



Revista Pelicano

Vol. 5. *El vuelo del Pelicano*

ISSN 2469-0775

pelicano.ucc.edu.ar

Agosto 2019 – Córdoba

María Cecilia Johnson

cecijohn27@gmail.com

Licenciada en Trabajo Social y doctora en Estudios de Género por la Universidad Nacional de Córdoba. Becaria Posdoctoral CONICET en el CIECS-CONICET-UNC (Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad) Docente en la Universidad Nacional de Córdoba, en la Licenciatura en Trabajo Social.

DOI:

“Poner el cuerpo”: desigualdades de género en la experiencia de usuarias con Técnicas de Reproducción Asistida

“Poner el cuerpo”: Gender Inequalities in The Experience of Assisted Reproduction Techniques Users

Resumen

Desde un análisis teórico-empírico este trabajo de investigación se propone comprender las maneras en que el poder biomédico se *hace cuerpo* en las experiencias de mujeres usuarias de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). Las TRHA abren alternativas reproductivas pero al mismo tiempo suponen crecientes procesos de patologización y medicalización de la reproducción de las mujeres.

Desde un enfoque biográfico, mediante entrevistas realizadas a mujeres usuarias de la ciudad de Córdoba, este artículo explora las diferentes formas en que el poder biomédico opera en los cuerpos de las usuarias, partiendo de los sentidos subjetivos de la experiencia con TRHA. La fragmentación, la alienación, la maleabilidad y la performatividad del cuerpo resultan vivencias que forman parte de la experiencia subjetiva con las TRHA. Así mismo el género aparece

como una categoría central que da cuenta de las desigualdades en el tratamiento.

Palabras clave: Reproducción asistida, género, biografías, medicalización.

Abstract

From a theoretical-empirical analysis, this research seeks to understand the ways the biomedical power is embodied in the experiences of women using Assisted Reproduction Techniques (ART). The ARTs brings reproductive alternatives but at the same time they involve increasing processes of pathologization and medicalization of the reproduction of women.

From a biographical approach, through interviews with female users of Córdoba city, and analyzing the corporal and subjective senses of the experience with ARTs, this article explores the different ways the biomedical power relationships are implicated in the biographical experiences of users. The fragmentation, alienation, malleability and the performativity of the body are part of the subjective experience with the ART. In addition, gender appears as a central category showing the inequalities during the treatment.

Key words: Assisted Reproduction, Gender, Biographies, Medicalization

Introducción

La dimensión corporal es una dimensión ineludible cuando se estudia a nivel subjetivo la experiencia de las personas usuarias de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). Algunos sectores del feminismo las han analizado como nuevas formas en que se reinscribe el control sobre cuerpo de las mujeres y desde la biopolítica se ha señalado cómo la tecnología produce nuevos mandatos y responsabilidades en las personas usuarias: cuerpo, poder y tecnología aparecen como nociones entramadas cuando se estudia las TRHA.

Desde una investigación doctoral en estudios de género, centrada en las experiencias biográficas de mujeres usuarias de las TRHA en la Provincia de Córdoba (Argentina), este artículo analiza las experiencias corporales de las usuarias en el marco de su itinerario biomédico, analizando diversas formas en que estas vivencias dan cuenta de desigualdades reproductivas en clave de género.

Se parte de entender que las TRHA forman parte de las prácticas de control de la reproducción de la población, donde las tecnologías reproductivas y no reproductivas, constituyen una parte relevante de la gobernabilidad reproductiva de una sociedad (Morgan, 2019). Así también otros autores las enmarcan dentro del análisis de las llamadas sociedades de riesgo (Beck, 1992), de la medicina de la vigilancia o de la medicina del control (Armstrong, 1995) entendiendo que estos modelos han estado presente en el desarrollo de estas prácticas biomédicas.

Si se analiza el concepto de infertilidad, se puede advertir cómo éste se inscribe desde el lugar de riesgo, entendiendo a la reproducción desde una mirada patologizante (Rapp, 2001). De esta manera la definición de infertilidad propuesta por la OMS supone en el marco de una relación heterosexual la ausencia de un embarazo en el período de doce meses. Desde esta definición se puede advertir cómo las TRHA forman parte de la medicina del control, cuya lógica no reside en identificar salud como normalidad y enfermedad como patológico, sino en la vivencia de un constante estado de riesgo que precisa ser controlado (Armstrong, 1995). Este riesgo se traduce para las mujeres en el riesgo de su reproducción, aún cuando no existe un diagnóstico efectivo de infertilidad.

Así también el feminismo, en sus diferentes corrientes, ha señalado un conjunto de desigualdades de género respecto al campo científico y biomédico: las nuevas formas de apropiación de la naturaleza y las nuevas formas de control de la sociedad (Franklin, 2009; D. J. Haraway, 1999). Sarah Franklin (2006) identifica en el campo de las TRHA, atravesada por las lógicas de “éxito” y “control de calidad”. Una de las maneras en que se controla la

calidad en las THRA, es mediante las llamadas “habitaciones limpias” como nuevos espacios estériles, así también en los protocolos y control de las acciones de los profesionales que acreditan las clínicas, como en las diversas formas de estabilización de lo biológico que aseguran la calidad de esta reproducción “artificial” (Franklin, 2006). Asegurar este control supone así mismo prestar atención a un conjunto de prácticas que las personas usuarias llevan a cabo en el marco de esta lógica, donde los cuerpos gestantes, particularmente las cis mujeres, son demandadas por una gestión responsable de su reproducción.

En este marco de relaciones de poder, algunas autoras feministas se han preguntado por los efectos de las tecnologías biomédicas sobre las subjetividades y los cuerpos de las mujeres (Salem, 1997). En este sentido, un claro efecto de estas formas de gestión y control tienen que ver con la manera en que las TRHA contribuyen a la responsabilización de las mujeres sobre la ausencia de descendencia. Una de las principales denuncias del feminismo radical, entiende en esta línea que las TRHA se han desarrollado y aplicado sobre los cuerpos de las mujeres, aún cuando se trata de la infertilidad masculina (Raymond, 1994).

