

EL DUELO DE LA MASCULINIDAD. VARONES MEXICANOS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

THE MOURNING OF MASCULINITY.
MEXICAN MALES FACING INFERTILITY DIAGNOSIS

O DUELO DA MASCULINIDADE.
HOMENS MEXICANOS ANTE O DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDADE

María Eugenia Olavarría

ome@xanum.uam.mx

Profesora investigadora del Departamento de Antropología

Universidad Autónoma Metropolitana, México

Recibido: 9/8/2021 | Aceptado: 8/12/2021

Resumen: Tal como lo revelan estudios sobre la masculinidad en México y en otros países latinoamericanos como Chile y Brasil, la paternidad es la culminación de la identidad masculina tanto heterosexual como gay, su estado pleno, su mayor solidez. ¿Qué surge ante un diagnóstico de infertilidad masculina? ¿Cómo se reconfigura la masculinidad ante la imposibilidad de tener descendencia genéticamente relacionada? Este artículo indaga sobre los discursos, las prácticas y las representaciones de los varones que, tras un diagnóstico médico o de laboratorio, se enfrentan a la posibilidad de tener descendencia vía la donación de semen. Con base en entrevistas y etnografías realizadas entre 2015 y 2018 a parejas heterosexuales usuarias de reproducción médicamente asistida en clínicas públicas y privadas de Ciudad de México, se observa que la herencia genética es definitoria en el reconocimiento de la descendencia.

Nuestro estudio antropológico entre varones mexicanos receptores de gametos descubre un paisaje matizado en el que un diagnóstico afecta en forma diferencial la construcción de las masculinidades y las feminidades: la infertilidad masculina se asocia a la falta de virilidad y la impotencia sexual, mientras que para las mujeres la infertilidad les impide cumplir «su vocación femenina natural de ser madre». La aceptación o no de la posibilidad de recibir gametos, el significado que adquiere la herencia genética del hijo/a, así como la transmisión de características fenotípicas a la progenie no son únicamente elementos constitutivos de la paternidad, sino contenidos de las masculinidades en Ciudad de México.

Palabras clave: Infertilidad masculina, técnicas de reproducción asistida, donación de esperma, masculinidad, México

Abstract: Studies on masculinity in Mexico and in other Latin American countries such as Chile and Brazil show that fatherhood is the culmination of masculinity, its full state, its greater solidity both heterosexual and gay. What emerges from a diagnosis of male infertility? How is masculinity reconfigured in the absence of having genetically related offspring? This communication inquires about the speeches, practices and representations of males who face the possibility of having offspring via sperm donation. Based on interviews and ethnographies compiled between 2015 and 2018 with heterosexual couples using medically assisted reproduction in public and private clinics in Mexico City, it is observed that the genetic inheritance is defining in the recognition of offspring.

Our anthropological study among Mexican male gamete receptors reveals a nuanced landscape in which a diagnosis differentially affects the construction of masculinities and femininities. While male infertility is associated with lack of virility and sexual impotence, for women, infertility prevents them from fulfilling “their natural feminine vocation of being a mother”. The acceptance or not of the possibility of receiving sperm, the meaning acquired by the genetic inheritance as well as the transmission of phenotypic characteristics to the progeny they are not only constitutive elements of paternity but content of masculinities in Mexico City.

Keywords: Male Infertility, Assisted Reproductive Techniques, Sperm Donation, Mexico, Masculinity

Resumo: Como revelam estudos sobre masculinidade no México e em outros países latino-americanos, como Chile e Brasil a paternidade é o ponto culminante da identidade heterossexual e gay masculina, sua maior solidez. O que surge de um diagnóstico de infertilidade masculina? Como a masculinidade se reconfigura diante da impossibilidade de ter filhos geneticamente aparentados? Este artigo investiga os discursos, práticas e representações de homens que, após um diagnóstico médico ou laboratorial, enfrentam a possibilidade de ter filhos por meio da doação de esperma. Com base em entrevistas e etnografias coletadas entre 2015 e 2018 com casais heterossexuais usando reprodução medicamente assistida em clínicas públicas e privadas na Cidade do México, observa-se que a herança genética é determinante no reconhecimento da prole. Nosso estudo antropológico entre homens mexicanos receptores de gametas revela uma paisagem matizada em que um diagnóstico afeta diferencialmente a construção da masculinidade e da feminilidade: a infertilidade masculina está associada à falta de virilidade e impotência sexual, enquanto para as mulheres a infertilidade as impede de cumprir «sua vocação natural feminina de ser mãe». A aceitação ou não da possibilidade de receber sêmen, o significado que adquire a herança genética da criança, bem como a transmissão de características fenotípicas à progênie não são apenas elementos constitutivos da paternidade, mas conteúdo de masculinidades na Cidade do México.

Palavras-chave: Infertilidade masculina, Técnicas de reprodução assistida, Doação de sêmen, Masculinidade, México

Introducción

Este trabajo explora las intersecciones entre infertilidad masculina y construcción de la masculinidad en el contexto de las prácticas de reproducción médicamente asistida en Ciudad de México. Con base en una investigación de campo, este artículo indaga sobre los discursos, las prácticas y las representaciones de los varones mexicanos que, tras un diagnóstico médico o de laboratorio, se enfrentan a la posibilidad de tener descendencia vía la donación de esperma. Se muestra cómo el contexto clínico y los discursos de médicos y de usuarios están permeados por este conjunto de representaciones.

El tema de la infertilidad ocupa un sitio destacado en la literatura socioantropológica desde que los estudios del parentesco experimentaron un repunte hacia el último tercio del siglo XX debido, entre otras causas, al desarrollo y la expansión de las técnicas de reproducción humana con asistencia médica.

