

Capítulo 10

“¿PORQUÉ ACÁ NADIE LO CUENTA?”: ESTRATEGIAS PARA COMUNICAR Y SOCIALIZAR LA EXPERIENCIA CON LAS TRHA

María Cecilia Johnson

Este capítulo explora la manera en que las usuarias de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) comunican su experiencia reproductiva y las estrategias que despliegan para esta comunicación, entendiendo que la identidad de usuaria resulta aún estigmatizante en Argentina.

Basado en una investigación cualitativa que retoma la experiencia biográfica de usuarias de Córdoba, Argentina, se analizan diferentes dimensiones de esta comunicación que surgen como tópicos centrales de los relatos: la importancia de encontrar interlocutores válidos que puedan comprender la complejidad de su experiencia reproductiva; las estrategias vinculadas a representaciones en los medios de comunicación y la cultura popular; la importancia de los intercambios entre las usuarias y los dispositivos grupales u otros espacios donde aparecen interlocutores idóneos para comprender la trayectoria. Ello puede conducir a que las usuarias se identifiquen de forma individual o que, en ocasiones, se sientan parte de un colectivo. Siguiendo a Rose (2007), la identidad de usuaria de TRHA puede constituirse en una plataforma de ciudadanía, pero presenta sus particularidades en las diversas experiencias por la centralidad de la lógica del campo biomédico.

1. Introducción

Si bien en Argentina se reconoce, desde el año 2013, el acceso a la cobertura a las TRHA¹, estas transformaciones jurídicas no han sido automáticamente acompañadas por otras transformaciones sociales y culturales respecto a otras formas de reproducción, de construcción de la familia y el parentesco. Aunque el reconocimiento legal transformó en gran medida el acceso de estas técnicas a la población, las personas usuarias no están exentas de vivir discriminaciones, así como experimentar diversas formas de estigmatización al comunicar su experiencia reproductiva. El estigma de la infertilidad y los atravesamientos de género, el cuestionamiento sobre la edad de las personas usuarias, el uso de gametos donados como tabú, hasta la discriminación por la orientación sexual en algunas instituciones, plantean un escenario con diferentes obstáculos a los que las personas usuarias se enfrentan de forma frecuente².

Así mismo, este tratamiento difícilmente se lleva de forma privada, ya que requiere que las usuarias activamente se dispongan a transitar y resolver los obstáculos burocráticos, legales, económicos y médicos que encuentran en el proceso. Ello supone asumir una nueva identidad, en ocasiones imprevista, como es la de constituirse en *usuaria de TRHA*. Siguiendo a Nikolas Rose

¹ Así también el nuevo Código Civil (2015) reconoce la voluntad procreacional de quienes se constituyen como progenitores a partir de estas técnicas.

² Algunas obras sociales en la Provincia de Córdoba continúan basando su cobertura en el diagnóstico de infertilidad, excluyendo a quienes no se enmarcan en el dispositivo conyugal y heterosexual, por fuera de lo que la Ley Nacional establece.

(2007) en un escenario neoliberal el campo biomédico se encuentra con pacientes que también son consumidores; sin embargo, son estas identidades las que habilitan la construcción de una plataforma para demandar al Estado por el reconocimiento de sus derechos como *ciudadanas biológicas*.

En Argentina, las transformaciones jurídicas que reconocen la cobertura y la filiación a partir de las TRHA estuvieron acompañadas por la demanda y organización de la ciudadanía a través de diversas asociaciones de la sociedad civil que demandaron colectivamente la cobertura de estas técnicas³. Sin embargo, estas formas de agencia también se advierten en las experiencias de usuarias de modo individual, lo que supone que en sus trayectorias como “pacientes”, el tratamiento exige una ciudadanía activa que no recae solo en el uso de medicamentos, sino en el despliegue de un conjunto de tecnologías del yo, de cuidado y conocimiento de sí mismo (Rose, 2007, p. 143), así como de participación desde dispositivos grupales de usuarias. Sobre estas dimensiones colectivas e individuales de agenciamiento reconocidas, se explorarán en el presente trabajo los relatos biográficos de las usuarias de TRHA situados en la provincia de Córdoba, Argentina⁴. El análisis cualitativo e

³ Algunas de las asociaciones reconocidas son: “Sumate a Dar Vida”, “Concebir”, “Develar”, “Personas con Infertilidad en la Lucha”, “Abrazos por dar Vida”, “Lesmadres”.

