

Lucía Ariza*

El fundamento no patologizante de la ley nacional de acceso a la reproducción asistida en Argentina: la situación en el ámbito de la salud pública a dos años de su implementación[◇]

The non pathologizing basis of the national law of access to assisted reproduction in Argentina: the situation in the field of public health two years after its implementation

Abstract | The article analyses professional attitudes regarding publicly funded assisted reproduction treatment (ART) in the City of Buenos Aires, Argentina. Since 2013 the country has one of the most advanced legislations in the world regarding assisted reproduction. It guarantees free access to ART to everyone who needs it, regardless of sexual orientation or partnership status. Semistructured interviews were carried out with professionals in charge of providing treatment (PRA) and of ensuring the institutional conditions of provision (PCI). The study sought to understand professional attitudes towards: 1) the provision of treatment using donated gametes, and, 2) access to treatment by women with no partner, same sex couples and women who have surpassed their fertile period. Results show professional ambivalences towards gamete and embryo donation, particularly in relation the exchange of money. The study also shows the slow incorporation of the language of rights to promote and ensure access to ARTs to groups defined by legislation.

Keywords | assisted reproduction, public health, health professionals, rights, Argentina.

Recibido: 9 de noviembre, 2020.

Aceptado: 16 de febrero, 2021.

* Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani, CONICET. Buenos Aires, Argentina.

◇ La autora desea agradecer el generoso tiempo brindado por los/as profesionales entrevistados/as para la realización de las entrevistas. Asimismo, reconoce el apoyo recibido por parte del Dr. Mario Pecheny, director del proyecto financiado, así como la dedicación y recomendaciones de los/as revisores/as anónimos/as. Esta investigación fue posible gracias al apoyo financiero otorgado por la Beca de Perfeccionamiento en Investigación Ramón Carrillo – Arturo Oñativía, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Correos electrónicos: lucia.ariza@gmail.com

Ariza, Lucía. «El fundamento no patologizante de la ley nacional de acceso a la reproducción asistida en Argentina: la situación en el ámbito de la salud pública a dos años de su implementación.» *Interdisciplina* 10, n° 28 (septiembre–diciembre 2022): 203-231.

DOI: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83296>.

Resumen | El artículo analiza actitudes profesionales en torno a la provisión de tratamientos de reproducción asistida (TRHA) en el ámbito de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Desde 2013, el país tiene una de las legislaciones más avanzadas del mundo en materia de TRHA, garantizando la cobertura gratuita a quien lo necesite, sin restricciones de orientación sexual o estado conyugal de las personas. Se utilizó una metodología cualitativa, recurriendo a entrevistas semiestructuradas entre profesionales encargados/as de proveer tratamientos (PRA) y de garantizar las condiciones institucionales de provisión (PCI). Se buscó conocer las actitudes profesionales en torno a: 1) la provisión de tratamientos por donación gametos y, 2) el acceso a TRHA por parte de mujeres sin pareja, parejas del mismo sexo y mujeres en edad no fértil. Los resultados muestran ambivalencias de los/as profesionales con la donación de gametos y embriones, especialmente debido a la cuestión del intercambio económico. Se observa una paulatina apropiación del lenguaje de derechos para garantizar el acceso a TRHA por parte de sujetos que tradicionalmente han encontrado más oposición para ejercer su derecho a la maternidad.

Palabras clave | reproducción asistida, salud pública, profesionales de salud, derechos, Argentina.

Introducción

ESTE ARTÍCULO PRESENTA resultados derivados de un estudio en el que se indagó en las actitudes de profesionales en torno a la provisión de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) en el ámbito de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) durante el año 2015. Desde 2013, el país posee una ley nacional de acceso a las TRHA que se destaca por su carácter progresista y no patologizante (Farji Neer 2015; Peralta 2020), resultado de un proceso político de ampliación de derechos desde el Estado, así como de la confluencia de diversos activismos, como el que demandó la cobertura del tratamiento de la infertilidad y el de la disidencia sexual que peleó porque el acceso no estuviese restringido a los términos de la infertilidad. La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida (LRMA), define a las TRHA como “los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones” (LRMA, 2013). Con un enfoque de derechos humanos que promueve los derechos reproductivos y sexuales junto al derecho a la salud (Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lamm 2014), la Ley no reduce las TRHA al tratamiento de la infertilidad, a la vez que garantiza el acceso¹ a ellas sin restricciones por orientación sexual, estado conyugal o edad (más allá de la mayoría de edad).²

1 Los términos de la Ley establecen que el sistema público de salud, las obras sociales y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados indepen-

En este marco, el objetivo de la investigación fue conocer las actitudes profesionales que inciden, en tanto barreras o facilitadores, en la provisión de tratamientos reproductivos en el ámbito de la salud pública de la CABA y según lo estipulado en la LRMA. Siguiendo el rasgo mencionado, no patologizante de la ley argentina y su basamento en el paradigma de derechos humanos, se buscó dar cuenta de las actitudes profesionales sobre la provisión de servicios reproductivos a poblaciones no definidas exclusivamente por la infertilidad entendida en tanto enfermedad.³ En el presente artículo se resumen los resultados relativos a las actitudes profesionales, específicamente en lo relativo a: 1) la provisión de tratamientos con donación de gametos y 2) la atención de mujeres sin pareja, parejas del mismo sexo y mujeres en edad no fértil, es decir, sujetos cuyo acceso a las TRHA no está exclusivamente definido por la condición de enfermedad. El punto 1 es introducido como forma de dar cuenta de las limitaciones encontradas, desde el punto de vista de los/as profesionales entrevistados/as, para ofrecer los servicios de donación de óvulos y embriones que son un requisito indispensable para garantizar la atención a los sujetos definidos en el punto 2. A este último punto se dedica un análisis más pormenorizado a lo largo del artículo, ya que es el eje central del mismo y el que organiza la revisión bibliográfica.

