede corta de tela*, es decir, se quede sin opciones médicas porque ya ha realizado todo lo que podía ofrecérsele, frecuentemente de manera innecesaria y antes

de que tuviese una indicación médica para hacerlo. Se trata, entonces, de impedir “quemar todas las naves de golpe”, una evitación que está, sostenemos, en estrecha relación con la posibilidad de realizar una *lectura situada* de las necesidades puntuales de una paciente, una lectura que tenga en cuenta la trayectoria reproductiva, su historia de éxito o fracaso con las técnicas de fertilidad, el contexto en el que emerge ese encuentro clínico, la edad, así como algunos estados anímicos (por ejemplo, la “ansiedad”, la necesidad de conocer el estado de los embriones, la recepción de los resultados intermedios o la facilidad o dificultad para llevar adelante las diferentes etapas del tratamiento). La continuación de la entrevista con la profesional parece continuar esta línea de análisis:

No sé si la palabra es personalidad, pero sí la actitud de los pacientes frente a las técnicas, a las expectativas, a su ansiedad... a ver, no sé si es un factor de decisión para indicar o no la técnica, pero el asesoramiento general de la pareja por ahí sin darnos cuenta nos influye, absolutamente, sí, sí (...) a ver, mirá, tenés pacientes que se desmoronan absolutamente y les resulta trágico que en el cultivo de flujo venga un germen [algo que en general no se considera grave]. O le diste cuatro estudios y te dice ‘ay la verdad es que me está costando tanto hacer todo esto porque es tan difícil y tan largo’, y bueno... por eso siempre trabajamos mucho la derivación con el psicólogo, es algo muy frecuente, porque la verdad es que cada uno dentro de su ámbito de trabajo y de su metodología trata de buscar la forma, porque solos no podemos. Yo ves que fui nombrando, la psicóloga, el genetista, porque solos claramente no podemos (Entrevista 6, ginecóloga).

Lo anterior nos deja ver que la consulta ginecológica en el marco de las prácticas de reproducción asistida y a propósito del PGT implica una toma en consideración de factores que aparentemente no definen la situación médica y orgánica como tal, como son por ejemplo los aspectos emocionales de la paciente. Sin embargo, el hecho de que la profesional médica los tome en cuenta habla de algo que ubicaríamos en el orden de la objetividad situada: *es porque estos factores extra-médicos son atendidos, que el consejo médico es, en definitiva, más objetivo, es decir, más preciso y adecuado a la situación de esa paciente particular*. Si solo se tuviesen en cuenta los protocolos estándar (falla reiterada de implantación, edad, aborto espontáneo recurrente, factor masculino severo), estos quizás fallarían en dar cuenta de algo que es singular, y que emerge necesariamente en el vínculo entre esa profesional y esa paciente. En este sentido, y de manera un tanto contra-intuitiva, nos gustaría sostener aquí que es precisamente la posibilidad de permanecer abierta y atenta en la escucha clínica, es decir la capacidad de ser afectada (Favret-Saada, 2005) por ese encuentro y por lo que la paciente trae como situación singular y no como generalidad, lo que influye en parte en el derrotero de esa conversación y en los posibles tratamientos que serán considerados para su realización.

Esto es, a contramano de una lectura que pudiera observar en la sugerencia de un PGT para una paciente “ansiosa” un episodio del paternalismo médico, me gustaría por el contrario sugerir que es precisamente la posibilidad de disponerse atenta a las inquietudes, necesidades emocionales y recorrido reproductivo de esa paciente la que da cuenta de cómo el encuentro clínico puede ser efectivamente entendido como un ensamblaje o agenciamiento; una unión entre elementos heterogéneos que sin embargo funciona, en un tiempo y espacio acotados, de manera asociada o concatenada. Así, antes que (solo) la aplicación de criterios o protocolos estándar, abstractos y desituados; antes que un corte radical entre la objetividad médica y la subjetividad de la paciente, lo que el examen de la clínica del PGT nos permite observar es la manera en que el encuentro clínico supone la construcción de un terreno o noción común (Phillips, 2006), donde se encuentren contenidas tanto la condición, historia y necesidades de la paciente, como el saber médico respecto del PGT, formando algo distinto.