⁴ En el marco de la tesis doctoral titulada “Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba”, se analizaron veintiún relatos biográficos de mujeres usuarias actuales o pasadas de TRHA de la provincia de Córdoba que fueron entrevistadas durante 2015-2018. La muestra estuvo conformada por mujeres cis cuyas edades oscilan entre los 32 a 65 años. Una característica común es que dieciocho entrevistadas de la totalidad de la muestra (20) han realizado estudios

interpretativista de los relatos biográficos (Conde, 1994; Meccia, 2013; Sautu, Boniolo, Dalle, y Elbert, 2005) puso de manifiesto la complejidad que supone, para algunas usuarias, la ausencia de espacios de biosociabilidad, lo que genera dificultades a la hora de comunicar su experiencia con las TRHA⁵.

2. Comunicar la experiencia reproductiva y sortear el estigma

Siguiendo a Goffman (1959), la presentación de sí mismas es uno de los aspectos centrales que permite comprender la complejidad en las interacciones comunicativas que experimentan las usuarias. Relatar el tratamiento en espacios donde los interlocutores no contaban con los marcos referenciales para comprender el tratamiento no solo dificultaba la comunicación de la experiencia, sino que en ocasiones reforzaba el estigma sobre las usuarias.

De alguna manera, lo que reflejan las experiencias es que es preciso contar con cierto *habitus*, siguiendo a Bourdieu (1997), para comprender el proceso. El hecho de que las personas interlocutoras no cuenten con estas disposiciones y marcos de referencia que se adquieren por formación médica o por atravesar una experiencia con las TRHA, supone diversas formas de estigmatización y hasta

terciarios o de nivel superior y pueden caracterizarse como profesionales de un sector social medio-alto. Investigación realizada con una beca doctoral de CONICET.

⁵ La identidad de las usuarias entrevistadas se encuentra resguardada, por lo cual algunos nombres y referencias personales han sido modificados con el fin de respetar un criterio de confidencialidad. Asimismo, prestaron su consentimiento para el análisis de la entrevista con fines académicos.

puede ser significado como una forma de control social sobre su reproducción. Ello responde a las concepciones heteronormativas circundantes sobre la sexualidad, que lleva a que las parejas experimenten el tratamiento como una *falla de la naturaleza* de mujeres y varones cis. Como señalan Dora Cardaci y Ángeles Sánchez Bringas (2009), la infertilidad se vivencia en diferentes contextos socioculturales como una condición vergonzosa, de la que no se habla libremente con otras personas (Inhorn, 1994; Kohter Riessman, 2000; Castañeda Jiménez, 2005; Cardaci y Sánchez Bringas, 2007). Esta forma de operar se encuentra en estrecha relación con la representación que los sujetos tienen sobre la infertilidad, ya que la viven como un hecho estigmatizante que debe ser ocultado hasta donde sea posible (Castañeda Jiménez, 2005: 353)(Cardaci y Sánchez Bringas, 2009:23). Este aspecto no resulta menor en el marco de una sociedad patriarcal que tiende a depositar la reproducción en el ámbito privado, que libera al Estado de la responsabilidad de colectivizar los cuidados y que, como señala el feminismo, deposita la reproducción y los cuidados en las mujeres (Lamas, 2014).

Así mismo, este estigma viene acompañado por las representaciones de las usuarias sobre el tratamiento como un proceso privado e individual, aspecto que coincide con los hallazgos de Cecilia Straw (2013), quien destaca las dificultades de las usuarias para politizar la experiencia. Así también lo señalan estudios previos, que destacan la importancia de la comunicación con el entorno (Ariza, 2014). Particularmente para quienes partían de un

diagnóstico de infertilidad⁶, comunicar el proceso y los resultados del tratamiento podían convertirse en un factor estresante, tanto para las usuarias como para sus parejas: qué comunicar, a quiénes, qué aspectos del tratamiento se podían compartir y dónde era seguro hacerlo.