A pesar de dicho repunte, en su revisión de la bibliografía en lengua inglesa, Esmée Hanna y Brendan Gough (2015) reportan una notoria escasez de estudios sobre «men's experiences of infertility/subfertility, involuntary childlessness, and interventions into reproductive health» (p. 1). Es decir que, en una proporción importante, el estudio de la infertilidad se ha centrado en los sujetos femeninos.

Esta desatención sobre los significados de la infertilidad masculina y sus efectos en la construcción de las masculinidades se debe a la presencia de invariantes de orden conceptual relacionadas con: 1) la definición de infertilidad, 2) la construcción social de la infertilidad, y 3) las preguntas que se plantean sobre ella están dominadas por una idea generalizada de que la infertilidad es un asunto que atañe fundamentalmente a las mujeres.

Metodología

La investigación se desarrolló a lo largo de dos etapas del proyecto *Parentescos en el espejo. Desigualdad y diversidad en el contexto mexicano contemporáneo* (Conacyt CB14-2332266) y contó con el apoyo de la Fondation Maison de Sciences de l'Homme (FMSH) (Programme DEA 2019).

El trabajo de campo se llevó a cabo por un equipo de antropólogos supervisado por la autora y responsable del proyecto basado en una metodología cualitativa y etnográfica, sobre la cual se hace una reflexión de carácter interpretativo.

Se investigó simultáneamente en dos clínicas: una privada y una de las dos instituciones públicas que brindan el servicio de reproducción asistida de alta complejidad en Ciudad de México. Se retoman las entrevistas realizadas a dos médicos ginecólogos con subespecialidad en biología de la reproducción, una licenciada en psicología, un ingeniero con especialidad en embriología y dos entrevistas a profundidad con parejas heterosexuales de usuarios. Los testimonios fueron recabados bajo consentimiento informado, grabados y transcritos por el equipo de investigación. Las pláticas tuvieron lugar en el espacio físico de las clínicas y en el tiempo laboral o de consulta. Se usan pseudónimos y se cuenta con la autorización de los directivos y comités de ética de ambas instituciones.

La construcción social de la infertilidad (femenina)

Las tres invariantes de orden conceptual mencionadas en la introducción se desarrollan a continuación.

1. La infertilidad no siempre es considerada una patología, desde hace más de una década, la imposibilidad de ser padres sin intervención médica ha sido redefinida:

... la infertilidad es uno de los pocos términos médicos que es relacional, esto es, que implica una condición o problema que incluye o involucra a una pareja y no a un individuo aislado. Ahora bien, el problema que puede presentarse se relaciona con la composición de esa pareja. Uno de los puntos en cuestión es si se trata de un «tratamiento médico» o de un «servicio», esto es, si estamos frente a personas padeciendo una enfermedad o discapacidad o de personas que funcionan como clientes y demandan un servicio para cumplir con el deseo de paternidad o maternidad (Luna, 2008, pp. 16-19).

El reconocimiento de la *infertilidad relacional* se refiere a que: «cuando es la vida privada de las personas la que impide un embarazo exitoso, se aseguran los servicios de reproducción asistida a personas que no pueden embarazarse debido a sus preferencias sexuales o a su estado civil» (Luna, 2008).

La cuestión es que, desde mi perspectiva, es difícil distinguir una condición de infertilidad médicamente diagnosticada de la infertilidad de tipo relacional. En teoría, cuando la producción de un niño o niña se ve interrumpida porque la mujer o el hombre, o ambos en pareja, presentan un diagnóstico médico, se habla de infertilidad primaria; mientras que, al tratarse de parejas *gay* o cuando uno o los dos integrantes está fuera de la edad reproductiva o sin pareja, se estaría hablando de infertilidad relacional.

No obstante, los casos etnográficos aquí presentados —integrados por parejas heterosexuales en búsqueda de la descendencia—, muestran que cuando el varón es diagnosticado con

azoospermia¹ esta condición afecta no solo al individuo, sino a la pareja como tal. De esta manera, la infertilidad siempre será relacional en la medida en que cada miembro de la pareja o el individuo en solitario se verá imposibilitado o imposibilitada para procrear en igual medida y proporción. Vale decir que, para las integrantes femeninas de las parejas heterosexuales entrevistadas, su deseo de descendencia está ligado a la relación conyugal en que se encuentran, esto es, lo que ellas quieren es un «hijo de él» y no de otra persona (Olavarría, 2018b). En síntesis, la infertilidad relacional se presenta como una idea central en el desarrollo de este trabajo.

2. Françoise Héritier (1985) señala que en las sociedades etnográficas se encuentran instituciones equivalentes a las tecnologías actuales: En las sociedades donde no se reconoce propiamente la infertilidad masculina, esta se enmascara vía las instituciones. Resulta muy inusual que un varón, aún impotente, esté desprovisto de progenie. Tales instituciones son, de alguna manera, el equivalente a la inseminación (aquí natural y no artificial) con donante (traducción propia).

Es decir que, la construcción social de la infertilidad consiste en un aparato institucional, técnico y discursivo que enmascara la falencia masculina al tiempo que responsabiliza a las mujeres.

Estudios centrados en la perspectiva de género, en el marco de la reproducción humana médicamente asistida, exploran el sentido diferencial en el que los cuerpos femeninos y masculinos participan (Castañeda y Bustos, 2001; Chávez Courtois, 2011; Gomes Costa, 2002). Ya sea desde el punto de la incidencia de los tratamientos y de lo invasivo que pueden resultar para las mujeres, a diferencia de los hombres (Álvarez, 2006), estos estudios conforman la noción de asimetría duogenética reproductiva propuesta por Strathern (1992).