Las tecnologías de reproducción asistida no son un tipo cualquiera de intervención médica. Constituyen, por el contrario, un servicio que atiende aspectos centrales en la vida de las personas o, como los denomina Sarah Franklin (1998), “los hechos de la vida”: la reproducción, la sexualidad, el parentesco (entre otros). Si por un lado las TRHA refuerzan sentidos tradicionales en torno a la familia heterosexual, la centralidad de la maternidad para las mujeres y la continuidad biológica entre progenitores y descendencia, por el otro poseen la capacidad para

dientemente de la figura jurídica que posean “incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo, y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida” (Ley 26.862).

2 Al momento de la realización de este estudio, no estaba sancionada la Resolución 1044/2018 del Ministerio de Salud, que estableció un límite de edad en los 44 años para la realización de tratamientos con óvulos propios y de 51 años para la realización de tratamientos con óvulos donados (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

3 Es bien conocida la definición provista por la Organización Mundial de la Salud de la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo femenino o masculino (o ambos) que produce la imposibilidad de lograr un embarazo luego de más de 12 meses de relaciones sexuales sin protección (OMS 2018). Si bien esta definición ha sido utilizada por los activistas de varios países, por caso en Argentina (Ariza 2011), para demandar la cobertura del tratamiento reproductivo, también ha sido criticada por su evidente connotación heterosexista y por funcionar en la práctica como garantía moral de que el tratamiento sea provisto solo a personas heterosexuales (Diniz 2005).

desestabilizarlos. Las TRHA radicalizan la disociación entre sexo y reproducción, produciendo aún más rupturas: entre fertilización y concepción, entre concepción y embarazo, entre procreación y parentesco biológico, entre otras (Hartouni 1997). A la vez, hacen posible nuevas formas de parentesco, como la procreación de una madre a través del óvulo de su hija o la formación de familias formadas por parejas lésbicas, bisexuales y sus hijos/as por medio de tratamientos tales como la donación de óvulos y esperma (gametos) y embriones (Rivas, Álvarez y Jociles 2018; Peralta s/f); abren la puerta a la creación de nuevas entidades biológicas, como embriones criopreservados, células madre, embriones híbridos (animal-humano) (Franklin 2001); a la vez que extienden el derecho a la mater/paternidad a personas que antes solían encontrar mayores dificultades para ejercerlo, como las parejas del mismo sexo, las mujeres que han superado su periodo fértil y las mujeres sin pareja (Rivas, Álvarez y Jociles 2018). En este sentido, si bien las TRHA son y han sido presentadas como tecnologías que meramente “ofrece una mano a la naturaleza” (Franklin 1995), ellas también traen consigo la posibilidad de modificar sustancialmente lo que entendemos por naturaleza (Strathern 1992), borrando la distinción entre lo natural y lo producido (Bestard Camps 2004).

Dada esta ambivalencia cultural característica, las TRHA han sido foco de atención política, religiosa, bioética y legal, especialmente en Europa, Estados Unidos, Australia e Israel, donde son extensamente provistas a través de esquemas públicos y privados. En América Latina, donde la oferta ha tendido a ser de corte privado con pocas instancias de cobertura en el ámbito público, la delimitación de un imaginario común, definido a través de un diálogo integrador y plural, en torno a qué evolución de las TRHA resulta culturalmente posible y deseable, ha estado lejos de ser una realidad. Estos debates han sido escasamente planteados como debates públicos y rara vez han sido auténticamente plurales (convocando a la participación de vastos sectores definidos por sus diferencias religiosas, de orientación sexual, de género, socioeconómicas, raciales, educativas, entre muchas otras). Una excepción a esta exclusión lo ha constituido el proceso de discusión y sanción de la LRMA, así como de discusión del Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) que entró en vigor en 2015.⁴

Lo anterior, así como la garantía ofrecida por la Ley de que el sector público de salud brindaría los servicios de reproducción asistida requeridos por los beneficiarios de esta, justificó la realización de un estudio, a dos años de la sanción de la Ley, para evaluar las actitudes profesionales de aquellos/as encarga-

4 Las audiencias públicas organizadas en Argentina con motivo de la discusión del Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) fueron una ocasión para la expresión de la sociedad civil en torno a dos aspectos relativos a las TRHA que figuraban en el anteproyecto: la subrogación de vientre y la fecundación postmortem (véase, por ejemplo, HCDN 2015).

dos/as de proveer este servicio en los hospitales públicos de la CABA. La pertinencia se justificó, además, en que el conocimiento sobre las actitudes profesionales del acceso a TRHA por parte de sujetos no definidos por su condición de infertilidad es muy escaso en Argentina. Adicionalmente, la publicación de estos resultados permitirá dar cuenta, a través de futuros estudios comparativos, de las transformaciones en las visiones profesionales a lo largo del tiempo.