Del mismo modo, se advertía en las experiencias de las usuarias que la decisión de “contar” o no al entorno social y laboral sobre el tratamiento era un aspecto que se evaluaba cuidadosamente; y cuando lo hacían, suponía desplegar un conjunto de estrategias que les permitían preservarse del estigma. Así contaba Sabrina:

Claro, amigos, todos los del entorno [no sabían del tratamiento], (...) **la familia sabía todo lo que uno estaba haciendo, pero viste el entorno siempre es: “te casas y tenés que tener hijos”,** y uno estaba pasando por un momento que ya era, no... (Sabrina, 35 años)

Como da cuenta el relato de Sabrina, la reproducción de las parejas heterosexuales se vuelve un asunto de debate cuando su medio social asume, desde la heteronormatividad, que las parejas están infringiendo el mandato reproductivo de acuerdo a lo esperado por el ciclo normativo de género. Este señalamiento del entorno se corresponde con la asunción patriarcal de que las decisiones reproductivas de las mujeres constituyen un asunto público, de interés común y, por ello, factible de ser controlado. En esta línea, Juliana refería que ella debió

⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la infertilidad como una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”.

aprender a manejar estas situaciones con ayuda de su terapeuta, lo que para ella suponía una discusión sobre su autonomía en la decisión de ser madre:

Así sin pelos en la lengua, yo **me tuve que enfrentar a cada cosa (...): “¿qué problema tienen ustedes que no tienen hijos? (...) como si te casas, tenes que ser madre, no por un deseo, tenía que ser el mandato, viste. Fue terrible, luchar con esas cosas fue lo más difícil. (...) con mucha terapia uno aprende a hacerse fuerte en esas cosas, por eso me parecía que compartirlo con todo el mundo no tenía mucho sentido, era como que me desgastaba más ...”**. (Juliana, 36 años)

En el caso de Gisela, ella relata que solo su pareja y sus familiares más próximos conocían acerca del tratamiento, lo que era vivido como una forma de cuidado. Recién cuando queda embarazada, lo comunican a su entorno social y ella relata que ahí es cuando conoce otras experiencias de personas usuarias de TRHA. Aquí aparece más claramente la idea de reserva vinculado a la privacidad del tratamiento y el cuidado de la intimidad como una manera de preservarse emocionalmente: “G: Nosotros no es que no contábamos porque no queríamos decir del tratamiento, **sino por una cuestión de que (...) por ahí si no daba resultado el después iba a ser duro y que todo el mundo te pregunte**” (Gisela, 39 años).

En una línea similar, para Catalina el tratamiento constituye un aspecto privado hasta tal punto que lo equipara a la intimidad sobre la sexualidad de la pareja.

Para ella, dejar de comunicar los resultados de los tratamientos formó parte del aprendizaje de este transitar.

Nosotros no, porque no nos parecía una... **Nada malo hacer un tratamiento ni nada, entonces lo compartís**, y aparte todo con buena onda y energía (...) Y **después digo a mi esposo: “no contemos tanto, cuando la gente busca tener un hijo no te dice: hoy me voy a acostar con mi pareja”**. Nosotros no tenemos por qué contar también todo, después **tenés que estar dando explicaciones** de todo. (Catalina, 38 años)

Este “estar dando explicaciones” que señala Catalina, este “dar cuenta” a otras personas del tratamiento, se orienta a evitar el estigma social, principalmente en las parejas heterosexuales donde subyace la idea de infertilidad como falla. Del mismo modo, para Melina ello se expresaba como “incomodidad” y refleja la misma impresión: no es tan incómoda la idea de contar, como sí de dar cuenta a los demás de la propia reproducción. Sin embargo, así como surgían diversas formas de estigmatización, también se advierte un conjunto de estrategias que las usuarias ponen en práctica con el fin de encontrar los recursos adecuados para comunicar la experiencia.

3. Los medios de comunicación y las TRHA: estrategias para comunicar lo desconocido

Una estrategia advertida en los relatos que permitía subsanar la falta de esta competencia comunicacional para comprender el tratamiento y su estigma es la apelación a los medios de comunicación. Los medios periodísticos, las