Así mismo, desde el psicoanálisis se ha cuestionado a las TRHA por la relación dialéctica entre la infertilidad y la medicina como recurso para atender esta necesidad. Como señalan Chatel & Cohen (2004):

¿las técnicas se desarrollaron para responder al mal que constituye una infecundidad que ya estaba presente pero que era silenciosamente ignorada o estaba falta de atenciones, o bien se desarrolló el mal para responder a la atracción de los desarrollos de la técnica? (p.193).

De esta manera, lo que las autoras señalan es la creación de una necesidad, donde los avances de la medicina inducen la demanda de un bebé y las respuestas que propone la medicina se vinculan a la patologización de la ausencia de un/a hijo/a cuando la persona así lo desea.

Sobre esta misma línea, Mariana Viera Cherro (2015) señala que las formas de resolución disponibles también se vinculan a ciertas concepciones sociales y culturales sobre la ausencia de hijos como problema, y sobre cómo es socialmente legítimo y deseable resolverla, donde se privilegia el vínculo biológico (p.351).

De alguna manera estas diferentes autoras coinciden en que la manera en que se plantea esta respuesta médica conforma cierta demanda, es decir, que la ausencia de descendencia

biológica sea un problema, da cuenta de la mutua imbricación entre la ideología y la tecnología, entendida entonces como tecnología de género (De Lauretis, 1989).

Otro punto a indicar como forma de control, se vincula a lo que comenzó a presentarse como modelo de una “buena gestión del cuerpo reproductivo”. Ello se relaciona a los estudios de la biopolítica en los cuales la responsabilización¹ de los sujetos por la reproducción constituye una de las maneras en la que opera el biopoder, como plantea Michael Foucault [1976] (2002).

Así también se entiende que este control reproductivo, no constituye un poder externo, sino que también forma parte de las subjetividades de las usuarias. Si bien la autogestión de su cuerpo permite a las mujeres una sensación de control sobre su propia reproducción (Denny, 1994), también se traduce en ideas negativas para quien no asume esta gestión de forma responsable, siendo de este modo vistas como ciudadanas biológicas pasivas (Rose, 2007). De alguna manera aparece como una nueva virtud que una mujer que se responsabiliza de su fertilidad haga todo lo que esté a su alcance para agenciar su reproducción, como es el uso de la tecnología disponible. A la vez que esta oferta amplía las opciones reproductivas, su existencia supone que las mujeres que decidan no utilizarlas estén decidiendo no ser madres (Gual, 2011, p.272). Y para aquellas que deciden ser madres, supone que deben hacerlo de forma responsable, siendo buenas gestoras de su reproducción aún cuando los problemas de fertilidad sean de la pareja.

Esta autogestión reproductiva, aparece como una “nueva virtud” e implica que las mujeres sean agentes activos en su reproducción. Cuando ello es puesto en evidencia, es posible analizar las desigualdades en clave de género sobre esta responsabilización. En este sentido, Mariana Viera Cherro (2015) cuestiona la manera en que “el cuerpo femenino es el que carga con la mayoría de los costos de las intervenciones biotecnológicas para lograr el hijo biológicamente vinculado” (p.364). De esta manera, se cuestiona cómo el desarrollo biotecnológico supone la intervención del cuerpo femenino por sobre el masculino, ya sea como usuarias, donantes o gestantes.

Estos desarrollos críticos reactualizan algunos debates en relación a las formas en que circula el poder en el campo biomédico. Reformulando el planteo de Foucault, es posible pensar que el poder ya no funciona como un panóptico externo, sino que estas formas de control operan a nivel molecular, plasmándose en el conjunto de procedimientos,

¹ Hace referencia al término “accountability” de lengua inglesa, y se distingue de la idea de responsabilidad, porque señala la voluntad propia del sujeto de rendir cuentas a otro por sus acciones.

protocolos, acreditaciones de los centros que controlan los centros, los embriones y fetos y a las personas usuarias para asegurarse de una reproducción eficiente².

Así mismo, Paul Preciado (2008) propone otra manera de pensar nuevas dimensiones del papel “activo” de los sujetos en relación con las tecnologías reproductivas señalando que el poder como “tecnopoder” opera al nivel molecular, en las subjetividades y deseos. Así mismo su planteo permite pensar al cuerpo desde su maleabilidad, donde la hormonización y la autoadministración de la testosterona, sondan cuenta de que los sujetos se introducen de forma deliberada, y hasta puede ser apropiado. El poder biomédico, en el marco de estos procesos deviene en subjetividad.

Comprender las experiencias corporales y subjetivas de las usuarias de TRHA supone en el marco de los relatos biográficos, partir de una posición que pueda incorporar las complejas maneras en que el control se “hace cuerpo” y demanda a las usuarias diferentes formas de “poner el cuerpo” en el marco del tratamiento.

Partiendo de los relatos de las usuarias, se analizará la relación con la tecnología reproductiva, la experiencia corporal del tratamiento que ocurre en cuerpos particulares de mujeres, donde el género es una categoría central a analizar, en el marco de las diferentes posiciones identitarias y los diferentes arreglos vinculares suponen relaciones y puntos de partida diferenciales con las TRHA.

Metodología

Se analizan veintiún relatos biográficos de mujeres usuarias de TRHA de la provincia de Córdoba que fueron entrevistadas durante 2015-2018 en el marco de la tesis doctoral titulada “Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba”. A partir de un enfoque cualitativo, se realizó un análisis de contenido desde un paradigma interpretativista. El enfoque biográfico (Conde, 1994; Mallimaci & Giménez Béliveau, 2006) permitió adentrarse a los sentidos que las usuarias le otorgaban al proceso reproductivo en el marco de su trayectoria de vida y sus transformaciones identitarias. El proceso con las TRHA implicó una transformación en la manera en que se entendía la reproducción, así como dio lugar a diversas relaciones con el

² Lo planteado por los autores se advierte también desde las lógicas en que operan las redes regionales de Reproducción Asistida. Como señalan (Zegers-Hochschild, Schwarze, Crosby y Musri, 2016) la REDLARA o Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), es un organismo que se encarga de contabilizar, monitorizar los procedimientos y resultados de las TRHA que funciona como un ente de control de calidad externo, que monitorea la seguridad y eficacia de los tratamientos y a la vez contribuye a las personas usuarias para que evalúen los riesgos de los tratamientos (Zegers-hochschild et al., 2010, p.164)

propio cuerpo, atravesado por el dispositivo biomédico, aspecto que se tomó como eje de análisis en el presente trabajo.