Esta noción alude a la representación del parentesco euroamericano en la que el padre y la madre contribuyen genéticamente en la formación del niño a través del espermatozoides y del óvulo, pero —en forma desigual— en la medida en que la madre aporta un elemento más: la gestación. Una vez obtenida la gravidez, el proceso ocurre exclusivamente en el útero, con independencia de la participación paterna (Gomes Costa, 2002, p. 350).

La asimetría funcional fisiológica de los cuerpos, en la procreación, no tiene otra razón que la cultural, que determina automáticamente una asimetría absoluta de las responsabilidades y de los compromisos (Héritier, 2010). Entiéndase por responsabilidad y compromiso la actitud

1 Trastorno orgánico consistente en la ausencia de espermatozoides en el semen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

amorosa y de cuidados hacia un niño que no tiene que ver con la idea espontánea del «instinto materno». Una expresión más clara de esta asimetría en la que dos de los tres elementos necesarios para la procreación recaen sobre el cuerpo femenino, es el hecho de que no solo son requeridos el óvulo y el útero, sino el cuerpo entero de la mujer.

Para otras autoras y autores, la infertilidad afecta diferencialmente la construcción de las masculinidades y de las feminidades. De esta manera, la infertilidad masculina se asocia a la falta de virilidad y la impotencia sexual, mientras que para las mujeres la infertilidad les impide cumplir «su vocación femenina natural de ser madre» (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016, p. 336). Para ambos géneros, la infertilidad coloca a los cuerpos diagnosticados en la escala más baja de la «jerarquía de lo masculino/femenino» (Gomes Costa, 2002, p. 344).

En el terreno particular de la participación masculina en reproducción asistida en México, los médicos de la década del cincuenta añaden lo siguiente:

Álvarez Bravo adds that for women, childlessness is “the dissatisfaction of her maternal desires” which leaves her with «feelings of emptiness» and “psycho-nervous imbalances that endanger the stability of the family”, while for men, sterility “mangles his egoism and destroys his aspirations to see his name perpetuated and to educate people that will serve his nation” (Álvarez Bravo, 1952 citado por González-Santos, 2020, p. 48).

3. Las preguntas desde la medicina sobre la infertilidad masculina están dominadas por una idea generalizada de que la infertilidad es un asunto que atañe fundamentalmente a las mujeres.

El estudio de Sandra González Santos (2020) sobre el desarrollo de la reproducción médicamente asistida en México pone de manifiesto que la mirada hacia los sujetos masculinos infértiles no solo aparece de forma tardía en el paisaje médico, sino que es mucho menor en proporción a la de los sujetos femeninos. Esta autora observa el desbalance entre la atención dirigida a los órganos y procesos masculinos frente a los femeninos a lo largo de más de cincuenta años de práctica sociocultural de la reproducción médicamente asistida en México (2020, p. 151): «Eight out of fourteen chapters are focused on female factors, [...]. Only two are focused on male factors...» (González-Santos, 2020, p. 96).

Cabe señalar que este desbalance —desde los inicios de la «esteriología» en México hasta la década del setenta— se explica, según González Santos (2020, p. 52), por la oposición de la Iglesia Católica a la masturbación y al *coitus interruptus*. La dificultad de obtener semen, el cual solo se obtenía *post coitum* del cuerpo de mujeres, se suma a la creencia de que la reproducción no era asunto de los varones (González-Santos, 2020, p. 54):

Arteaga Elizondo strongly opposed using donated sperm, not only arguing it was morally wrong and because he saw selling sperm as a mercantile and immoral action (a mercenary behavior), but because he foresaw that it could have negative effects on men's virility. Using donated sperm could accentuate the inferiority complex felt by husbands when they face male factor infertility, and it could affect the relationships between the husband, the wife, and the child (González-Santos, 2020, p. 55).

En cuanto a los estudios socioantropológicos sobre varones que se enfrentan a un diagnóstico de infertilidad, la falencia es aún más grave. En su revisión de 19 artículos con metodología cualitativa «on the emotive responses and lived experiences of men in relation to infertility» Hanna y Gough (2015, p. 1) ponen el acento en este problema. El estado del arte de estas autoras abarca cinco casos en Reino Unido, uno en Israel y Reino Unido, uno en Canadá, uno en Suecia, uno en Irán, otro en Chile y el resto en Estados Unidos. Llama la atención que el único caso considerado en un país latinoamericano sea Chile donde las publicaciones de José Olavarría (2003), Rodrigo Parrini (2000) y Florencia Herrera (2013) pueden considerarse pioneras en lengua castellana. La constante en estas indagaciones gira alrededor de temas como: «infertility as crisis»; «emoting infertility-men as «being strong»», «infertility as a source of stigma», y el «desire for fatherhood» (Hanna y Gough, 2015:1).

En lo que concierne a reproducción asistida en países de lengua castellana y tradición católica, es más frecuente que sean los donantes de semen y no los receptores o potenciales receptores quienes atraigan el interés de antropólogos y sociólogos (Álvarez, 2018 y Álvarez y Pichardo, 2017).

El contexto mexicano

Tal como lo revelan estudios sobre la masculinidad en México (Gutmann, 1997) y en otros países latinoamericanos como Chile y Brasil (Parrini, 2000; Gomes Costa, 2002), la paternidad es la culminación de la identidad masculina tanto heterosexual como *gay*, su estado pleno, su mayor solidez.