Discusión

En este texto me he propuesto examinar el uso del diagnóstico genético implantatorio (PGT) durante ciclos de reproducción asistida, a la luz de los aportes de Donna Haraway y las feministas materialistas para pensar la objetividad científica y biomédica. Esta reflexión cobra forma en el marco de un renovado ímpetu global, generalmente captado en la noción de “medicina basada en la evidencia”, por producir estándares objetivos y universalizables para el tratamiento de dolencias de salud. Este movimiento, que en no menor medida está incentivado por la loable intención de minimizar las ocasiones de ejercicio del autoritarismo médico, se orienta tendencialmente hacia la búsqueda de una medicina des-subjetivada y des-singularizada, en el entendimiento de que la protocolarización y los procesos de abstracción que producen lineamientos de acción que equiparan muchas situaciones clínicas distintas, reducen la posibilidad de ocurrencia del paternalismo en el ámbito médico.

Los análisis aquí presentados apuntan, sin embargo, en una dirección diferente. Sin invalidar el importante trabajo que ha sido realizado desde la sociología y antropología de la salud para criticar las asimetrías de poder de la relación médico/paciente, el habitus médico autoritario y el modelo de la medicina hegemónica en el marco del cual estos se encuentran naturalizados (*cfr.* Castro, 2014; Menéndez, 2020), el esfuerzo de este texto apunta, sin embargo, y tal vez de manera contraintuitiva, a rescatar las ocasiones de la práctica médica en la cual puede verse operar una singularidad en oposición a una universalidad. En efecto, a través de algunos testimonios que nos han permitido dar cuenta de las maneras concretas en las que se provee PGT en las clínicas de fertilidad, y utilizando los aportes de Donna Haraway para pensar el incremento en la objetividad que deriva de una atención a la condición situada de su ejercicio, hemos propuesto que son las ocasiones en las cuales la consulta médica habilita una consideración de lo singular del encuentro médico/paciente aquellas en las cuales puede decirse que se ha garantizado una mayor objetividad. Pues en efecto, ningún tratamiento o estudio diagnóstico funciona mejor, es decir, es más apropiado a sus efectos, que cuando es conversado o asesorado, en el encuentro clínico, a partir de evaluar la circunstancia concreta que debe beneficiar. Con ayuda de este marco teórico, aunque adaptándolo para comprender mejor nuestros datos¹⁵, hemos podido iluminar que, si el encuentro entre el saber médico y la situación paciente puede en efecto atender a las condiciones particulares a las que se dirige, es porque allí se juega un vínculo de *agenciamiento*, es decir de producción de algo distinto a la identidad detentada por cada parte por separado. En efecto, sugerimos, luego de este agenciamiento, ni el protocolo universalizante que describe la condición abstracta en la cual debería realizarse un PGT es el mismo, ni tampoco lo es aquella condición particular del lado paciente. Ambos han sido modificados por el encuentro.

Este recorrido nos ha permitido también incorporar los aportes de los nuevos materialismos feministas, cifrados ya como herencia en el trabajo antecesor de Donna Haraway. De ellos hemos rescatado, en primer lugar, el proyecto de abismarnos a un vínculo con las ciencias biomédicas que no esté preestablecido en un supuesto privilegio epistemológico de las ciencias sociales por sobre aquellas. En ese sentido, hemos renunciado, al menos en parte, a elaborar este análisis centrándonos de manera exclusiva en la crítica a las sin duda existentes dinámicas de poder que organizan y garantizan el ejercicio de la práctica clínica. Por el contrario, nos hemos propuesto

15 Mientras Haraway propone que el conocimiento situado implica explicitar la situación particular de quien conoce y las posibles líneas de poder que emanan de su posicionamiento o inscripción social, hemos considerado aquí la situacionalidad también como una capacidad para dar cuenta de la situación particular a conocer; una situación que, hemos sugerido, no involucra solo al sujeto que conoce sino en todo caso un agenciamiento entre conocedor/a-conocido/a.