novelas, las películas, la información provista en Internet constituyen herramientas de la cultura popular que presentan como posible la maternidad por TRHA a la vez que facilitan el proceso de comunicación de las usuarias al entorno social. En este sentido, como señala Goffman (1974), el marco en que se genera la interacción le confiere sentido a la comunicación (Goffman, 1974; Herrera y Soriano, 2004); en el caso de las usuarias, la existencia de estos recursos culturales permite comprender la pertinencia de sus estrategias comunicativas. Así aparece documentado por Celia Ramírez Gálvez (2003), cuando analiza el impacto social que tuvo en los medios de comunicación la aparición de las “telenovelas” en Brasil, donde algunos de sus personajes pasaban por un procedimiento de TRHA. Como señala la autora, esto llevó a familiarizar en el público brasilero un conjunto de terminologías médicas antes desconocidas para la población (Ramírez-Gálvez, 2003, p. 23) destacando el efecto “didáctico” de estas (p. 26). En coincidencia con su estudio, el impacto de las telenovelas brasileras también se expresó en las experiencias de usuarias argentinas. De esta manera aparecía en la experiencia de Melina, para quien un primer obstáculo para comunicarlo a su familia se vinculaba con las diferencias generacionales, y en este marco la telenovela constituyó un nuevo código de comunicación para compartir la experiencia con su madre: “M: [relatando la conversación] ‘—Mirá, ¿te hicieron esto? —Bueno, mami, me van a hacer lo mismo’. Entonces como que estaba enganchada, fue una casualidad. **Estaba enganchada con la novela, lo entendía al tema, y bueno, lo tomó bien, lo tomó bien**” (Melina, 41 años).

Particularmente, los medios de comunicación constituyeron una vía para comunicar la experiencia de usar las TRHA en aquellas experiencias que implicaban una ruptura con la configuración familiar heteronormativa y

conyugal, aspecto que sumaba una mayor complejidad para comunicar la experiencia.

Así mismo, desde experiencias argentinas, el impacto de la historia de actrices como el caso de Juana Repetto (quien expuso su experiencia de monoparentalidad por elección en los medios de comunicación) permitió acercar estas experiencias al repertorio de posibilidades reproductivas de las mujeres, lo que facilitó a las usuarias contar su experiencia⁷. Es así que cuando Candelaria comunica a su familia y a otras personas de su círculo social su proyecto de monoparentalidad elegida mediante las TRHA, recurre a la experiencia de la actriz, caso que fue debatido en los programas de televisión argentina al mismo tiempo que ella estaba comenzando el tratamiento. Valora también la vocación educativa de esta actriz, quien colaboró con una plataforma audiovisual donde compartió su experiencia con otras mujeres, al entender las dificultades sociales por las que atraviesan para comprender la monoparentalidad⁸:

No. No hay mucho marco legal tampoco, hay como un tabú. Yo justo la pegué porque la [nombre de su hija] tiene la misma edad del hijo de Juana Repetto (...) justo, porque como ella lo explicó y pasaron y todos los programas debatían y treinta panelistas opinando. (Candelaria, 36 años).

⁷ Juana Repetto, actriz argentina, constituye una figura pública que no solo ha contado su experiencia en diversos programas de televisión, sino que realiza un trabajo de comunicación social junto a una clínica de fertilidad para acercar su experiencia a las personas. Su canal de YouTube: <https://www.youtube.com/channel/UCZYr9fOPjqCW8f-PqMs0gxQ>

⁸ Canal de YouTube de Juana Repetto <https://www.youtube.com/channel/UCZYr9fOPjqCW8f-PqMs0gxQ/videos>

Es por ello que el impacto de las TRHA en los medios de comunicación, también ha sido relevante para hacer pública y socialmente inteligible la propia experiencia reproductiva. De esta manera, en ausencia de otras experiencias familiares o cercanas que permitan pensar otras maternidades, es constante en estos relatos la referencia a películas y a experiencias de personas presentes en los medios de comunicación. En este sentido, Candelaria, cuando pensaba cómo iba a ser la inseminación artificial, recordaba una película de Hollywood, con la que comparaba luego en su relato su propia experiencia:

No, es imposible, **la debemos haber visto los que hicimos el tratamiento de inseminación; por supuesto, Jennifer López con las botas así, toda espléndida, está bien hecha la película**, más o menos es lo que es, es lo que es. Entonces yo me acuerdo que ella acaba la exposición ginecológica y no pasaba nada, entonces yo fui muy relajada porque yo dije: **“no debe ser tan distante de la verdad, más allá de que sea Jennifer López”**. La cuestión es que fue así... (Candelaria, 38 años)

Del mismo modo, Sandra, quien se autoidentifica como lesbiana, había considerado la posibilidad de ser madre sin una pareja por haber visto en una película esta posibilidad de la inseminación:

Claro, y sí, producía pero menos que cualquier otra mujer, entonces es como que **yo siempre supe qué iba a tener que hacer, de otra forma tener un bebé**, pero bueno entonces yo en **alguna película vi esto de la inseminación (...)** esa idea me había quedado en la cabeza y yo por ahí, después me animé y digo bueno, voy a empezar yo sola a investigar en algunas clínicas. (Sandra, 43 años).