Lo anterior apuntala la noción expuesta en Consuelo Álvarez (2006) de que la paternidad solo puede ser genética, mientras que la maternidad parece más biológica debido al embarazo. El embarazo, período durante el cual se comparten sustancias, espacio, sangre, parece adquirir igual importancia que la relación genética de la madre con el hijo y, de cierta manera, nivela el hecho de que en la concepción intervino una célula ajena, mientras que, para los varones, al no contar con esa experiencia corporal, el no colaborar con material genético en la fecundación tiene mayores implicaciones simbólicas (Álvarez, 2006).

Cuando un hombre es padre se puede decir que es, de verdad, hombre.

Si bien en lo tocante a la paternidad, al igual que en otros aspectos relacionados con la identidad, no existe un patrón único de masculinidad; de hecho, en México la diversidad constituye un elemento preponderante del carácter ambiguo de la masculinidad (Gutmann, 1997, p. 119).

En efecto, otro estudioso de la masculinidad mexicana apunta que

... men are not presented as having such a strong desire to become fathers. It is their responsibility, to perpetuate the family name and pass down the fortune [...] but not so much as source of identity or purpose in life. *Mexican masculinity is more commonly built on notions of work, sexual potency, and caring for the family (in terms of physical and financial protection)* (Wentzell, 2013 citado por González-Santos, 2020, pp. 228-229 énfasis mío).

El antropólogo físico mexicano Hernández Rodríguez (2013) afirma que, en México, el interés en la salud sexual y reproductiva de los hombres nace en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) cuando las feministas apuntan hacia la importancia del desempeño masculino en la vida familiar con el objetivo de alcanzar una mayor equidad de género. Esta necesidad de aumentar la participación masculina en las decisiones reproductivas se justifica por la extensión y la profundidad que en la práctica médica y el discurso adquieren los siguientes supuestos:

a) la participación masculina en la reproducción es secundaria; b) se piensa que los hombres son menos susceptibles que las mujeres a enfrentar padecimientos relacionados con la procreación y la reproducción; c) se asume que el hombre debe ser viril, capaz de reproducirse y criar a sus hijos; d) se asume que los hombres se encuentran relativamente distantes de las complicaciones de salud de los hijos que crían (Hernández Rodríguez, 2013, p. 4).

El «mito del hombre siempre fuerte, resistente y viril» presente en el imaginario mexicano tiene su correlato en el escaso entendimiento e interés en la salud sexual y reproductiva masculina. «No existe una guía de detección, prevención y tratamiento médico adecuado para los hombres que tradicionalmente no son educados para cuidar su salud» (Hernández Rodríguez, 2013, p. 16).

Estos supuestos dominan, igualmente, los proyectos de antropólogas y antropólogos interesados en el estudio de la reproducción humana médicamente asistida. Con excepción de los trabajos de Mayra Chávez Courtois (2011) y de Emilia Perujo (2013) las investigaciones sobre «infertilidad» en México se centran en sujetos femeninos y dejan de lado no solo a sus eventuales parejas masculinas, sino a todo varón que se vea en dificultad de procrear.

Desde el punto de vista sociodemográfico, Juan Guillermo Figueroa Perea (1998) y Figueroa Perea y Verónica Sánchez Olgún (2000) dan cuenta de este problema en numerosas

publicaciones y concluyen que se trata de una práctica social que va en detrimento de los derechos de los varones.

Con base en el presente trabajo, puedo afirmar siguiendo a Fernando Hernández Rodríguez, que el hecho de que la responsabilidad del comportamiento reproductivo recaiga en las mujeres, si bien relega a los varones a una posición marginal, también les confiere cierta comodidad al retirarles responsabilidad en materia de las decisiones reproductivas (Daniels, 2006 citado por Hernández Rodríguez 2013, p. 17).

Este antecedente en el terreno general de la salud reproductiva se agudiza y profundiza en lo que se refiere a la reproducción médicamente asistida.

¿Cómo se traduce este contexto entre varones en Ciudad de México enfrentando un diagnóstico de infertilidad? Para responder esta pregunta, se presentan los resultados de la investigación.

Etnografía

el responsable del área de embriología de la clínica privada entrevistado en 2018, el andrólogo J. Rivero, responde a la pregunta formulada por la investigadora:

Esto es fundamental: el óvulo. Yo les digo a las pacientes todos los días cuando hacemos las transfereencias (de embriones): 'el óvulo, como en la vida en general, es el que marca la calidad' ¿a qué me refiero? Que en la vida (risas) a ver cómo les parece esto (antropóloga: no, no se preocupe) yo creo que la que manda en el mundo es la mujer ¿ajá? En el laboratorio así es, es el óvulo el que tiene los parámetros más importantes porque el óvulo tiene la capacidad de, eventualmente, recomponer algún daño que el espermatozoide pudiera tener. El espermatozoide no lo es así, pero hoy en día se le ha dado mucho más interés al espermatozoide porque finalmente la fecundación depende de estos dos gametos (Dr. J. Rivero en Olavarría 2018b).

Este testimonio traslada a nivel celular la participación masculina en la fecundación. La preeminencia femenina *en la vida*, que corresponde a una creencia personal del médico, la emplea como metáfora para explicar a sus pacientes la importancia del óvulo. De alguna manera, este verbatim también recupera, al final, el creciente interés en medicina en la participación masculina en la procreación.

Por otra parte, en el hospital público se ofrece la terapia psicológica de grupo exclusivamente para mujeres. En la clínica privada, el servicio de apoyo psicológico individual o en pareja es ofrecido a todos los usuarios y usuarias como parte de su protocolo. Es sugerente que, según

testimonio de la psicóloga A. Pineda, encargada del servicio psicológico en la clínica privada: «casi no tengo hombres en terapia» (Olavarría, 2018b).