Antecedentes y marco teórico conceptual

En Argentina la investigación social sobre TRHA ha sido escasa en relación con otros temas de las ciencias sociales de la salud, aunque paulatinamente se ha ido construyendo un *corpus* local sobre este objeto de estudio. Los estudios realizados han sido de corte normativo legal, sobre cómo debe legislarse la reproducción asistida, junto a aportes empíricos a las consideraciones legales (por ejemplo: Calise 2011; Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lamm 2011 y 2012; Rodríguez Iturburu 2020; Johnson 2020b; Straw, Scardino y Perez 2017), bioético (en torno a cómo ciertos principios éticos pueden o deben ser aplicados al uso de TRHA y las discusiones éticas en torno a aspectos como la producción de embriones (Lima y Martínez 2021; Lloveras y Sapena 2010; Luna 2006 y 2013); con una perspectiva feminista y/o sobre las relaciones entre feminismos y TRHA, incluyendo reflexiones sobre las implicancias para las mujeres de su involucramiento con estas tecnologías (Garay 2008; Johnson 2020a; Sommer 1993); *queer*, con perspectiva de diversidad sexual y/o sobre disidencias sexuales y TRHA (Alaniz 2020; Ariza y Libson 2011; Bacin y Gemetro 2011; Peralta 2020; Trupa 2016). Varios trabajos han abordado desde luego las experiencias de personas que realizan tratamientos reproductivos, incluyendo las decisiones reproductivas a las que se enfrentan, desde diferentes ángulos y metodologías de investigación en las ciencias sociales y humanas, incluyendo la psicología (Ariza 2010; Johnson 2020c; Lima Branzini y Lancuba 2019; Smietniansky 2019; Straw 2014; Vecslir 2014 y 2021); mientras que otros estudios han indagado en la perspectiva de otros sujetos que también participan de las TRHA, paradigmáticamente las y los donantes de gametos (Lima, Álvarez Plaza y Cubillos 2019). Algunos trabajos han estudiado también la demanda política de acceso a las TRHA (Ariza 2011; Cuberli, Lois y Palopoli 2011). Muy pocos trabajos han indagado en las prácticas, valores y actitudes de los/as profesionales médicos que proveen tratamientos de reproducción asistida (Ariza 2012a, 2013, 2016a, 2016b, 2017; Raspberry 2007), así como en la relación entre el parentesco occidental y las TRHA (Ariza 2012b, 2014a y 2015; Smietniansky 2020). Abordajes psicológicos y recomendaciones de atención psicológica para personas involucradas con las TRHA han sido aportados por Charodon (2020), Fernández *et al.* (2006), Helman y Morente (2020), Jadur y Duhalde

(2005), Jadur, Duhalde y Wainstein (s/f), Lima y Rossi (2020), Ormart (2020), Rossi y Jurkowski (2020), entre otros.

En el marco de los estudios sobre TRHA, la literatura que ha abordado las barreras médicas y sociales encontradas por sujetos cuya demanda de tratamientos no entra dentro de los parámetros moralizantes y heteronormativos de la infertilidad en tanto enfermedad (Diniz 2005), como son las parejas del mismo sexo, mujeres sin pareja y mujeres en edad no reproductiva, es relativamente pequeña, aunque creciente. En el mundo iberoamericano, la investigación de Trujillo Barbadillo y Falguera Ríos (2019) sobre las madres lesbianas que acceden a la maternidad a través de las TRHA en España muestra cómo, aún en un contexto de avances legales favorecedores de los derechos sexuales y reproductivos de la comunidad LGBTI (dados por ejemplo en la ley de matrimonio igualitario (2005) y la ley de reproducción humana asistida (2006), persisten escenarios de desigualdad. Por ejemplo, la ley de matrimonio igualitario solo garantiza la filiación con la descendencia a través del vínculo “natural” (lazos biológicos) o “adoptiva”, dejando sin legislar la filiación en aquellos arreglos sexoafectivos no enmarcados dentro del matrimonio. Además, tanto la ley de matrimonio igualitario como la de acceso a las TRHA tuvieron que ser modificadas luego de su promulgación para contemplar la *filiación* de parejas lesbianas, en el primer caso y el *matrimonio* entre mujeres, en el segundo; lo cual también da cuenta de que incluso la sanción de leyes promotoras de los derechos LGTBI puede no agotar las instancias de discriminación legal. Es así que las autoras establecen que “las parejas de lesbianas siguen estando discriminadas en relación con las heterosexuales, al tener que casarse antes de nacer el bebé, algo que estas últimas no necesitan hacer” (2019: 368), lo que a su vez se observa en el requerimiento de documentación adicional (no solicitada a las personas heterosexuales) al momento de inscribir legalmente a la descendencia. Lo anterior es demostrado empíricamente por las entrevistas realizadas por las autoras. Retomando a Spade (2015), las autoras indican que los testimonios sugieren la percepción de una “violencia administrativa” por parte de las lesbianas madres, por ejemplo, la obligatoriedad de casarse para poder inscribir legalmente a sus hijos/as; o la incertidumbre producida entre quienes estaban realizando o planeaban realizar tratamientos reproductivos cuando en 2013 la ministra de salud española, Ana Mato, aprobó un decreto donde se argumentaba que “la ausencia de varón no es un problema médico”, restringiendo de hecho el acceso de las lesbianas a las técnicas reproductivas en el ámbito de la salud pública.

Otros estudios dan cuenta de experiencias similares. Por ejemplo, el trabajo de Álvarez Bernardo (2016) sobre el peso de la heteronormatividad en la conformación familiar de parejas del mismo sexo en España, no solo da cuenta de las restricciones legales para lesbianas y mujeres solteras, que reinciden aún luego

de la sanción de una normativa de TRHA no patologizante, como es el mencionado decreto reinstalando el criterio de infertilidad para la atención en la salud pública; sino que también muestra cómo esa discriminación es concretamente ejercida al interior de las clínicas de fertilidad españolas, por ejemplo, alegando una instrucción de la Comunidad Autónoma respectiva para atender a lesbianas y mujeres solteras. La autora también menciona escenas donde se hace evidente el tratamiento dispar a parejas lésbicas (en comparación con las heterosexuales), por ejemplo, al negarse a realizar una coordinación de la apariencia física de la madre no gestante con las características del donante de semen; un tema cuya sensibilidad para parejas lésbicas ha sido señalado por Herrera (2009).