ver qué podemos hacer con una antropología de la medicina que no ubique como su misión casi excluyente, en esa división disciplinaria de tareas de la que tanto se jacta, la denuncia de los determinismos, reduccionismos y poderes biomédicos. Esta renuncia nos ha llevado a la posibilidad de observar la práctica clínica un poco más desapasionadamente, para dar cuenta de lo que en ella puede ser además de disciplina y dominación médica, también conexión, afectación mutua, reconocimiento. Porque incluso aunque se ejerza poder es posible pensar que las entidades que entran en vínculo, como aquí la paciente y la médica, sean mutuamente afectadas, transformadas por ese encuentro. Es una fantasía de nuestras disciplinas sociales pensar que toda forma de poder es unidireccional; que el ejercicio del poder desde una posición de dominación no podría ser, también, una forma de afectación, de conexión. Haciéndonos eco del concepto de agenciamiento propuesto por Deleuze y Guattari, hemos considerado las maneras en las cuales el agenciamiento clínico del PGT puede ser, al menos en algunas ocasiones, también la oportunidad de ejercicio de una objetividad radical, es decir, de una objetividad situada, artesanalmente modulada para la situación particular que debe regular. Por último, aunque apenas lo hemos sugerido y podrá ser parte de un trabajo futuro, el feminismo materialista nos ha acompañado a considerar hasta qué punto lo que sucede en la práctica clínica no es nunca un proceso exclusivamente determinado o participado por sujetos humanos. Como varios de los testimonios que hemos recogido muestra, es también el embrión, en su estatuto liminar de humano y de no humano, quien tendrá parte y voto en los posibles agenciamientos, decisiones, y derroteros que se organizarán a partir, precisamente, de su agenciar. Porque dependerá del embrión, y de su modo de agenciar que apenas entendemos, interesarse, o no, por los designios humanos, para ocupar, o no, su lugar esperado en un proceso reproductivo.

Agradecimientos

La autora desea agradecer la invaluable colaboración de las/os profesionales que fueron entrevistadas/os para este estudio, así como la atenta lectura de las/os pares que elaboraron referatos, y de las/os colegas del Proyecto UBACyT “Las escenas de espera y el poder de hacer esperar. Un estudio en diferentes ámbitos de la vida social. Segunda Parte”, dirigido por Dr. Mario Pecheny y Dr. Alejandro Capriati, por sus valiosos comentarios a este texto.

Bibliografía

- » Ariza, L. (2012). La coordinación fenotípica en los tratamientos de reproducción asistida: parentesco, inscripción e interacción humana-no humana. En Ibáñez Martín, R. y Pérez Sedeño, E. (eds.), *Cuerpos y diferencias*, pp. 27-53. Plaza y Valdés.
- » Ariza, L. (2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida. En Cepeda, A. y Rustuyburu, C. (eds.), *De las hormonas sexuales al Viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*, pp. 173-206. Eudem.
- » Ariza, L. (2018). Más acá o más allá de la diferencia sexual. Para una epistemología feminista alternativa a través de Elizabeth Grosz y Myra Hird. *Descentrada*, vol. 2, num. 2, pp. 2-18.
- » ASRM (2018). The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A): a committee opinion. *Fertility & Sterility*, vol. 109, num. 3, pp. 429-436.
- » Babbie, E. (2014). *The basics of social science research (6ta edición)*. CENGAGE Learning Custom Publishing.
- » Barad, K. (1998). Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality. *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, vol. 10, num. 2, pp. 87-126.
- » Barad, K. (2012). Matter feels, converses, suffers, desires, yearns and remembers. Interview with Karen Barad. En Dolphijn e I. van der Tuin (eds.), *New materialism: interviews and cartographies*. Open Humanities Press.
- » Bascuñán Rodríguez, A. (2013). La fecundación in vitro ante el derecho penal chileno. En Gómez de la Torre Vargas, M. (ed.), *Técnicas de reproducción humana asistida. Desafíos del siglo XXI: una mirada transdisciplinaria*, pp. 261-262. Universidad de Chile.
- » Bennet, J. (2022). *Materia vibrante. Una ecología política de las cosas*. Caja Negra.
- » Burdett, C. (2007). Introduction: Eugenics Old and New. *New Formations*, num. 60, pp. 7-12.
- » Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós.
- » Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- » Callon, M. (1999). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay. En Biagioli, M. (ed.), *The Science Studies Reader*, pp. 67-83. Routledge.
- » Callon, M. (2010). Performativity, Misfires and Politics. *Journal of Cultural Economy*, vol. 3, num. 2, pp. 163-169.
- » Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, num. 2, pp. 167-197.
- » Cheah, P. (1996). Mattering. *Diacritics*, vol. 26, num. 1, pp. 108-139.
- » Coole, D. (2013). Agentic capacities and capacious historical materialism: thinking with new materialisms in the political sciences. *Millennium. Journal of International Studies*, vol. 41, num. 3, pp. 451-469.