Las usuarias, contactadas por informantes claves, cuentan entre 35 a 65 años, pertenecen en su mayoría a un sector social medio y dan cuenta de diversas configuraciones familiares y afectivas, algunas en relaciones sexo afectivas con un varón, otras con una mujer y otras desde la monoparentalidad elegida. De acuerdo al consentimiento informado, los datos personales de las entrevistadas aparecen modificados.

“Poner el cuerpo” para producir un bebé

La representación de las usuarias sobre sus cuerpos y sobre la reproducción constituye una de las maneras en las que se manifiesta la experiencia del control de la biomedicina a lo largo del tratamiento. Realizar un tratamiento con TRHA supone, como señalan los relatos de las usuarias, “poner el cuerpo”, experiencia que aparece como una forma de agencia, pero al mismo tiempo evidencia el control sobre los mismos, implica “poner el cuerpo” para su intervención. Este control se expresa de diferentes maneras en sus relatos que refieren a la fragmentación, alienación, maleabilidad y performatividad del cuerpo como vivencias que ocurren en diferentes momentos del proceso y hasta de forma simultánea, como se desarrollará a continuación.

Si partimos de la base de que todos son relatos donde el campo biomédico propone como respuesta a la ausencia de hijos la “producción de un bebé”, no es casualidad que algunas de las usuarias comparen sus experiencias con los sistemas de producción. Así también, en coincidencia con lo señalado en el trabajo de Emily Martin (2001), uno de los efectos que tiene la medicalización de los cuerpos femeninos es la sensación de objetivación y de fragmentación del self -como identidad del yo- que *“afecta principalmente a las mujeres por el mismo hecho de constituirse en mujeres sexuadas, señalando cómo el cuerpo se convierte para las mujeres en un objeto”* (Martin, 1991, p.21). Al mismo tiempo *“entendiendo que el cuerpo es algo que tu self tiene que ajustarse o lidiar”* (Martin, 1991, p.77).

De esta manera, es frecuente que las mujeres usuarias hagan referencia a sus cuerpos en tercera persona, como un ente objetivado y diferente a sí mismas. Este aspecto, esta forma de verse y experimentar el tratamiento, expresa nuevamente esta tensión señalada anteriormente: la vivencia de un cuerpo ajeno y fragmentado –como señala de Simone de Beauvoir (1949) “alienado” cuando se refiere a la experiencia del embarazo– y a la vez la experiencia de la maleabilidad y la potencia del propio cuerpo para agenciar su reproducción.

En el relato de Nadia, este carácter de objetivación del cuerpo aparece cuando ella recuerda las consultas médicas con su pareja durante el tratamiento. Nadia relata que el médico se vinculaba con su marido, mientras ella era el objeto a revisar, controlar, en sus palabras se sentía “como un envase”:

N: no me acuerdo de nada, pero si fuimos a un médico, si me acuerdo que el médico era un hombre grande, sesenta y largos que había hecho mucha empatía con él, mi pareja en ese momento, y que yo iba a las consultas, me revisaba, me indicaba todo lo que había que hacer y después hablaba horas en el consultorio con él (se ríe) de autos... de lo que sea. Habían hecho un nivel de empatía impresionante, y yo era ahí el envase que iba (se ríe) pero bien... un tipo de mucha confianza... (Nadia, 50 años).

Esta expresión de sentirse un “envase” da cuenta de las diversas formas de violencia que atraviesan las usuarias en el proceso de tratamiento y naturalizado por el médico, la pareja y la misma usuaria, donde su valor residía en su capacidad reproductiva.

Por otra parte, en el relato de Cintia, ella se muestra crítica sobre la falta de contención emocional de los médicos, pero al contar esta experiencia da cuenta de cierta representación desdoblada de este proceso: por un lado identifica a la mujer que debe asumir emocionalmente la experiencia, pero es el cuerpo el que por otro carril se va preparando físicamente: “*es un proceso que vos ya vas asumiendo que hay un bebé que está creciendo, bueno te vas preparando, tu cuerpo se va preparando*” (Cintia, 44 años).

Del mismo modo Florencia, se expresa sobre su cuerpo como un ente que en un principio no responde y luego *responde* mejor ante un mayor estímulo hormonal. Esta forma de vivir, esta respuesta del cuerpo como incierta, como algo que no se puede controlar, lleva a que por momentos las usuarias hablen de su cuerpo como un tercero con voluntad propia:

F: a mí solamente me pusieron muy poquita cantidad de hormonas, fueron cada vez bajando más porque mi cuerpo respondía bastante bien, entonces [el médico] no me quería sobre estimular. Un solo embrión que me lo pusieron luego de tres días de esa aspiración y esperas como un embarazo normal (Florencia, 32 años).

La idea de “cadena de producción” resulta otra metáfora que da cuenta del mismo proceso. Refleja en algunas usuarias la sensación de pérdida de singularidad en el trato médico, atravesado por el escaso tiempo en la atención, la percepción de no ser cuidadas,

por la magnitud y cantidad de pacientes y hasta por la violencia vivenciada por algunas usuarias en su tratamiento.

Así lo expresa Rosa, una usuaria que se posiciona de forma crítica en relación al trato recibido en la clínica:

Pero un poco yo lo veía como, bueno tiene quince minutos, veinte minutos para atender a cada una y es un negocio muy grande, mucha gente, mucha gente [en la clínica] esperando, así como, como en una máquina de hacer chorizos digo yo siempre (Rosa, 37 años).

El relato citado, da cuenta de una experiencia de pérdida de singularidad, así también de cierta conciencia de que el cuerpo operado por la medicina forma parte de un mercado productivo que, como comenta en su entrevista, supone una experiencia de fuerte violencia.