El estudio de Avilés Hernández y Sánchez Manzanares (2015) sobre madres solas por elección en España concluye resultados similares. Este ilustra cómo para estas mujeres que, luego de una meditada decisión, deciden procrear utilizando TRHA sin estar en ningún vínculo de pareja, el paso por la clínica suele ser difícil. Algunas mujeres relatan, por ejemplo, la imposición de un test psicológico en las clínicas que no es un requisito legal o las recomendaciones provenientes de los médicos que las atendían de que buscaran una pareja. Al igual que en Trujillo Barbadillo y Falguera Ríos (2015), también se menciona la restricción del acceso a TRHA a través de la salud pública española solo a mujeres que tengan un problema médico que les impide concebir, lo cual desde luego supone una discriminación hacia aquellas mujeres que no tienen los recursos económicos para acceder a través del sistema privado.

En un estudio precursor sobre las narrativas familiares de lesbianas en Chile, Florencia Herrera (2009) analizó las barreras sentidas por las parejas lésbicas para acceder a la reproducción asistida en su país. Los testimonios recogidos evidencian no solo las conocidas barreras de tipo económico, sino también la negativa de las clínicas de fertilidad chilenas a asistir a parejas lésbicas. A estas se suman la ausencia total de protección legal para las parejas lésbicas al momento del estudio y la posibilidad real de perder a los/as hijos/as por demandas legales debido a su orientación sexual. Al analizar el sinuoso recorrido de una pareja de lesbianas hacia la maternidad, como la búsqueda de un donante para lograr la concepción y las reacciones del entorno familiar, Herrera da cuenta del gran trabajo de “imaginación y esfuerzo” (2009, 36) que es necesario ejercitar en Chile para convertirse en una lesbiana madre.

Estudios en países centrales donde las TRHA se encuentran ampliamente difundidas, como el de Peterson (2005), mostraron resultados similares. Investigando cuáles eran las principales barreras y justificativos dados por profesionales de salud para limitar el acceso de ciertos grupos a las técnicas reproductivas (mujeres sin pareja, lesbianas, mujeres pobres y mujeres de las que se cuestiona su capacidad para criar descendencia, como mujeres con discapacidades y con-

sideradas mayores) en Australia, Peterson encontró que las principales razones esgrimidas para no brindar los servicios eran la falta de recursos, la ausencia de infertilidad o “preocupaciones sociales” del tipo “va contra la naturaleza”, la poca aceptación social de las familias no convencionales, o que la descendencia de mujeres mayores puede quedar huérfana a una temprana edad. El estudio de Rozental y Malmquist (2015) con mujeres lesbianas en Suecia, donde el acceso a TRHA por parte de este grupo es legal desde 2005, mostró que, pese a que la legislación sueca permite la provisión a lesbianas, son persistentes las asunciones heteronormativas en el ofrecimiento del servicio, que no está adaptado a las necesidades específicas de lesbianas. En consonancia con resultados arriba reseñados, este estudio muestra que, si bien la legalidad de la provisión a lesbianas es un paso insoslayable para la mejora de la oferta médica de TRHA a este grupo, el siguiente paso es eliminar la heteronormatividad aún existente en las instituciones de salud, un punto que ha sido consistentemente resaltado por Peralta (s/f).

Por su parte, basándose en datos secundarios como censos y otros estudios poblacionales, Daar (2013) ha dado cuenta de la persistente discriminación sufrida, pese a los avances realizados hacia un acceso igualitario, por mujeres mayores de cuarenta años, personas con discapacidad, personas con HIV, sin pareja o en parejas del mismo sexo en Estados Unidos. En el estudio de Daar, la principal limitación para el acceso a TRHA por parte de mujeres sin pareja y lesbianas es la discriminación de los proveedores de salud que se niegan a suministrárselos, así como los esfuerzos legislativos para prohibir el acceso por parte de parejas no casadas. Según Daar, la principal barrera para el acceso de *gays* es la legislación local que limita el acceso a la gestación subrogada. Daar también menciona cómo la falta de anonimato —a veces legalmente obligada— de los donantes de esperma, constituye una barrera indirecta para el acceso de mujeres sin pareja y lesbianas, en la medida de que reduce automáticamente la disponibilidad de donantes.

El recorrido anterior por los antecedentes oficia como una verificación indirecta de los resultados de este estudio, considerando que anticipa varias de las actitudes profesionales que, aunque de manera minoritaria, se registraron como barreras para la atención de mujeres sin pareja, en edad no reproductiva y parejas lésbicas. En particular, la argumentación con base en la escasez de recursos para contemplar las necesidades de estos grupos específicos; la justificación de que no hay enfermedad (infertilidad) en esta población sino más bien una necesidad “social” que no tiene por qué ser atendida por la medicina; las dudas respecto de la idoneidad para ejercer la maternidad de las mujeres que quieren hacerlo sin pareja, sobre todo de cara a un posible “egoísmo” o priorización del deseo propio; las ideas respecto de que la concepción, y por tanto, en cierta medida, la crianza, requieren del hombre y la mujer; y las preguntas respecto de una posible temprana orfandad de la descendencia nacida de TRHA aplicados a

mujeres mayores, son tópicos reiterados en los hallazgos de esta investigación. Sin embargo, los antecedentes permiten identificar las diferencias encontradas en el caso de los profesionales aquí indagados, especialmente entre los más jóvenes, en particular en relación con el despliegue de un lenguaje de respeto e inclusión de las disidencias sexuales y de cuestionamiento a la perpetuación de la inequidad en relación con el acceso a TRHA.