Según este testimonio, no solo el número de varones que participa en terapia psicológica, en apoyo a sus tratamientos de reproducción médicamente asistida, es significativamente menor al de las mujeres, sino que, durante las sesiones, los varones desconocen su necesidad de atención psicológica y la trasladan a su relación de pareja:

... aunque no lo creas, los hombres vienen a terapia porque no saben cómo lidiar con su pareja ¿no? Porque se vuelve una obsesión, ya no pueden lidiar con eso, entonces, vienen a buscar cómo tratarlas, cómo entenderlas. También ellos (buscan) como desahogarse en esta parte ¿no? También están hartos, imagínate qué cansado es para un hombre estar con una mujer, durante diez años, que no se puede embarazar, que está deprimida, que está ansiosa, que está enojada con la vida, con Dios, que ya no tienen relaciones sexuales. También es pesado... (psicóloga en clínica privada en Olavarría, 2018b).

Por otro lado, las parejas masculinas que «acompañan a los tratamientos de sus esposas o compañeras» se involucran de diferentes maneras. En ocasiones, las usuarias evitan afectar las actividades laborales de sus esposos, pero, a menudo, son las mujeres quienes los excluyen al considerar que el problema es únicamente de ellas. Consideran, según los testimonios, que son las mujeres a quienes los médicos deben «arreglar»:

Somos más complejas y nos tenemos que arreglar un montón de cositas para que nos vaya bien ¿ok? A lo hombres, afortunadamente, poco porcentaje necesita tratamientos hormonales, pero sí... las mujeres tenemos más cuestiones que nos tienen que arreglar (Arelí, usuaria de reproducción asistida en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

A pesar de este contexto, en el que tanto profesionales como usuarios y usuarias asumen el paradigma de la supremacía femenina en la reproducción y crianza (único espacio, por cierto, en el que la asimetría genérica declina hacia las mujeres), el diagnóstico de infertilidad masculina y la posibilidad de tener hijos gracias a la intervención de un donante de semen constituye un punto de inflexión.

Antropóloga: ¿Cómo reaccionan tus pacientes al saber que necesitan de una donación?

Médico especialista en biología de la reproducción: Mal. Normalmente la respuesta es la negación. ¡No! Eso no es para mí. Yo eso no lo quiero. Ni me lo menciones (Médico en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

Este médico explica cómo enseña a sus estudiantes a abordar este tránsito:

... yo les decía a mis alumnos que, desde la primera consulta, les hables de esa posibilidad. Entonces, abres una puertecita para que el día de mañana,

después de dos intentos (de FIV), les dices: ¿todavía te acuerdas de lo que habíamos hablado? Y si la pareja no está desgastada, entonces, es más fácil que lo acepten. Siempre la primera reacción es: «No, no, a mí no me hables de eso, no, nunca lo haría». Siempre la primera reacción es negativa, pero conforme se van encontrando con dificultades [...] lo van viendo con mejores ojos y (dicen) «cuéntame cómo está eso de la donación», ahora sí «explícame el procedimiento»... (Médico en clínica privada, en Olavarría, 2018b).

Este médico señala igualmente que, una vez que los usuarios varones asumen que su única posibilidad de tener hijos es mediante la recepción de gametos, externalizan sus dudas respecto de los procedimientos y no vuelven a expresar sus opiniones.

El diagnóstico constituye, pues, un punto de inflexión ¿Qué surge tras el diagnóstico?, ¿cuáles significados de la masculinidad surgen ante la imposibilidad de tener descendencia genéticamente relacionada? Dos casos emblemáticos recopilados durante la consulta externa de la Coordinación de Reproducción Asistida del Instituto público, servirán para reflexionar sobre las posibles interrelaciones entre infertilidad y masculinidad.

Luis y Rosalía

Este testimonio fue obtenido por la investigadora del proyecto, Chávez Courtois.² La pareja conformada por Luis y Rosalía conversa sobre las condiciones de su ingreso como usuarios. Él vive con diabetes y a pesar de llevar más de dos años de tener relaciones sin protección no consiguen el embarazo.

Tal como el protocolo del Instituto lo indica, les fue solicitada una muestra de semen para hacer la espermatobioscopía a partir de la cual se descartaría, en primer término, la posibilidad de una falencia masculina. Si el resultado así lo confirmara, se canalizaría al usuario al servicio de Andrología y la ruta de atención tomaría esa dirección.

Dado que Luis vive con diabetes y de que una sospecha latente sobre su capacidad de procrear ronda en la mente de ambos, la pareja decide pedir al hermano de Luis que les provea de una muestra de semen para ser sometida a análisis en el Instituto. Esquivar un diagnóstico desalentador que confirme la ominosa sospecha que se levanta sobre la infertilidad de la pareja es el objetivo de su inocente fraude.

Al resultar viable el esperma del hermano donante y lograr así engañar al sistema, la atención médica se vuelca entonces sobre Rosalía quien, a sabiendas de no ser la «responsable» de la falta de descendencia, se somete sin vacilar a los estudios de laboratorio y a los tratamientos

2 *Parentescos en el espejo. Desigualdad y diversidad en el contexto mexicano contemporáneo* (Conacyt CB14-2332266)

de estimulación hormonal. Lamentablemente, a los pocos meses de la entrevista, Luis fallece debido a complicaciones de su enfermedad.

El primer cuestionamiento que esta vivencia desata es el motivo por el cual Luis y Rosalía deciden engañar al sistema. Resulta evidente que, si su objetivo consiste en obtener la asistencia médica para la reproducción, un diagnóstico certero hubiese resultado de mayor utilidad. Queda claro, entonces, que no es la infertilidad lo que buscan ocultar, sino la inviabilidad de él como reproductor.