Sandra también recurrió a una experiencia mediatizada como fue el caso de la gestación por sustitución de la actriz trans Florencia de la V, para explicar su propia experiencia donde su pareja fue la gestante de uno de sus embriones fecundados. Así cuenta Sandra la conversación con su hermano:

...no, no, **es que voy a ser mamá, voy a ser mamá**”
“ah, sí” me abrazaba, me tocaba la panza “no, no, no está acá” “¿Cómo? No entiendo nada, no entiendo nada” “está en la panza de la [pareja]” “hay no, no, no, te juro que no te entiendo, ‘¿Es como Ricardo Fort, es como no sé, como Florencia de la V, como esas cosas así?’ [decía el hermano] ‘sí, algo así’. (Sandra, 43 años)

De esta manera, estas maternidades que se encuentran distanciadas del ideal normativo encuentran su condición de posibilidad a partir de cambios en el contexto social, cultural, tecnológico y legal, que permiten ser pensadas como una posibilidad y luego como soporte para su comunicación. Estos cambios culturales y sociales, no solo implican la posibilidad de pensar la maternidad fuera del constructo heteronormativo, sino que la idea de una maternidad sin una pareja empieza a aparecer como una posibilidad deseable; es una gran transformación social que pone en discusión siglos de estigmatización de estas maternidades que siempre existieron.

4. Espacios de sociabilidad y posibilidades de construcción de ciudadanía

A lo largo de los relatos, los espacios de sociabilidad de las usuarias —en el marco de las clínicas y otros espacios más allá de la familia extensa y las amistades— aparecieron como recursos valiosos y efectivos para

comunicar la experiencia. Ello podría vincularse con la noción de “biosociabilidad” que desarrolló Paul Ravinow, donde la biología es la base de la identificación colectiva (Rose, 2007), como supone ser “usuaria de TRHA”.

Un espacio de sociabilidad frecuente para las usuarias se vincula con los intercambios en las salas de espera de las clínicas: espacios centrales para comparar procesos, experiencias en relación con los tratamientos y estrategias acerca de la atención recibida como pacientes y consumidoras de un tratamiento médico. Al respecto, Melina se refiere a lo que significa comunicar en el espacio público una experiencia que suele ser mayormente de la pareja y que supone un bagaje de información y vivencias:

Yo he hablado con muchísima gente, porque, es más, vos vas a un instituto de fertilidad y está lleno de gente. Vos decís ¿soy la única que tiene?, ¿soy la única que tenés problemas para...?" No, es impresionante la cantidad de gente (...). **Escuchás miles de historias, miles de historias buenas, malas, regulares...** (Melina 41 años).

La diferencia aquí es que las personas que forman parte de estos espacios cuentan con las disposiciones necesarias para comprender la experiencia misma: un lenguaje y vivencias comunes, procesos emocionales y físicos similares, búsquedas compartidas. Ser un interlocutor válido es central para que las usuarias se sientan habilitadas a comunicar su experiencia; aspecto que, como se relató previamente, se aprende en el proceso del tratamiento.

Otra dimensión de la comunicación tiene que ver con las propias fronteras de esta: qué aspectos contar.

Catalina advierte que cada vez se encuentra más naturalizado contar a otras personas su experiencia como usuaria de TRHA, pero lo que se suele ocultar es el uso de donantes de gametos. Este hecho aparece como la última cuestión que continúa siendo tabú. Ella relata que ni siquiera entre usuarias de TRHA es frecuente comunicarlo:

Capaz que sea la mentalidad cordobesa... Si en Buenos Aires ya hay bancos, todo el mundo lo hace, está más abierto... tendrán una mentalidad... **¿porqué acá nadie lo cuenta? (...)** y como antes **[contar] el tratamiento. Antes cuando la gente hacía tratamiento, tampoco lo decía. Y ahora todo el mundo lo dice. Y te encontrás y te recomendas: ‘No, andá a tal médico’.** Los otros días, cuando iba al vacunatorio, un hombre [me comenta]: ‘Ah, yo lo tuve por tratamiento’ [a su hijo], ‘Ay, yo también’, le digo; salta la chica de atrás: ‘Ay, el mío también es de tratamiento, ¿con qué doctor?’. Todos éramos de [clínica de fertilidad], **éramos cuatro familias... todas con tratamiento, todos poniéndole la vacuna al chico;** terminamos hablando de [clínica de fertilidad], porque **todos éramos chicos de tratamiento...** (Catalina, 38 años).