Materiales y métodos

Dada la especificidad de la temática y la carencia de investigaciones locales sobre el tema que implicaban un desconocimiento de las barreras y facilitadores existentes en el sistema público de salud de la CABA para la provisión de TRHA, de acuerdo con la LRMA, se realizó un estudio de tipo exploratorio descriptivo. Se implementó una metodología cualitativa que buscó identificar y sistematizar, por un lado, barreras objetivas (estudiadas desde la perspectiva de los y las informantes clave) y, por el otro, actitudes profesionales. Estas actitudes se presentan de manera más o menos explícita en el discurso y las *performances* cotidianas de las personas estudiadas (*cf.* David y Sutton 2004). Este artículo analiza exclusivamente las actitudes profesionales.

El estudio se realizó en un hospital del ámbito de la salud pública de la CABA. La muestra fue de tipo discrecional (seleccionada de acuerdo con los criterios que se consideró aportarían al estudio). Se realizaron 16 entrevistas distribuidas de la siguiente manera:

Profesionales que proveen tratamientos (PRA): 7 ginecólogos/as, 2 andrólogos/as, 1 enfermero/a, 2 embriólogos. Entre estos/as 12 profesionales, 10 corresponden a la clínica y 2 al laboratorio.

Profesionales encargados/as de garantizar las condiciones institucionales de provisión (PCI): 1 personal directivo; 3 personal administrativo.

Los criterios de composición de la muestra fueron, por un lado, el mayor peso institucional que como se ha mostrado (González Santos 2014) adquiere la clínica el área de laboratorio en los servicios de reproducción asistida. Por otro, en tanto el área clínica de las TRHA suele estar conformada por una predominancia de ginecólogos/as, seguidos con una diferencia de la mitad o menos por los/as andrólogos, se decidió conservar esta diferencia en la muestra. Esta predominancia es resultado del hecho de que la mayor parte de los procedimientos médicos se realizan en las mujeres (Sommer 1993; Garay 2008). Cada potencial entrevistado fue aproximado/a durante las horas de servicio para establecer si era PRA o PCI. Fueron entrevistados quienes aceptaron participar y firmaron un formulario de consentimiento informado. Se garantizó el anonimato de los/as entrevistados/as. Este estudio contó con la aprobación de un Comité de Ética.

La totalidad de las entrevistas fueron transcritas y codificadas utilizando *software* especializado de análisis cualitativo. Se crearon 46 códigos de análisis, la mayoría de ellos obedeciendo lo establecido en los objetivos específicos. Se crearon también códigos para temas emergentes. El análisis del carácter “barre-ra” o “facilitador” fue realizado sobre este material sin ayuda de *software*.

La Ley Argentina: contexto y limitaciones

Como se indicó en la introducción, la LRMA sancionada en 2013 tiene un carácter fuertemente progresista en lo relativo a la política reproductiva y sexual, dado especialmente en la no limitación del acceso a las TRHA a través de requerimientos como la orientación sexual, la edad⁵ y el estado conyugal. Este carácter debe ser entendido en el marco de otras innovaciones legislativas que se dieron en Argentina durante la misma época, particularmente los tres gobiernos consecutivos a la crisis financiera y social de 2001: el de Néstor Kirchner (2003-2007) y los de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011 y 2007-2015). Durante este periodo, Argentina implementó políticas de promoción de los derechos de género, sexuales y reproductivos, algunas de ellas inusitadas para la región, rompiendo la hegemonía de la jerarquía católica conservadora que se opuso sistemáticamente a ellas (Pecheny, Jones y Ariza 2016). Las parejas del mismo sexo tienen los mismos derechos y obligaciones que las heterosexuales desde la sanción en 2010 de la Ley de Matrimonio Igualitario. En 2012 se aprobó la Ley de Identidad de Género, que permite a las personas modificar su nombre y apellido y acceder a las modificaciones corporales de acuerdo con su identidad de género autodefinida, sin mediación de evaluación médica y/o psicológica sino solo con su propio consentimiento.

A pesar de los avances que decididamente plantea, la Ley y su reglamentación dejaron sin definir aspectos importantes de su implementación (Ariza 2016b), relegando nuevamente (como durante los casi treinta años durante los cuales las TRHA fueron provistas sin legislación específica) las decisiones más arduas a la autoridad médica. En este sentido, un aspecto importante que quedó sin clarificar fue el de cuáles son las previsiones específicas para el acceso a TRHA por parte de *gays*, en tanto tal garantía (expresada en la ausencia de limitación al acceso basada en la orientación sexual) debería articularse necesariamente con la de la

⁵ En 2018, cinco años después de la sanción de LRMA, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una reglamentación complementaria en la cual restringía la cobertura de acceso a las TRHA a los 44 años para mujeres que realizasen tratamiento con óvulos propios y hasta los 51 cuando se usen óvulos donados. Sin embargo, esta reglamentación tuvo lugar con posterioridad a la realización de este estudio, por lo que no se tomaron en cuenta los límites etarios en el diseño del mismo y análisis de sus resultados.

gestación subrogada.⁶ Al no aprobarse la gestación por subrogación en el CCyC, la LRMA ha quedado atravesada por la contradicción de garantizar el derecho el acceso a las TRHA a todas las personas con independencia de su orientación sexual, cuando un acceso de hecho por parte de algunos sujetos supondría necesariamente la legalidad de la gestación por subrogación.

De igual manera, la Ley no incluyó entre la ausencia de requerimientos para el acceso a las TRHA el de la coincidencia entre la identidad de género autodefinida y el sexo otorgado al nacer. Así, no estipuló explícitamente el acceso de las personas trans. Esta falencia resulta lamentable y llamativa en la medida de que al momento de sancionarse la LRMA se encontraba ya aprobada la Ley de Identidad de Género.