Repunta la hipótesis en el sentido de que la infertilidad masculina atenta contra la masculinidad y la virilidad.

Además de que la experiencia de esta pareja se ajusta a lo cultural e institucionalmente esperado, y de que representa una confirmación de que el trabajo de institución en el sentido que Pierre Bourdieu (1993) confiere a la expresión, está encaminado a paliar la infertilidad masculina; la vivencia de Rosalía y Luis comprueba que la infertilidad es relacional e independiente del cuerpo.

A final de cuentas, es la pareja y no el individuo quien recibe la atención médica y para el medio social en que se inscribe, resulta del todo funcional: es la mujer sobre quien recae el diagnóstico de infertilidad y, por ende, la miembro de la pareja que recibe el tratamiento.

La gran diferencia entre los métodos paliativos de la infertilidad masculina entre los samo de Burkina Faso descritos por Héritier (1985) y los de la actual Ciudad de México es que, entre los primeros, la colectividad no ignora el estatus ni la identidad del genitor. Con base en estudios demográficos en Francia citados por Héritier, entre el 4 y 5 % de los niños cuenta con un padre que no es su genitor biológico (1985, p. 104). Esta autora vislumbra en la verdad de la paternidad biológica el último reducto del poder femenino, de ahí que, aceptar públicamente la donación de semen es, para un varón mexicano, sucumbir ante el poder de su esposa (2010). Este poder lo apuntala el fantasma del Otro, del rival sexual.³

En sus conclusiones sobre este tema, Hanna y Gough (2015) van más allá y sugieren que «This infertility–masculinity linkage is then suggested to create greater stigma for men than women in relation to infertility» (p. 1). Confirman, igualmente, que la respuesta de Rosalía constituye más que una excepción, una constante:

3 As with female gender roles, in men the sexual and reproductive roles are also united to shape their gender identity. Sexual performance is associated with masculinity, virility, and power, which are displayed through the number of children he can produce (Asakura, 2005). If a man cannot have children, there is the belief that it is because he has a sexual dysfunction. This concept makes it difficult for men to accept being medically checked when male-related infertility is suspected (González Santos, 2020, pp. 226-227).

Given the stigma that is attached to male infertility, women often shoulder the «blame» for fertility problems even when male-factor infertility has been diagnosed (Hanna y Gough, 2015, p. 6).

Otros significados específicos de la situación mexicana atraviesan la vivencia de Luis y Rosalía, los cuales se discutirán más adelante.

Sandra y Roberto

Para Sandra y Roberto, de 34 y 33 años respectivamente, el diagnóstico de azoospermia que reciben en el instituto los lleva a tomar una serie de decisiones. Debido a que Sandra, como ama de casa y estudiante de belleza, no recibe ingresos y Roberto, como trabajador de la construcción —ayudante de albañil—, percibe el salario mínimo (equivalente aproximado a diez euros diarios), antes de ingresar al instituto se ven obligados a abandonar los tratamientos con un médico urólogo particular y en un instituto de fertilidad privado. Tuvieron noticia de este tratamiento a través de la TV, donde pagaron mil ochocientos pesos por su primera y única consulta.

Al momento de la entrevista, Sandra y Roberto se encuentran ahorrando para hacer el pago de siete mil pesos al banco de esperma y de quince mil pesos al Instituto por la inseminación artificial (lo que representa, en total, diez meses de salario de Roberto). Cabe mencionar que los tratamientos heterólogos, para su consecución dentro del Instituto, deben ser aprobados por el Comité de Ética y solo un banco de esperma está autorizado como proveedor.

Gracias a su médico, Sandra y Roberto conocen de antemano algunos aspectos del funcionamiento de la donación:

Roberto: Nosotros tenemos que ir [al banco de esperma, donde] nos enseñan fotos del donante cuando es niño y ya nosotros elegimos.

Antropóloga: ¿Cómo piensan elegir?

Roberto: Risas

Sandra: Pues más o menos que tenga los rasgos de él.

Roberto: Un poquito... ya ve cómo son luego los niños, es que ya cuando están más grandes, o la familia tanto, tantito que empiezan a preguntar ¿Y por qué no se parece...?

Sandra: Porque de hecho solo él y yo, bueno solo nosotros sabemos que va a ser por ese medio.

Antropóloga: ¿Su familia no...?

Sandra y Roberto: ¡No!

El deseo de mirarse en el espejo de la progenie de Roberto está guiado por el interés en ocultar la infertilidad que mina su estatus masculino. Otra pareja mencionó que le gustaría conservar el anonimato de su posible donante y, entre risas, que sea sano y de ojos verdes. Tras el diagnóstico de azoospermia, los varones entrevistados responden con risas y bromas, la única respuesta pública aceptable frente al tabú y, desde ese momento, se impone el secreto sobre el origen del hijo en potencia.

El recurso al sentido del humor repunta involuntariamente en el testimonio de Simpson (2000), al discutir la noción de «comunidad imaginaria», refiere que:

¿Qué significaría para un chico (escocés) descubrir que sus orígenes biológicos residen en un donante de esperma danés?⁴ [...], un colaborador del *Glasgow Herald* sugirió que los orígenes del semen no importaban siempre y cuando éste viniera de una nación que pudiera jugar fútbol (*Glasgow Herald*, 19 de octubre de 1999). Pero si a los 18 años, el chico descubriera sus orígenes genéticos ¿sería aceptable jugar para Dinamarca tanto como para Escocia? (Simpson, 2000, p. 3).