La comunicación de esta experiencia da cuenta del estigma que aún persiste sobre las personas usuarias; pero también, como señala Catalina, esta frontera se va corriendo y naturalizando como parte de los repertorios posibles para ser madres y padres.

En ocasiones, este conjunto de dificultades sobre cómo y cuándo comunicar algunas particularidades del

tratamiento puede ser facilitado por la creación de otros dispositivos grupales. Un aspecto que apareció como central para la contención desde el ámbito público fue el espacio inicial de asesoría grupal que generó el espacio de Maternidad Nacional de Córdoba, como dispositivo que habilitó otras formas de organización de las usuarias. Este espacio fue propuesto por la institución como un primer encuentro con las personas interesadas en el tratamiento, donde se informaba a los diferentes grupos que iban comenzando tratamiento en determinados períodos. Ello les permitió conocerse entre las distintas usuarias de la salud pública y constituyó luego un espacio colectivo de usuarias de TRHA⁹. Así lo relata Cintia, quien realizó allí su tratamiento:

Bueno, **después había una reunión grupal de treinta personas, que éramos el segundo grupo**, porque ellos agrupan a los matrimonios, a las parejas. Entonces nos dan una charla, nos explican el proceso detalladamente, nos muestran los medicamentos que nosotros nos tenemos que colocar en la panza (Cintia, 44 años).

Este modo de organización, valorado por aquellas usuarias que allí se atendieron, dio lugar a la formación autónoma de grupos de acompañamiento entre mujeres cuyo medio de comunicación se basaba en reuniones virtuales que, al mismo tiempo, les permitió contar con una visión menos individualizada del proceso. Como relata Cintia, este contacto frecuente permitió al grupo conocer los resultados de las demás usuarias, lo que puso

⁹ Como señala también la nota periodística, se realizan asesorías a las personas interesadas. Disponible en: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/fertilizacion-ya-comenzaron-los-tratamientos-gratuitos> [Última fecha de consulta 12/01/2018].

en evidencia para ella la baja tasa de éxito de los tratamientos: “C: ...y **entre todas nos visitamos**. Vos sabés que fue algo muy lindo, en el sentido de que **cuando yo perdí a mi bebé, vinieron a casa, nos conteníamos; porque al final, de treinta que éramos, una sola mamá pudo tener sus trillizos ahí**” (Cintia, 44 años). Desde la experiencia de la importancia de este espacio grupal de contención entre usuarias es que Cintia se muestra crítica ante la falta de apoyo psicológico del Hospital:

La pérdida, la pérdida, yo creo que, sabés que, en esa parte estoy de acuerdo con un montón, **porque nosotros hicimos un grupo de Whatsapp con las mujeres que después se disolvió con los años, este... lo único que nosotras reclamábamos que nos hacía falta era un apoyo psicológico** en las mamás que perdíamos los embarazos, cosa que ahí no hay. (Cintia, 44 años).

Por otra parte, entre las entrevistadas que se atendieron en clínicas privadas, no aparecía este dispositivo grupal; pero sí se advertía una solidaridad entre usuarias, dado que todas las entrevistadas relatan haber explicado, acompañado y asesorado a otras mujeres que estaban realizando o querían realizar un tratamiento. De este modo, Sabrina relata la importancia de compartir su experiencia y sus aprendizajes:

...trato de contarla a mi historia, si es alguien muy allegado, digamos, que creo que me puede llegar a escuchar con interés, como para **que se dé cuenta de que no es el único que está pasando por eso**, porque uno cuando está en eso, en esa situación, te crees que sos el único. (Sabrina, 35 años)

Para otras usuarias, la experiencia de transitar el tratamiento sin socializarlo y en el ámbito privado de la salud las distancia, en mayor medida, de aquellas construcciones identitarias y colectivas como usuarias de TRHA. Nadia, una profesional de 50 años que realizó su experiencia con las TRHA quince años atrás en una clínica privada, cuenta que cuando se sancionó la ley del año 2013 no significó para ella el reconocimiento de un derecho que antes le había sido negado, sino que lo vivió con distancia de su experiencia, previa a esta ley:

N: ...Y esto, **no me siento parte, cuando vos me preguntás lo de la ley, si estuve con otra gente, viste que generalmente la gente que se siente parte de un colectivo ¿viste?**

E: Sí, sí.