Por último, la LRMA tampoco definió un aspecto crucial de su implementación en lo relativo al acceso por parte de parejas del mismo sexo y mujeres sin pareja, como es el funcionamiento de un banco central de donantes y sus características (especialmente en lo relativo a su potencial gratuidad, tratamiento del anonimato, funcionamiento de los consentimientos informados, etc.).⁷

Resultados

Actitudes sobre la provisión de tratamientos con gametos donados

Si bien la mayoría de los/as entrevistados/as estuvo muy de acuerdo con la provisión de tratamientos de baja y alta complejidad con gametos propios, la cuestión de la donación de gametos y de embriones no suscitó la misma aceptación general. Cabe destacar que el hospital no proveía al momento de la investigación este tipo de tratamientos, debido principalmente a las que son percibidas como dificultades logísticas (reclutamiento de donantes, evaluación de muestras y donantes, infraestructura de almacenamiento, entre otras), legales (estatus del material donado, consentimientos) y bioéticas (consideraciones sobre el derecho a la identidad y compensación económica, entre otras) que supondría la implementación de un servicio de este tipo. Esto es particularmente importante considerando que la LRMA y su reglamentación garantizan explícitamente el acceso a

6 El debate alrededor de esta forma de concepción se dio en Argentina con motivo de la discusión del nuevo CCyC que sustituyó al código anterior de 1871. La subrogación de vientre fue uno de los puntos que no obtuvo consenso para su inclusión en la nueva versión del Código. Sin embargo, tampoco está expresamente prohibida, con lo cual es posible realizarla, aunque no existan previsiones legales sobre cómo llevarla a cabo. En Argentina, la subrogación se realiza con arreglos privados entre las partes, sean estos rubricados o no por alguna formulación legal.

7 La mayoría de las falencias definicionales de la Ley fueron puntualizadas por una solicitud de sanción de una normativa que hace al uso de TRHA, enviada al Congreso de la Nación por la organización LGBTIQ 100% Diversidad y Derechos, y recuperadas en Landeira (2015).

las TRHA a personas y parejas que necesiten donación de gametos, así como al hecho de que el hospital pertenece al ámbito de la salud pública, asistiendo por lo tanto a grupos que no pueden acceder a las TRHA de otra manera.

En el caso de la donación de gametos, en casi todas las clínicas privadas que operan en el país, este servicio se encuentra implementado a través de un sistema de compensación económica. En función de estos antecedentes y de la aversión cultural reconocida en ciertas partes del mundo occidental a *pagar* por una parte corporal (Almeling 2007; Fourcade 2009; Rabinow 1999) se registraron entre la mayoría de los/as profesionales entrevistados/as ciertas dudas respecto del desarrollo en el ámbito público de un servicio de donación económicamente compensado. Esta actitud se halló incluso entre aquellos/as que mostraron ninguna o poca incomodidad con la realización de donación de gametos y/o de embriones como tal. Por ejemplo, un profesional indicó:

I: ¿Y respecto a la donación de embriones?

E4: Eso ya me parece un poco más, que sí, tendría que estar como súper... (...) *Como súper reglamentado*, sí, eso me parece que...

I: ¿Por una ley...?

E4: Sí, con una ley y un montón de *ítems* porque ya se están manipulando los embriones y me parece que no es... es muy delicado eso ya, *es muy delicado. Tendría que haber como diferentes normas* como para... *para que no se comercialice* más que nada.

I: ¿Eso debería regularse?

E4: Me parece que sí. *Porque si no, yo dono un embrión y te lo vendo, no está bueno eso.*

I: ¿Y eso sería como un riesgo de la donación de embriones?

E4: Me parece que sí, de las dos cosas. De la donación de óvulos también porque a las pacientes les pagan por donarlos. No es que gratuitamente, porque son generosas y se ponen en los zapatos de la otra paciente lo hacen. Me parece que eso habría que regularlo (PRA, énfasis agregado).

En estos extractos, se muestra la desconfianza, o directa aversión, de los/as profesionales respecto de la implementación de un sistema de compensación económica para el intercambio de óvulos, esperma y embriones en el ámbito de la salud pública, especialmente dada la posibilidad de que tal sistema se afiance en tanto esquema de “compra” o “venta”. Por esta razón, estos/as profesionales consideran que sería importante regular en detalle este intercambio, aludiendo implícitamente a las fallas en la legislación actual sobre este punto. En la misma dirección, otros participantes aludieron a la normativa extranjera para explicar la dificultad inherente a legislar sobre esta práctica médica, la cual fue descrita como un “tema discutible”, prohibida o ampliamente aceptada dependiendo de los diferentes países:

E14: La donación de gametos es un tema discutible. Yo he recorrido varios países del mundo donde en algunos está ampliamente aceptado y hay otros países, con criterios también con esto de la vulnerabilidad de la mujer, donde está cuestionado y está prohibido, por ejemplo, en Alemania está prohibido, en Noruega está prohibido. ¿Por qué? Se utiliza el mismo criterio (que en la subrogación de vientre), las mujeres habitualmente no donan, la mayoría son pagas, que está bien que sean pagas obviamente porque la mujer es sometida... pero no es la manera de ganarse la vida y lamentablemente...

I: ¿Le parece que sería deseable que hubiera un servicio de donación de gametos en este hospital?

E14: Si es altruista y sin mediar un solo peso, podría haber un centro (...) (PRA).

Al mismo tiempo, dada la progresiva consolidación de los sistemas de compensación económica de los gametos en el ámbito privado, la mayoría de los/as participantes de esta investigación consideraron que sería muy difícil implementar un servicio de donación de óvulos o embriones regido por el principio del altruismo (sin intercambio monetario). En esto, señalan igualmente las fallencias de la Ley 26.862. Dos profesionales indicaron:

E6: (...) no hay (en Argentina) ningún (banco) que sea de acceso universal. O sea, básicamente todos son pagos.