A further reason why women «cover» for their partners to others may relate to the «humor» that is used in relation to male infertility, which can be seen to form a further part of the stigma around infertility. It is suggested that «while wives are pitied, husbands are teased»⁵ (Greil et al., 2010, p. 146) and the literature notes that «teasing» or «public ridicule» forms part of responses to malefactor infertility and may contribute to the persistent stigma (Hanna y Gough, 2015, p. :6).

Al momento de tomar decisiones sobre la posible participación de terceros —donantes de gametos y de capacidad gestante— es cuando la fuerza simbólica de estos elementos se deja sentir. Salta a la vista, aún en el nivel celular, la asimetría genérica, puesto que las valoraciones y juicios no aplican por igual para la recepción de semen que para la de óvulos o de gestación.

En los testimonios de los padres y madres de intención, en pareja heterosexual, se observa un rechazo a la donación de semen y una opinión más abierta sobre la donación de óvulos, mientras que la gestación sustituta o subrogada divide las opiniones (Olavarría, 2018a). Las parejas expresan su incertidumbre e incomodidad al saber que uno de los dos no es el padre y las esposas manifiestan su preocupación por gestar un hijo que no es de su marido (Perujo, 2013).

Tanto en la investigación documental como etnográfica, el diagnóstico de infertilidad produce respuestas no solo en los varones, sino en las parejas. En lo que respecta a los varones, los eslabones de la cadena fertilidad/masculinidad/virilidad se debilitan y aparecen los fantasmas

4 El banco de esperma de origen danés *Cryos* es el más importante de Europa (Álvarez y Pichardo, 2017).

5 Una traducción aproximada: mientras las esposas son objeto de compasión, los maridos son objeto de burla.

de la impotencia y de la presencia del *otro* o del rival sexual en la figura del donante de esperma.

Las parejas femeninas de los varones diagnosticados (que no son sujetos de esta investigación, pero cuyas respuestas fueron registradas) se muestran dispuestas a asumir la responsabilidad por la falta de descendencia y recurrir tanto al secreto hacia la posible progenie sus familias y entorno social y a resguardar el anonimato del donante.

Estas constantes observadas en los contextos nacionales revisados por Hannah y Gough (2015) y Bob Simpson (2000), están presentes en Ciudad México, pero un eje atraviesa ambos casos paradigmáticos: el de la pobreza y la desigualdad social.

La enfermedad de Luis está relacionada con la pobreza. José Carlos Ramírez y Marcela de la Sota «apoyan la hipótesis de que una parte de la población pobre, que es rural y diabética, es la que tiene más probabilidad actual y futura de experimentar privaciones sociales en México» (2018, p. 3).

Si bien varones de todas las clases sociales en México son susceptibles de ser diagnosticados con azoospermia, las consecuencias del dictamen médico no pesan a todos por igual.

La desigualdad económica se oculta bajo la aparente equidad de la biología. Las parejas entrevistadas que, debido a su bajo ingreso económico, solo tienen acceso a los servicios públicos, no solo deben transitar por un largo camino que incluye la aprobación por el Comité de Ética para que les sea aprobada una donación de esperma y ahorrar o pedir prestado para adquirirla, sino que, de antemano, ven muy lejana la posibilidad de beneficiarse, debido a su alto costo, de uno de los avances biotecnológicos más importantes en materia de infertilidad masculina: la Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI por sus siglas en inglés), que es un procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito previa obtención y preparación de los gametos, con el fin de obtener embriones que puedan transferirse al útero materno (OMS, 2010).

La ICSI y sus variantes PICSI (selección fisiológica de esperma) e IMSI (selección morfológica de esperma) alcanzan un costo en las clínicas privadas de entre treinta y cien mil pesos mexicanos (de mil a cinco mil euros).

Reflexión

Un estudio de mayor alcance sobre las respuestas de los varones mexicanos ante la posibilidad de tener hijos con el esperma de otro varón deberán considerar: si el donante es o no anónimo,

altruista o no altruista, si la fecundación se hará por inseminación artificial (IA)⁶ o mediante fertilización in vitro (FIV), las diferencias de edad, clase, etnia y orientación sexual de los sujetos de la posible encuesta.

En el plano del análisis socio antropológico, queda claro que, al ser la infertilidad un asunto que atañe preferentemente a las mujeres, hasta ahora, las preguntas sobre infertilidad masculina se construyen bajo el modelo femenino. Esto constituye una falencia teórico metodológica que obligará en adelante a repensar la construcción sexuada de la infertilidad no desde *quién experimenta qué*, sino desde el *cómo* se construye la experiencia en cada uno de los sexogéneros.

Otro aspecto a profundizar etnográficamente tiene que ver con las consecuencias que el paradigma del varón relegado de la reproducción y, por ende, de la crianza en los hijos, produce en las relaciones de parentesco. El varón relegado de la reproducción, en un ámbito de dominación masculina como el del México actual, no experimenta necesariamente tal exclusión como una afectación a sus derechos, sino que le permite situarse en una posición de comodidad la cual refuerza, por último, la noción de familia tradicional con padre ausente, es decir el esquema de la masculinidad hegemónica.⁷ El hecho de que la infertilidad sea un «problema femenino», acaba por feminizar a los varones diagnosticados. Es la cadena semántica fertilidad/masculinidad/virilidad la que, en forma literal, aprisiona tanto a hombres como a mujeres.