Por otra parte esta idea de producción, que se evidencia con la metáfora del cuerpo-máquina, es frecuentemente utilizada por las usuarias para hablar tanto del control como de las “fallas” de los cuerpos. Ello es claro en el relato de Catalina quien reproduce el discurso de los médicos: el cuerpo que falla, es cuerpo-máquina con cierto “rendimiento” (Martin, 2001). Sin embargo, esta metáfora presenta otra cara en los relatos: el hecho de que los cuerpos sean máquinas que puedan ser operadas por otros, a la vez permite pensar su plasticidad y la posibilidad de actuar sobre él. Este tipo de discursos en el ámbito de las TRHA conviven y, si bien, en ocasiones se piensa al cuerpo como máquina, este aspecto no necesariamente se vive de forma negativa. Cuando Catalina relata lo que se *le puede pedir al cuerpo y lo que no*, tiene que ver con intentos y ensayos sobre un cuerpo que, se entiende, puede ser transformado hormonal y farmacológicamente:

C: y bueno después volvimos a intentarlo con... de nuevo, empezamos todo y nos llama de nuevo él y nos dice ‘bueno acá chicos estamos teniendo un problema porque tu cuerpo no genera mucho, no vamos a poder, se ve que esto es lo que da tu cuerpo, más de esto no se le puede pedir’. Entonces dije, bueno nos arriesguemos, si el cuerpo más que esto no va a dar, sigamos intentando (Catalina, 38 años).

Esta vivencia de que el cuerpo es operado y transformado por otro, también puede ser comprendida desde la idea de plasticidad. La noción de plasticidad y maleabilidad del cuerpo se vuelve clara cuando se hace referencia a las hormonización necesaria para promover una ovulación extraordinaria o para preparar el útero en la implantación. Estos procesos dan cuenta de las posibilidades de operar sobre el cuerpo y transformarlo gracias a

la tecnología, entendiendo al cuerpo en su carácter performativo (Butler, 2006; Preciado, 2008). En síntesis, es un cuerpo vigilado, pero al mismo tiempo moldeable. Si se lo entiende como un sistema también es factible de ser “programado”, que nuevamente las hormonas permiten evidenciar.

Ya sea para promover una ovulación extraordinaria como para “preparar el endometrio” para la implantación de los embriones, la hormonización del cuerpo de las mujeres da cuenta de un proceso performativo que opera a nivel molecular. Cabe señalar que cuando se dice que las hormonas se viven como potencia, ello sucede de forma literal: para promover la ovulación extraordinaria las mujeres se hormonizan de tal modo que producen hasta el triple de ovocitos de los que produce el cuerpo regularmente.

Sin obviar las consecuencias que este tratamiento puede tener para su salud, y que se expresa en experiencias de malestar, las usuarias señalan la importancia de potenciar este proceso de ovulación. Esto se debe a que en cada extracción es preciso contar con la mayor cantidad de óvulos para fecundar, proceso que de no ser así se debería repetir teniendo presente sus costos, tiempo y salud en juego, lo que lleva a que por todos estos motivos se termine acordando con una lógica eficientista en la producción y extracción de ovocitos.

Esta preparación, vivida como potencia corporal, tiene luego sus consecuencias. Catalina, luego de un proceso de hormonización, llegó a una instancia del embarazo donde los médicos le dijeron que el cuerpo podía “seguir solo”:

[contando su experiencia durante el embarazo] C: hasta que un día te dicen “no tomás más la medicación, seguís con tu cuerpo”. Me re asusté, porque como mi cuerpo nunca generaba nada, y que de golpe iba a tener las hormonas para hacer vivir al chico, digo no, no me va a salir. “Ay no que me sigan dando una pastillita” Y yo necesitaba. “No, no necesitas nada porque ya está tu cuerpo, está el sistema funcionando”. ¡Ahhh! Y funcionó, no lo podía creer. No lo podía creer (Catalina, 38 años).

Que el cuerpo siga “funcionando solo” o que se “pueda seguir con el cuerpo” y sin la medicación, se traduce desde las propias experiencias corporales de las usuarias en una relación intermitente entre la biología y la tecnología, como si fuera posible pasar de un estado de intervención tecnológica a uno de naturaleza plena, y donde la tecnología es la que asiste a la naturaleza como algo dado y estable. En este sentido, estos discursos médicos reproducen una ficción bajo la idea de que “el sistema ahora funcionaría sin la asistencia tecnológica” negando que el cuerpo es tecnológico desde antes de comenzar las TRHA y lo seguirá siendo ya que forma parte de las propias subjetividades desde antes de

las TRHA (Preciado, 2008). No existe una “vuelta a la naturaleza”, sin embargo, es interesante cómo la biomedicina busca siempre reproducirla.

Volviendo al recorrido transitado por Catalina, no resulta extraño que desconfíe de lo que su propio cuerpo produce sin los tratamientos, si ella entendió que la tecnología formó parte de lo que su cuerpo “aprendió” para lograr este embarazo. Sin embargo la medicina vuelve a reforzar el modelo que indica que la “medicina asiste a naturaleza” y donde existe la idea de una “naturaleza reproductiva propia de las mujeres”. Este punto constituye uno de los núcleos centrales mediante los cuales la idea de “naturaleza”, aún en los escenarios más tecnologizados se refuerza en nuestra cultura patriarcal.

¿Quién pone el cuerpo? Género y TRHA

Que sea el propio cuerpo el invadido, medicalizado y foco de los tratamientos es algo que en general las mujeres usuarias registran en su experiencia, señalando que el tratamiento se encuentra atravesado por la variable de género de forma desigual. Estos procesos no sólo tienen relación con las TRHA, sino con los procesos históricos de creciente medicalización del cuerpo y de la reproducción de las mujeres, concebidas desde la lógica de gestión del riesgo de la medicina de control (Armstrong, 1995) previo al desarrollo de las TRHA.