N: Yo lo comento como que fui, sí,... **pero no me siento “parte de”... no. Como los padres adoptivos, viste que son partes, para mí fue natural en definitiva todo...** (Nadia, 50 años)

Parte de esa mirada se vincula con la fuerte impronta individual que tiene el acceso a estos tratamientos. Así lo señala Nadia, quien no se siente “parte de un colectivo”, entendiendo el marco en el que el tratamiento sucedió. Para otras usuarias que realizaron el tratamiento previo a la ley, la sanción de esta y su reconocimiento como un derecho significó a su vez el reconocimiento social de un aspecto de su vida vivido como un estigma. A esto refiere Alcira cuando cuenta que veinticinco años atrás había realizado los tratamientos de forma privada. Para ella no

estaba en juego la cobertura, pero sí su reconocimiento como ciudadana, y ubica a esta ley en el marco de otros procesos de reconocimiento de derechos sociales:

Pasaron las sesiones, muy movilizante, muy movilizante, sí, lo lloré (...) recordé un montón de situaciones, y me impactaba cómo algunos de los relatos (...) pudieron lograron transmitir esto que uno sintió en palabras legales, porque no es fácil. Porque acá te estoy hablando desde el sentimiento, pero transmitir esto, pasarlo a lo legal y que no quede en una letra fría (...). **Hay personas que lo lograron, que lograron encuadrar lo legal con el sentir.** (Alcira, 63 años)

Al comparar la experiencia de Alcira con la de Nadia, siendo dos usuarias que hicieron el tratamiento previo a la ley, se advierte en el caso de Alcira un proceso de resignificación del tratamiento que la lleva a considerarlo como un derecho, lo cual tiene un anclaje también en otras experiencias vividas durante el transcurso de este. Alcira, a causa de haber atravesado por un conjunto de dificultades —en su caso una mala praxis—, es convocada por el último médico que la atendió a colaborar como voluntaria en una clínica reproductiva para acompañar a otras mujeres. Esta experiencia le permitió luego identificarse con otras usuarias y pensarse políticamente como parte de un colectivo. En cambio, como sucedió con la configuración de asociaciones de la sociedad civil en el momento de la presentación del proyecto de ley de reproducción asistida, para otras usuarias significó una experiencia diferente, en tanto se constituyó en una plataforma de ciudadanía por el reconocimiento de un derecho. Lo que se advierte en la

actualidad es que, logrado el objetivo legal, no aparece en las usuarias entrevistadas una identidad colectiva sino la disputa de un derecho desde el lugar individual.

El relato de Hillary da cuenta de ese transitar individual, a partir de su recorrido por el reconocimiento de la cobertura de la obra social. Cuando encontró limitaciones para costear con sus propios recursos el tratamiento, esto la llevó a posicionarse como una usuaria que podía exigir un derecho reproductivo. Aquí las resistencias iniciales para exigir la cobertura, al igual que en otros casos, no se vinculaban con una concepción del tratamiento como algo del orden “privado e íntimo”, sino que su reclamo involucraba una considerable cantidad de tiempo y trabajo reproductivo para las usuarias, lo que era deseable evitar. Sin embargo, este proceso la lleva a reconocer lo que señala la ley y a disputar la exigibilidad de un derecho que en las obras sociales suele ser obstaculizado:

H: ...hasta que no consiga que me cubra la obra social, **no lo hago y busqué el texto de la ley, me la leí y entonces vi cómo era, revisé todo y entonces dije: ‘tengo que encontrar la manera, sí o sí, de que me lo cubra, porque la ley es muy explícita’.** Me fui a la superintendencia de salud y me dijeron que sí. (Hillary, 49 años)

De esta manera, Hillary tuvo que estudiar la letra de la ley y llevar su demanda al ente nacional que rige estas coberturas, a partir de lo cual compuso una diputa muy clara, en función de un reconocimiento que es claramente universal. Más aún, Hillary tuvo que hacer frente a la heteronormatividad de la cobertura, que en la práctica es discriminatoria en muchas obras sociales. Con el reconocimiento del acceso por parte del Estado y la cobertura de las obras sociales, se advierte un

posicionamiento de las usuarias que supone la exigibilidad de este derecho. Sin embargo, la estrategia es fundamentalmente individual, como también da cuenta el caso de Catalina:

...[haciendo referencia a la ley] **hay cosas que para mí es una ley que hay que seguir trabajándola.** (...). Y no te la hacen para nada fácil las obras sociales. (...) Yo era la peleadora de las obras sociales. (...). Me veían entrar en la obra social, a **algunos les agarrará con la terapia, a otros les agarrará la cuestión mística y religiosa, el otro será qué sé yo... hace la asociación de padres que no pueden tener hijos (...). Y a mí me agarró la loca de la luchadora para que cumplan lo que la obra social dice.**" (...) No sabés las veces que me iba a sacar un análisis: ‘ah, no pero lo tenés que hacer así’, ‘¿me lo podes autorizar de nuevo?’. **Ir y venir. Yo, en una mañana, (...) lo dedicaba a ir y venir de las obras sociales. (.) Es agotadora la lucha, me había olvidado de ese aspecto.** (Catalina, 38 años)

Es interesante, sin embargo, cómo Catalina señala que una de las maneras de agenciar el tratamiento tuvo que ver tanto con la gestión de su cobertura como su exigibilidad, lo cual da cuenta de una práctica de ejercicio de ciudadanía desde su experiencia de usuaria.

A diferencia del relato de Alcira, quienes disputaron la cobertura de la obra social a partir de la ley, si bien la reconocen como condición que posibilitó su acceso a los tratamientos, no se refieren generalmente a las TRHA desde la exigibilidad de un derecho colectivo, sino desde un derecho individual.

5. Consideraciones finales

Siguiendo el análisis de Nancy Fraser (1989), una parte esencial en la lucha por el reconocimiento de las necesidades se vincula a la lucha por la interpretación de esas necesidades. Estas, formuladas por actores con intereses diversos, con legitimidades diversas (expertos, científicos, movimientos sociales), conllevan posiciones políticas, en general en disputa (González C., Nucci, N. y Soldevila A., 1999).

En Argentina, la posibilidad de que esta demanda alcanzara la agenda del Estado y fuera reconocida como un derecho implicó una legitimación de las necesidades de las personas, cuya politización colectiva, en ese momento, estuvo enmarcada en el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, los discursos que bregaron por su reconocimiento iban en la línea de los relatos de las usuarias, que lo trataban como un derecho individual a formar una familia, un derecho individual a procrear, lo cual lo sitúa en el espacio colectivo, pero reconoce un derecho individual o de la pareja. Este aspecto permitió el reconocimiento social de esta necesidad históricamente identificada como una dimensión del orden íntimo.

De esta manera, no es casual que aún luego del reconocimiento de la ley de reproducción asistida, la exigencia de este derecho se produzca en términos individuales. Sin embargo, desde una mirada feminista, también se puede comprender que *lo personal es político*, por lo que en estas experiencias individuales, también se pueden identificar diversos modos de resistencia, así como estrategias que suponen el reconocimiento de un derecho reproductivo, algo que para algunas usuarias era impensable en estos términos previamente al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 18, 41–73.
- Bourdieu, P. (1997). El Espíritu de familia. En *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Cardaci, D., y Sánchez Bringas, Á. (2009). Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), 21–40.
- Conde, I. (1994). Falar da Vida (II). *Revista Sociologia. Problemas e Práticas*, 16.
- Fraser, N. (1989). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío.
- Goffman, E. (1959). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González C., Nucci, N., Soldevila A., O. E. y C. R. (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar. Informe de investigación* .

- Herrera, M., y Soriano, R. M. (2004). La teoría de la acción social en Erving Goffman. *Papers*, 73, 59–79.
- Lamas, M., (2014). Ensayo Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública de México*, 56(1).
- Meccia, E. (2013). Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad, *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 4(2), 38–51.
- Ramírez-Gálvez, M. C. (2003). *Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tesis - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- Rose, N. (2007). *The Politics of life it self. Biomedicine, Power and Subjctivity in the Twenty First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, P. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO Colección Campus Virtual.

Straw, C. (2013). Cuando las demandas al Estado permanecen en el ámbito privado, íntimo y personal: el caso de la reproducción asistida para mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires (0–8). Trabajo presentado en las *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.