E5: Aparte se plantea (en la Ley) que debería ser el banco sin ningún fin de lucro. Poco factible.

E6: Lo de la donación la verdad que es un tema bastante álgido, es uno de los grises más grises de todo lo que es la ley

E5: (...) no tenemos forma de hacerlo ¿dónde conseguimos un óvulo donado gratuito o un embrión donado gratuito? (PRA).

En conjunto, estos testimonios muestran que para varios/as entrevistados/as existen aspectos bioéticos, normativos y logísticos de la donación de gametos y embriones (régimen de propiedad, confidencialidad, evaluación médica de los/as donantes, “competencia” con el sistema de retribución económica) que suponen una gran complejidad, por lo que evalúan como difícil la implementación de tal servicio en el mediano plazo en el ámbito público:

E5: Necesitás un programa de ovodonación (...) Reclutar donantes, evaluarlas... una evaluación enorme de las donantes. Aparte hay una cuestión ética muy importante que es el tema de la confianza plena. Porque si la donante tiene una enfermedad y la trasmite, vos sos responsable. Entonces, parte de eso, es complicado (PRA).

Sin embargo, pese a estos reparos, resalta también que hubo profesionales que consideraron, de manera espontánea o frente a la pregunta explícita, que sería deseable que hubiese un servicio de donación de gametos en el hospital, observándolo de manera positiva y desde un punto de vista “humano”. Si bien en varios casos estas actitudes no parecían ser manifestadas haciendo eco de demandas y la formulación de un discurso que defiende y promueva positivamente los derechos de las disidencias sexuales, sí daba cuenta de una noción de las limitaciones encontradas para la realización del espíritu democrático y no patologizante de la Ley. Un/a profesional dijo:

I: Acá no hay donación de gametos, entonces, para que esas parejas (del mismo sexo) pudieran acceder tendría que haber un banco o algún sistema de donación (...)

E1: Sí, no me parece mal (...) Sí. Como que uno se tiene que *poner de ese lado humano*, independientemente de lo que uno... si está de acuerdo o no. Entonces, no me parece que... no me parece mal que... que tengan acceso más fácil, digamos (Énfasis agregado, PRA).

Por último, para unos/as pocos/as entrevistados/as, además, la donación de embriones permitiría dar una solución al problema de los embriones criopreservados que son producidos *in vitro* pero que no son transferidos a la mujer para evitar embarazos múltiples, acumulándose sin destino en las clínicas de fertilidad. Por caso:

E6: Y lo que uno quisiera es poder donarlos porque desde el momento en que podés donar espermatozoides y óvulos (...) sí hay todo un reparo ético, pero deberían... o sea, sería tan fácil hacer una donación de embriones, y sería tanto más económico para la gente hacer una simple transferencia y pagar nada más que la transferencia, en vez de pagar... (PRA).

Si bien en este caso también se reconoce la cuestión “ética” (que se refiere al pago), esta emerge atravesada por una visión sobre la eficiencia de los tratamientos (aprovechamiento de recursos) que está a la vez concernida con la ampliación del acceso a las y los sujetos definidos en la LRMA. Se considera así que la donación de embriones serviría para bajar los costos de otros tratamientos y así, en última instancia, incrementar las posibilidades de tratamiento de determinados grupos de personas que no se podían garantizar en el hospital al momento de la realización del estudio. Al respecto, cabe problematizar el sustrato heteronormativo que subyace a esta forma de abordar la cuestión de la equidad de acceso, en tanto pareciera que los grupos que necesitan donación de gametos podrían contentarse con embriones que han sido donados por otras parejas

y en ello renunciar, por ejemplo, a la continuidad biológica que puede garantizarse, para el caso de lesbianas o mujeres sin pareja, con la donación de óvulos.

Actitudes frente al acceso de mujeres sin pareja, parejas del mismo sexo y mujeres en edad no reproductiva

Para el acceso de los/as beneficiarios/as estipulados/as por la LRMA al tratamiento, es necesario contar con un servicio de donación de gametos o embriones, el cual no se proveía en el hospital al momento del estudio. A pesar de no contar con este servicio, los/as participantes fueron consultados/as sobre la posibilidad de que el hospital proveyera eventualmente asistencia reproductiva a los sujetos definidos por la Ley. A continuación se detallan sus respuestas:

Acceso por parte de mujeres sin pareja

Los/as participantes de esta investigación mostraron en general una apropiación retórica y práctica del carácter inclusivo de la ley de cobertura del tratamiento de mujeres sin pareja. En algunas ocasiones, se utilizó la experiencia personal para acordar y desestigmatizar la crianza de madre sin pareja:

- I: Y por ejemplo ¿qué te parece que mujeres solas accedan, que no estén en pareja?
E3: No me parece mal. No me parece mal porque yo soy hija de madre... padres separados y mi mamá fue madre y padre, y creo, considero que soy una excelente persona (PCI).

En otros casos, de manera semejante a lo hallado por Ariza (2010, 2014b) y otras autoras como Johnson (2020c) que han indagado en las experiencias de mujeres cis heterosexuales y sus encuentros con la infertilidad, los y las profesionales argumentaron en términos del peso del “instinto”, el “deseo” y la “necesidad” como origen de la búsqueda reproductiva de esas mujeres. Resulta interesante constatar que la apelación al “deseo” y “el instinto” esté presente no solo en las historias de mujeres que usan TRHA, sino también en las de profesionales que las proveen, lo cual habla de la prevalencia de estas retóricas sobre la maternidad en la sociedad argentina actual:

- E3: La realidad es que desde, me parece, la psicología, no es necesario que esté el padre, sino que la figura paterna también se la puede dar la madre. Pero es como que, y por ahí pongo un poco de lo mío, *me conmueve* un poco más ver esto, que una mujer que quiere tener un hijo y quiere tener un hijo y vos ves que hace, no le importa si no tiene un padre (...) O sea, lo hace por... *es su instinto, es la necesidad, es el deseo y es muy fuerte*. Entonces, me parece que lo hace con, desde el amor, digamos, entonces

es otra cosa. Entonces sí ¿por qué le van a negar la posibilidad? (PRA, énfasis agregado).