Una de las formas en que este trabajo reproductivo se asume de forma desigual tiene que ver con el diagnóstico de la infertilidad, que dando por sentada una relación heterosexual, actúa sobre el cuerpo de las mujeres aún cuando la infertilidad tenga “causa masculina”. En las parejas heterosexuales esta es una variable que forma parte de las decisiones a lo largo del tratamiento y que genera diversas negociaciones. Así relata Florencia, de 32 años, quien plantea las dificultades que trajo en la pareja la búsqueda del embarazo. Si bien se diagnosticó un problema de infertilidad de su compañero, ellos lo significaron como un problema de la pareja:

E: ajá, y en esto de que la causa de la infertilidad venía por él ¿crees que es algo que impactó en la pareja?

F: sí, traía muchos problemas, en ese momento traía muchos problemas, cuando a él le dan el estudio que era, que tenía el problema él, no era por machismo ni nada, pero simplemente él no quería ser egoísta [...] yo deseaba mucho ser madre, pero no lo tomé a esto como una enfermedad de él sino como una enfermedad de los dos, como un problema de la pareja, por eso creo que llegamos a Joaquín (Florencia, 32 años).

Vinculado a ello, la manera en que atraviesa de forma distintiva el mandato de género en la experiencia de mujeres y varones con las TRHA, aparece en algunos relatos de las mujeres en el modo en que se lesiona la masculinidad de sus parejas cuando la “causa de la infertilidad” está en ellos. Si bien, como también relata Franklin (1997) en su investigación, para muchas mujeres el tratamiento las acercó a su pareja, a partir de una contención mutua que se genera en el proceso, para otras fue un momento de tensión y crisis importante de la relación. Tal es el caso de Cintia y el de Florencia, donde el tratamiento deterioró el vínculo con su pareja y llevó a una separación:

F: Pero bueno él también, a lo mejor en su hombría como que se sentía de menos y quieras o no siempre algo saltaba con el tema éste, [...] sí trae problemas, trae problemas, trae momentos en que te hacés mucho más fuerte, pero son... yo leí muchos libros en cuanto a esto de parejas que tenía problemas de fertilidad y por lo general pasa, pasa, a veces que lo logran y después se separan o pasa que pelean constantemente porque nunca llegan al bebé, es algo muy desgastante.

E: Claro.

F: Muy desgastante y creo, tengo gente conocida que ya en el primer tratamiento se cansaron y desisten totalmente, tenés que estar muy preparado... (Florencia, 32 años).

En cuanto a Cintia, como se comentó anteriormente ella también vive una separación luego del tratamiento. Siendo madre de tres hijos, comenzó el tratamiento por querer que su pareja viviera la experiencia de paternidad. Sin embargo, al fracasar el tratamiento y el proyecto de crianza, la pareja se disuelve:

C: en realidad sí, decidimos, más que nada yo por él, porque quería que él supiera lo que era ser papá, porque yo creo que cuando uno ama a una persona quiere que el otro sepa también lo que es ser papá” (Cintia, 44 años).

C: y a través de eso después ya la pareja, yo de hecho ya estoy de vuelta sola por lo mismo, porque, digamos, él se desilusionó y era su única esperanza de poder llegar a ser papá, de hecho, él está solo también, igual que yo” (Cintia, 44 años).

En las parejas de mujeres lesbianas la decisión de poner el cuerpo en general aparece en los relatos condicionada por las posibilidades reproductivas, pero al mismo tiempo está sujeta a acuerdos cuando el tratamiento se da en el marco de una pareja. En el caso de Celeste y su compañera Ana, lo relatan en esta doble dimensión:

C: Bueno y le dijimos que queríamos ver cómo estaba cada una para ver cuál podía emprender este proyecto, poniendo el cuerpo, digamos.

E: Sí.

C: Y ya está, nos hizo hacer los análisis, sí pasó que cuando nos dieron los resultados y lo volvimos a ver, yo me puse a buscar, bueno las dos nos pusimos a ver qué pasaba con esos resultados, ya sabíamos que Ana no iba a poder aportar los óvulos, pero bueno, él nos lo confirmó (Celeste, 36 años).

De esta manera, la mayoría de las entrevistadas que realizaron el tratamiento estando en pareja, relatan esta relación: eran ellas quienes “ponían el cuerpo”, pero siempre había un interlocutor que formaba parte, con quien se decidía, quien acompañaba, o que en ocasiones presionaba. Sofía en este sentido relata que su pareja era consciente de la importancia de su decisión en este proceso, en donde es desigual la división sexual del trabajo reproductivo:

S: Hay una cuestión de género ahí implícita porque la que pone el cuerpo ahí soy yo, y él, no me puedo quejar en absoluto porque acompaña en todo lo que sea, pero claro, el cuerpo es tuyo, el malestar es tuyo [...] la bomba hormonal es muy pesada, me imagino que también no es lo mismo a los cuarenta que a los treinta. O sea, entonces es duro, es duro (Sofía, 44 años).

La reflexión que las usuarias realizan sobre la experiencia de *poner el cuerpo*, si bien formaría parte de aquello que se negocia en la pareja, tiene implicancias individuales. Por un lado, implica una reposición en el marco de la pareja, como en el caso de Catalina quien señalaba que el hecho de los tratamientos era realizado en su cuerpo, se correspondía también con la posibilidad de tener la decisión última en el tratamiento. Pero así también como ella relata, el *poner el cuerpo* estaba acompañado en su caso con el hecho de que era ella quien sostenía en mayor medida el interés por realizar el tratamiento:

C: o sea él siempre fue que yo decida. “Y volvemos a hacer un intento cuando vos quieras”. [...] como era yo la que ponía el cuerpo y era yo la que más quería... o sea él quería, pero era hasta cuando yo dijera. Y le decía “no, opiná, si vos”, y él decía “no, pero es tu cuerpo”. Bueno todas esas cosas lo único era ir y... sacarse espermatozoides y guardar en un frasquito y llevarlo [se ríe] no había invasión alguna en su cuerpo (Catalina, 38 años).

Este lugar de mayor exposición, pero por otra parte de mayor decisión en el proceso del tratamiento, también da cuenta de cierta conciencia de las mujeres que perciben el propio cuerpo como una potencia individual, donde el cuerpo aparece como un recurso que se instrumenta hacia los propios deseos individuales o de pareja.