- » De Landa, M. (1992). Nonorganic life. En Crary, J. y Kwinter, S. (eds.), *Incorporations*, pp. 129-167. Zone Books.
- » Favret-Saada, J. (2005) Ser afetado. *Cadernos de Campo*, num. 13, pp. 155-161.
- » Gleicher, N., et al. (2021). Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy – a Castle Built on Sand. *Trends in Molecular Medicine*, vol. 27, num. 8, pp. 731-742.
- » Haraway, D. J. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*, pp. 313-346. Cátedra.
- » Haraway, D. J. (1997). *Modest-Witness@Second-Millennium.FemaleMan-Meets-OncoMouse: Feminism and Technoscience*. Routledge.
- » Haraway, D. J. (2004). *Crystals, Fabrics and Fields. Metaphors that shape embryos*. North Atlantic Books.
- » Harding, S. (1986). *The Science Question in Feminism*. Cornell University Press.
- » Hird, M. (2002). Re(pro)ducing Sexual Difference. *Parallax*, vol. 8, num. 4, pp. 94-107.
- » Kemelmajer de Carlucci, A. et al. (2014). Hacia la ley especial de reproducción asistida. Cuando la nación prima. *La Ley, LXXVIII*, num. 224, pp. 1-4.
- » Kerin, J. (1999). The matter at hand: Butler, ontology and the natural sciences. *Australian Feminist Studies*, vol. 14, num. 29, pp. 91-104.
- » King, D. S. (1999). Preimplantation genetic diagnosis and the ‘new’ eugenics. *Journal of Medical Ethics*, vol. 25, num. 2, pp. 176-182.
- » Kirby, V. (1999). Human nature. *Australian Feminist Studies*, vol. 14, num. 29, pp. 19-29.
- » Knorr Cetina, K. (2005). *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Universidad Nacional de Quilmes.
- » Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- » Latour, B. (2004). ¿Por qué la crítica se ha quedado sin fuerza? De las cuestiones de hecho a las cuestiones de interés. Arqueologías del porvenir. En línea: <<https://arqueologiasdelporvenir.com.ar/traducciones/por-que-la-critica-se-ha-quegado-sin-fuerza/>>.
- » Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Siglo XXI.
- » Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- » Latour, B. (2018). *Sobre el culto moderno de los factiches. Seguido de Iconoclash*. Dedalus.
- » Latour, B. y Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life: the Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.
- » Law, J. (2004). *After Method: Mess in Social Science Research*. Routledge.
- » Lemke, T. (2017). Mater and Matter: a Preliminary Cartography of Material Feminisms. *Soft Power*, vol. 5, num. 1, pp. 83-99.
- » Malamud Herrera, S. (2013). Diagnóstico genético preimplantatorio y eugenesia. Análisis ético-jurídico. *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, num. 1, pp. 123-143.

- » Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. EDUNLa.
- » Michael, M. (2017). *Actor-Network Theory. Trials, Trails and Translations*. Sage.
- » Phillips, J. (2006). Agencement/Assemblage. *Theory, Culture & Society*, vol. 23, num. 2-3, pp. 108-109.
- » Roberts, C. (1999). Thinking biological materialities. *Australian Feminist Studies*, vol. 14, num. 29, pp. 131-139.
- » Rogowska-Stangret, M. (2018). *Situated Knowledges*. COST Action IS1307 New Materialism: Networking European Scholarship on 'How Matter Comes to Matter'. En línea: <<https://newmaterialism.eu/almanac/s/situated-knowledges.html>>.
- » Sparrow, R. (2013). Gender Eugenics? The Ethics of PGD for Intersex Conditions. *American Journal of Bioethics*, vol. 13, num. 10, pp. 29-38.
- » Valle, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- » van der Tuin, I. (2015). *Generational Feminism. New Materialist Introduction to a Generative Approach*. Lexington Books.
- » Wilson, E. (2021). *Feminismo de las tripas*. Club Hem.