La aceptación o no de la posibilidad de recibir gametos por parte del varón, de la mujer o de ambos, el significado que adquiere la herencia genética del hijo o hija, así como la transmisión de características fenotípicas a la prole no son únicamente elementos constitutivos de la paternidad, sino contenidos de las masculinidades en Ciudad de México. La posibilidad de reconfigurar o no la masculinidad tras un diagnóstico de infertilidad está determinada, como muchos otros aspectos, por el contexto de la desigualdad económica y social. Si en un plano ideal, la ICSI puede considerarse un *remedio* a la infertilidad masculina, para quienes su única opción es el servicio público esto no es así. Cabe recordar que para recibir atención en uno de los dos institutos que ofrece este servicio y en el cual se realizó la investigación, los usuarios transitan por un protocolo de trabajo social al término del cual se establece la cuota a pagar en función de sus ingresos económicos. Es decir, la atención en el servicio de andrología no es gratuito y la obtención de la muestra espermática para su eventual uso tiene el mismo costo que para quienes sí tienen acceso a los servicios médicos privados.

6 La OMS (2010) no incluye la inseminación asistida (IA) con espermatozoides ni de la pareja ni de un donante entre las Técnicas de Reproducción Asistida.

7 “Sperm donor practices do not just reinforce traditional heterosexual family structures, but also make possible a whole range of alternative forms of parenting where men are often absent” (Burr, 2009, p. 717).

Referencias bibliográficas

- Álvarez, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, 15, 411-455. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801517.pdf>.
- Álvarez, C. (2018). Mesa y reproducción: la gran metáfora que vincula dieta y fertilidad masculina. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 58, 279-299. Recuperado de <https://ojs.letras.up.pt/index.php/tae/article/view/10001>.
- Álvarez, C., y Pichardo Galán, J. I. (2017). «Mercancía o don: Bancos de Semen y autonomía reproductiva», en: *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 12 (3), pp. 339- 363.
- Asakura, H. (2005). Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas. Un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la Ciudad de México. En: M. Torres (Ed.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos* (pp. 33-59). Ciudad de México: El Colegio de México.
- Burr, J. (2009). Fear, Fascination and the sperm donor as 'abjection' in interviews with heterosexual recipients of donor insemination. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 705-718. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01171.x>
- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 100, 32-36. Recuperado de https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1993_num_100_1_3070.
- Castañeda, E. y Bustos, H. H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15, 124-132. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=21296>.
- Chávez Courtois, M. L. (2011). *Infertilidad y Reproducción asistida: Una mirada antropológica*. Madrid: Académica Española.
- Figuroa, J. G. (1998). La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. En: S. Lerner (Ed.), *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 163-189). Ciudad de México: El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.
- Figuroa Perea, J. G., y Sánchez Olguín, V. (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. *Papeles de Población*, 6(25), 59-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202504>
- Gomes Costa, R. (2002). Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, 10, 339-354.
- González Santos, S. P. (2020). *A Portrait of Assisted Reproduction in Mexico. Scientific, Political, and Cultural Interactions*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Gutmann, M. C. (1997). Machos que no tienen ni madre: la paternidad y la masculinidad en la Ciudad de México. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, (6).
- Hanna, E., y Gough, B. (2015). Experiencing Male Infertility: A Review of the Qualitative Research Literature. *Sage Open*, octubre-diciembre, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2158244015610319>
- Héritier, F. (1985). La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation. En: *L'Homme*, 25 (94), 5-22.
- Héritier, F. (2010). La filiation, état social. *La Revue Lacanienne*, 3 (8), 33-36. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2010-3-page-33.htm>.
- Hernández Rodríguez, F. S. (2013). Repensando la reproducción desde la perspectiva masculina. *Estudios de Antropología Biológica*, 16. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56753>.
- Herrera, F. (2013). "Men always adopt": Infertility and reproduction from a male perspective. *Journal of Family Issues*, 34, 1059-1080. Recuperado de https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0192513X13484278?casa_token=M7eltuaEFV4AAAAA%3Ad30wwCU2OCaYqwMg3hXgv-DypEg8a9GsQJ3lmQIngtzd-DjVQ9_fxDKk58e57tNETOv-Pv7EQ4iS4Q.

- Lerner, S., Guillaume, A., y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. Ciudad de México: IRD-El Colegio de México.
- Luna, F. (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. En: *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. Colección Derechos Humanos, Población y Desarrollo. San José de Costa Rica: IIDH-UNFPA. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/reproducci%C3%B3n-asistida-g%C3%A9nero-y-derechos-humanos-en-am%C3%A9rica-latina>.
- Olavarría, J. (2003). Los estudios de masculinidades en América Latina. Una interpretación. *Anuario Social y Político de América Latina y el Caribe*, 6, 91-98. Recuperado de <https://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/10/Los-Estudios-sobre-Masculinidades-en-Am%C3%A9rica-Latina.-Jos%C3%A9-Olavarr%C3%ADa.pdf>.
- Olavarría, M. E. (2018a). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*. Ciudad de México: Gedisa.
- Olavarría, E. (2018b). Informe de campo 2015-2018. *Proyecto Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo (2015-2018)*. Ciudad de México: UAM/ CEMCA / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CB-2014-236622), [inédito].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la OMS*. Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf?ua=1
- Parrini, R. (2000). Los poderes del padre: paternidad y subjetividad masculina. En: J. Olavarría y R. Parrini (Eds.), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Santiago de Chile: Flacso-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad.
- Perujo, E. (2013). La búsqueda de la descendencia. Parejas usuarias de Técnicas de Reproducción Asistida TRA en la práctica médica privada. En: M. E. Olavarría (Coord.), *Parentescos en plural*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa-UAM
- Ramírez, J. C., y De la Sota Riva, M. (2018). El rostro pobre de la diabetes en México. *Investigación Económica*, 77(305), 3-39. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16672018000300003&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Simpson, B. (2000). Comunidades genéticas imaginadas. Etnicidad y esencialismo en el siglo XXI. *Anthropology Today*, 16(3).
- Strathern, M. (1992). *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press.