El punto de partida y la experiencia corporal con las TRHA

Aquellos relatos que podían identificarse dentro de la noción de “infertilidad” como riesgo en el marco de una pareja heterosexual, generalmente se caracterizan por la narración de un itinerario médico donde se utilizan de manera progresiva tecnologías de menor a mayor complejidad hasta obtener los resultados deseados. Este transitar no es azaroso, sino que corresponde al marco normativo y a los protocolos médicos que definen el punto de inicio y el grado de complejidad requerida para cada situación³.

La forma en que se configura este itinerario, a su vez, tiene efectos en las experiencias de las usuarias con las TRHA. Las experiencias donde se parte desde un “diagnóstico de infertilidad”, inicia con estudios ginecológicos, de fertilidad, transitando desde las técnicas de menor complejidad hacia las de mayor complejidad en caso de ser necesario, como un trayecto que suele ser más prolongado que las experiencias de mujeres lesbianas o desde la monoparentalidad elegida (María Isabel Jociles Rubio y Ana María Rivas Rivas, 2016).

La primera parte del tratamiento, que implica la estimulación hormonal para una producción extraordinaria de óvulos y su posterior extracción, resulta de las experiencias corporales más invasivas que las usuarias relatan, situación que se ve agravada al vivenciarse de forma repetitiva cuando el tratamiento no funciona. Así lo explica Brenda, una profesional de 38 años, quien relata su experiencia inicial:

B: ...las primeras fueron más largas, más... comprometedoras...

E: ¿Por qué decís eso?

B: Y bueno, porque justo en la primera parte, es la hiperestimulación ovárica, después extracción de los folículos, todas las hormonas como si estuvieras embarazada, y... vos estas embarazada, tanta lluvia hormonal, la verdad es que no la pasás bien. Pero bueno... y que la transferencia embrionaria, hasta que te hacés el test de embarazo. Y estás como embarazada, porque tenés inflamación mamaria, dolor en la cintura [...] y

³ Así se encuentra contemplado en el Art. 8 del Decreto 956/2013 que reglamenta la Ley 26.962 sancionada en 2013 sobre acceso a las TRHA.

después estas esperando veinticuatro horas hasta que te dan la beta⁴... y te da negativo... (Brenda, 38 años).

Como señala Sarah Franklin (1997), por el modo en que los tratamientos suelen ser explicados, generan la expectativa de que las TRHA constituyen un procedimiento sencillo y natural. Lo que se relata, señala la autora, es sólo lo que sucede en el laboratorio, más lo que no es claro para las usuarias, es todo el proceso previo de preparación corporal y hormonal para la extracción de óvulos y la implantación. Brenda, aún trabajando en el ámbito de la salud, relataba que este proceso reproductivo le resultaba desconocido, teniendo la expectativa de la simplicidad:

[En relación a sus expectativas sobre las TRHA] B: La verdad que como yo no hice ginecología ni nada de eso, fue una experiencia nueva. Me tuvieron que explicar todo, qué era la ICSI⁵, que era la fecundación in vitro, que era la fecundación artificial, todo distinto...

E: Si tenías como una expectativa, qué pensaste...

B: Ah no, que sea todo fácil. Que sea todo fácil, era la expectativa. Quería que sea fácil y tenerlo y quedar embarazada sin tantos problemas... (Brenda, 38 años).

Sandra, quien realizó con su pareja diversos tratamientos de fertilidad, abandona los tratamientos luego de varios intentos y al lograr adoptar a su hijo mayor. Al igual que otras usuarias, recuerda como una experiencia negativa pasar de forma repetitiva por diferentes tratamientos, hasta que puso un límite a este proceso:

S: Y mirá, habremos estado tres años haciendo tratamientos. Y nos anotamos y seguimos intentando, seguimos haciendo tratamientos, hasta que un día yo dije basta. Incluso, te digo, ya habiendo adoptado a Pedro, hicimos unos intentos más de una fecundación: la ICSI, que es la más, más, súper más tecnológica que hay y qué se yo, y no logramos. Había posibilidades de hacer más, pero ya estaba Pedro.

⁴Hace referencia a la prueba de la beta-hCG que detecta la hormona de la gonadotropina coriónica humana y que se utiliza para detectar el embarazo.

⁵Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI, por sus siglas en inglés)- procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito. Definición del “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 Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010. Disponible en http://www.redlara.com/aa_espanhol/glossario.asp

[...] Y yo dije no, basta, no me quiero seguir exponiendo a esto de que te genera tantas expectativas y que es un gastadero de plata y que podía llegar por otro lado.

Cuando viví en carne propia que podía llegar por otro lado dije: “¿para qué seguir con esta tortura?”. Es torturante cuando no logras el objetivo [...]. Y también las expectativas que ponés y después que no se da, que no se da por esto o por aquello, y que buscan y que buscan. Que puede ser por esto o por aquello. Es muy tedioso (Sandra, 44 años).

En general desde el grupo de usuarias que comienzan con una búsqueda desde un diagnóstico de infertilidad, llegan a las técnicas de mayor complejidad habiendo realizado sucesivos intentos con diferentes tratamientos orientados a preservar la mayor cercanía con la “naturalidad” y la bioconexión. Podría señalarse que este recorrido predefinido se corresponde a una lógica de medicalización y control de los cuerpos de las mujeres como de preservación de la familia heteronormativa.

El caso del ICSI, que es una de las técnicas más costosas y complejas que se suele hacer en las clínicas, es un caso paradigmático para analizar y al que llegan las parejas heterosexuales luego de agotar el uso de otras técnicas. Aquí la fertilización se hace en el laboratorio y luego se implantan los embriones en el cuerpo de las mujeres con un mayor control y seguimiento del tratamiento, permitiendo analizar la “calidad” o “viabilidad” de los mismos. Lo particular de esta técnica es que en el caso de infertilidad masculina facilita el uso de los gametos masculinos de la pareja y evita que se recurra a donantes, sosteniendo el dispositivo heteronormativo. Como señala Mariana Viera Cherro (2015):

A consecuencia de esta tecnología específica la ciencia puede producir un bebé sin recurrir a gametos masculinos de un donante pero obliga a pasar por un proceso de alta complejidad, en lugar de uno de baja complejidad que era lo que se debía de transitar en la mayoría de los casos que ahora se abordan con ICSI. Se trata así de preservar la filiación biológica masculina aún a costa de la mayor medicalización del cuerpo de la mujer, necesaria para un procedimiento de alta complejidad (p.363).

En relación a ello, el relato de Florencia, es esclarecedor en este sentido. Florencia quien se encontraba en pareja con un varón, cuenta que a partir de la disminución de la fertilidad de su pareja realizaron diferentes tratamientos orientados a lograr un embarazo con los gametos propios: dos tratamientos de alta complejidad y de fuerte intervención hormonal, aún cuando ella no tenía diagnosticado ningún problema de fertilidad. En una sociedad

donde la preservación de la filiación biológica masculina no fuera central, en estas circunstancias se recurriría a un donante de espermatozoides mediante un tratamiento de baja complejidad, lo que implicaría una mínima intervención en su cuerpo. Este aspecto no es menor, ya que durante el tratamiento la dificultad para preservar la bioconexión genera frecuentemente conflictos en la pareja. Particularmente cuando se agotan todas las instancias de tratamiento con los gametos propios, algunos varones se resisten al uso de donante de espermatozoides porque se pone en juego su masculinidad desde una ideología de familia bioconectada.

Aquellas usuarias que realizaron un itinerario más breve, se corresponden generalmente con las experiencias de usuarias donde la infertilidad no está en juego. Comenzando algunas de ellas por las técnicas de baja complejidad o partiendo en menor medida con técnicas de mayor complejidad, son quienes relatan mejores experiencias con las técnicas en términos de invasión de sus cuerpos: las mujeres lesbianas, quienes realizaron la técnica desde la monoparentalidad, como aquellas que por un diagnóstico médico debieron comenzar el tratamiento con técnicas de alta complejidad.

Así lo cuenta Candelaria, quien realizó este tratamiento desde la monoparentalidad por elección. Ella utilizó una técnica de baja complejidad, la inseminación artificial, con la que finalmente logra un embarazo. Sin embargo, en su relato valora el criterio de su médico quien le advirtió que el siguiente paso sería de alta complejidad para no exponerla innecesariamente a múltiples intentos:

El médico me había dicho que esto es baja complejidad, que, si no funcionaba con baja complejidad, él no se encarnizaba con los cuerpos, o sea, él no era probar, probar y probar maltratando a la mujer, porque el cuerpo se deteriora, porque la psiquis se deteriora, entonces muy piola porque también me estaba cuidando, entonces directamente vamos a alta complejidad, sacamos los óvulos los fecundamos afuera y los metemos, es hijo tuyo, eso ni se analizaba. Yo dije: “sí, bueno” le confié plenamente. (Candelaria, 38 años)

Así también es el caso de Juliana, de 37 años, una usuaria que comenzó con los tratamientos de mayor complejidad por detectarse de inicio una enfermedad genética y que precisaba donantes de óvulos, realizando así la mitad de los procedimientos e intervenciones que realizan generalmente las mujeres heterosexuales que están en pareja, es decir sólo el tratamiento necesario para la implantación del embrión ya fecundado en el laboratorio:

E: Y vos en lo corporal, en lo físico ¿Cómo lo viviste?

J: No, porque como a mí no me aspiraban los óvulos, lo mío era simplemente ponerme hormonas y a través de ecografías trasvaginales ver cómo se engrosaba el endometrio que es donde implantaban el embrión. Y la verdad que no lo viví para nada... a ver, sí, era como te digo, capaz que eran diez días en que todos los días teníamos que ir, o dos o tres veces a la semana, pero doloroso no (Juliana, 37 años).

Así también el caso de Celeste, quien realizó el tratamiento con su pareja Ana y quedó embarazada con un solo tratamiento de alta complejidad, describe al mismo como “muy relajado”. En su experiencia las inyecciones hormonales fueron el único aspecto doloroso en el marco de un único tratamiento, a diferencia de otros relatos donde esta experiencia se da de forma repetitiva y prolongada.

Otro aspecto clave donde la medicalización de los cuerpos se vive de forma invasiva mediante las técnicas de menor complejidad, es la sexualidad. Particularmente es un área donde se vive con gran malestar en las parejas heterosexuales en el primer momento del tratamiento dado que las relaciones sexuales están programadas. Así, al igual que Sofía algunas usuarias cuentan las dificultades que trae para la pareja este primer estadio del tratamiento durante las técnicas de baja complejidad:

Y después, ya entrás en eso, y perdés totalmente las chances de la naturalidad. Porque entras en la fertilización asistida y ya todo para a ser artificial, hasta las ocasiones de tener sexo, o sea no, “hoy no podemos porque no se qué, tenemos que esperar hasta no sé cuando”... (Sofía, 44 años).

En este sentido para aquellas mujeres usuarias que cuentan haber realizado tratamientos con ginecólogos y especialistas de fertilidad, resultan las experiencias de mayor incomodidad y control sobre todo en el aspecto sexual: la sexualidad se vive de forma “impuesta”, “programada”, “con un fin”, “repetitiva”, lo que resulta cansador y negativo para la pareja. La intromisión y el control de la sexualidad, es uno de los lugares disciplinantes donde la medicina continúa operando, particularmente cuando menor es la complejidad de la tecnología reproductiva y mayor es la tecnología médica del consultorio.

F: ...pero sí trae problemas, trae problemas, trae momentos en que te haces mucho más fuerte, pero son... yo leí muchos libros en cuanto a esto de parejas que tenía problemas de fertilidad y por lo general pasa, pasa, a veces que lo logran y después se

separan o pasa que pelean constantemente porque nunca llegan al bebé, es algo muy desgastante. (Florencia, 32 años)

La sexualidad como un aspecto que reinscribe en algunos casos la ligadura sexo-procreación, tiene efectos disciplinantes sobre las parejas heterosexuales que no cumplen con el mandato de la fertilidad. Y esto en el aspecto de la sexualidad es clave: la separación de la sexualidad y la reproducción, tan conflictiva para algunas religiones, constituye una “liberación” para las mujeres usuarias. De esta manera Sofía relata que luego al pasar a las TRHA de alta complejidad “*todo mejora en ese sentido [sexual]*”.

Este constituye uno de los aspectos que mayor desgaste produce en las parejas heterosexuales, porque los tratamientos que se centran en la intervención de la relación sexual terminan normando y medicalizando no sólo la reproducción sino también la sexualidad. Pasar a una técnica de mayor complejidad podría suponer a simple vista un “fracaso reproductivo” de la pareja, pero, por el contrario, es vivido como un alivio para las usuarias, ya que contribuye a su autonomía sexual y reproductiva.

Cuerpos diversos, opresiones diferenciales

El análisis de la experiencia corporal de las usuarias y su relación con el poder biomédico da cuenta de las formas paradójales en las que opera el control y la vigilancia de los cuerpos. Por una parte, el poder biomédico supone una vivencia de fragmentación y alienación, como diferentes formas de violencia. Pero así también, se advierten diferentes formas de agencia de las usuarias desde la idea de maleabilidad y performatividad del propio cuerpo, dando cuenta de diferentes formas en que el poder se hace cuerpo en diferentes momentos del tratamiento.

Otra dimensión que las experiencias de las usuarias ponen de relieve, se vincula a que el control reproductivo tiene efectos singulares sobre las usuarias, que se vinculan a la categoría de género. En este sentido las TRHA como tecnologías de género (Lauretis, 1989) generan efectos sobre sus cuerpos y develan diversas formas de poder, de las cuales las usuarias son conscientes. Así lo expresan las reflexiones de las usuarias en relación a “quién pone el cuerpo”, esto es: cómo, cuándo y quién decide sobre el tratamiento y qué sentidos supone esta posición en el marco de los propios vínculos. De esta manera nos encontramos con usuarias que son reflexivas sobre las maneras en que este trayecto por el campo biomédico supone un costo diferencial vinculado al género sobre sus propios cuerpos.

A esta intersección se le suma otras posiciones identitarias, como la orientación sexual o erótica de las usuarias y la situación conyugal, las cuales permiten visibilizar que las mujeres cis en parejas heterosexuales que parten desde la idea de infertilidad, son quienes vivencian la mayor violencia sobre sus cuerpos en el contexto del desarrollo de una tecnología reproductiva. Ello supone reconocer un dispositivo biomédico que en su itinerario se orienta a conservar la bioconexión que, junto a los deseos y elecciones de las usuarias y sus parejas, las ubica como el eje de las intervenciones médicas y las principales responsables de la reproducción social. Por contrapartida, la experiencia corporal de quienes transitan el tratamiento desde la ruptura con la heteronorma, si bien supone otras disputas respecto el reconocimiento social de sus maternidades, rompe desde su inicio con la idea de infertilidad y supone un tránsito en el campo biomédico con una menor intervención médica sobre sus cuerpos, dando cuenta la manera en que los atravesamientos culturales patriarcales no operan de forma uniforme en las experiencias diversas.

Referencias bibliográficas

- ARMSTRONG, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393–404. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>
- BECK, U. (1992). *Risk society; towards a new modernity*. London, Newbury Park: Sage Publications.
- BUTLER, J. (2006). *Bodies That Matter: On the Disursive Limits of Sex*. *Social Studies of Science*, 36. Disponible en <http://doi.org/10.1177/0306312706056409>
- CHATEL, M., y COHEN, A. (2004). Infertilidad , medicina y deseo. *Debate Feminista*, 30(Octubre), 185–245.
- CONDE, I. (1994). Falar da Vida (II). *Revista Sociologia. Problemas e Práticas*, 16.
- DE BEAUVOIR, S. (1949). *El segundo sexo. Los hechos y los mitos. La experiencia vivida*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- DENNY, E. (1994). Liberation or oppression? radical feminism and in vitro fertilisation. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 62–80. Disponible en <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347010>
- FRANKIN, S. (2009). Transbiology: A Feminist Cultural Account of Being After IVF. En *Critical conceptions: technology, Justice, and the global reproductive market*. New York: Bernard Center for Research on Women.
- FRANKLIN, S. (1997). *Embodied Progress*. London: Routledge.
- FRANKLIN, S. (2006). The Cyborg Embryo: Our Path to Transbiology. *Theory, Culture &*

- Society*, 23(7–8), 167–187. Disponible en <http://doi.org/10.1177/0263276406069230>
- HARAWAY, D. J. (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/ble. *Política y Sociedad*, 30.
- JOCILES RUBIO, M. I., y RIVAS RIVAS, A. M. (2016). Cambios en la concepción y representación del parentesco a raíz del uso de las técnicas de reproducción asistida con donante. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, (20), 63–78.
- LAURETIS, T. DE. (1989). La tecnología del género. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, 6–34.
- MALLIMACI, F., y GIMÉNEZ BÉLIVEAU, V. (2006). Historias de vida y método biográfico. En *Estrategias de Investigación Cualitativa* (pp. 175–212). MARTIN, E. (2001). *The Woman in the body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MORGAN, L. M. (2019). Reproductive Governance , Redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113–117. Disponible en <http://doi.org/10.1080/01459740.2018.1555829>
- PRECIADO, B. P. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- RAPP, R. (2001). Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 466–477. Disponible en <http://doi.org/10.1525/maq.2001.15.4.466>
- RAYMOND, J. (1994). *Women as Wombs. Reproductive Technologies and the Battle Over Women's Freedom*. Melbourne: Spinifex
- ROSE, N. (2007). *The Politics of life it self. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- SALEM, T. (1997). As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*, 3 (1), 75-94. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93131997000100003>.
- VIERA CHERRO, M. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos: un análisis de la reproducción asistida en el río de la plata. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*.
- ZEGERS-HOCHSCHILD, F., SCHWARZE, J. E., CROSBY, J. A., y MUSRI, C. (2016). Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2013. *JBRA Assisted Reproduction*, 20(2), 49–58. Disponible en <http://doi.org/10.5935/1518-0557.20160013>