I: ¿Y en términos, por ejemplo, del acceso de mujeres solas, que también es algo que la Ley plantea?

E11: (...) me parece que acá pasa por una cuestión del deseo de las personas, y la cuestión, obviamente, de tener un hijo... (PCI).

En una mayoría de entrevistados/as se observó una actitud liberal de “respeto” hacia la opción de la búsqueda de maternidad sin pareja. Aunque en estos casos no se use en general el lenguaje de los derechos para describir el sustrato legal que garantizaría tal acceso, lo cierto es que varios/as participantes, especialmente los/as más jóvenes, reconocen las transformaciones culturales que están haciendo más visibles la diversidad de arreglos familiares en Argentina y se posicionan así proclives al reconocimiento de la autonomía y el respeto a la diferencia de aquellas personas que deciden procrear en el marco de una organización menos tradicional. Esta idea del respeto a la diversidad familiar puede estar presente incluso aunque se planteen dudas sobre la disponibilidad de recursos públicos y/o sobre las dificultades de la maternidad para mujeres solas. El carácter liberal de estos comentarios salta a la vista en tanto se rehúye la posibilidad de “opinar” sobre la “condición” del/a otro/a, poniendo de manifiesto una concepción sobre la esfera individual de las opciones de vida como algo privado, alejado del escrutinio público. Algunos/as entrevistados/as dijeron, por ejemplo:

I: Bien. ¿Y en el caso de mujeres solas?

E8: Tampoco lo veo mal, pero bueno, ahí tendría (...) también tenés que tener los medios para mantenerlo (...) Pero bueno, *es respetable la decisión de cada uno* (Énfasis agregado) (PCI).

Un conjunto menor de participantes, sin embargo, se posiciona como menos conforme con la inclusión en la LRMA de las maternidades sin pareja. Un tipo de razonamiento para justificar esta posición tuvo que ver con la retórica del “egoísmo”, donde primaría el deseo de la madre por sobre el bienestar de la descendencia. Estos testimonios también permiten observar lo que otros estudios anteriores han mostrado respecto a cómo las TRHA suponen una reflexividad sobre las prácticas de mater/paternidad que está ausente de la reproducción sin ayuda técnica y en este sentido generan preguntas, por ejemplo, por el rol paterno, que suelen ser menos culturalmente acuciantes en la concepción sin mediación tecnológica. Asimismo, estos relatos muestran que el modelo de pareja que tenían en mente varios/as de los/as entrevistados/as, incluso aque-

llos/as que se mostraron de acuerdo con proveer tratamientos a personas del mismo sexo, era la pareja cis heterosexual:

E8: (...) también tenés que tener los medios para mantenerlo. También depende en qué situación estás sola, sola, porque el día de mañana no estás, dejás un chico solo (...) esa necesidad de que necesitás sentirte mamá y bueno, a veces ahí juega un poco el egoísmo y pensás solo en vos (PCI).

I: ¿Y qué opinión te merece que accedan mujeres sin pareja?

E14: Es un tema discutible (...) quizás una mujer que quiera tener un hijo sola puede ser, es discutible, si no es un grado de egoísmo. Hay muchos chicos que necesitan una adopción y eso quizás yo lo encararía más por ese lado (PRA).

En otros casos, se consideró que el acceso a las TRHA por parte de mujeres sin pareja entraba en jaque con la administración de recursos públicos de salud que son escasos. Aquí se consideró de una manera inversa la cuestión del “deseo” de ser madre, argumentando que un sistema público de salud no debe usarse para satisfacer deseos personales:

I: La ley plantea otras cuestiones, como por ejemplo que no plantea ningún límite de acceso a mujeres sin pareja. ¿Qué opinión te merece ese aspecto de la ley?

E10: Mirá claro ahí es difícil viste, (...) no creo que se haga un daño a la sociedad (...) lo que uno puede cuestionar es o no es una enfermedad, es una persona que no encontró pareja y que quiere tener un hijo de todos modos, entonces eso es lo que uno podría cuestionar, no es una enfermedad porque toda la sociedad tiene que cubrir un deseo de esta persona o sea eso podría ser cuestionable (...) En cuanto a los recursos, digamos en cuanto a que todos tenemos que cubrir esta necesidad emocional biológica (...) que tiene esa persona (PRA).

Acceso por parte de parejas del mismo sexo

En general, los/as entrevistados/as mostraron actitudes positivas respecto de la atención a parejas lésbicas. A veces estos posicionamientos favorables se basaron en reconocimientos genéricos de la “diversidad”, frecuentemente argumentados a través del recurso al amor materno y paterno, y la priorización del bienestar de la descendencia y de la idea de pareja por encima de la idea de mater/paternar en soledad, así como, nuevamente, la idealización del *deseo* y el sacrificio de quienes buscan procrear pese a todas las adversidades:

I: ¿Qué opinión le merece que se hagan tratamientos en parejas del mismo sexo?

E8: No, o sea, si están bien constituidos y el afecto que le van a brindar a la persona que van a traer a la vida, está bien. Siempre y cuando un hijo sea deseado y después

se lo crie con amor, o sea, no le veo... no lo veo mal (PCI).

E1: No me parece mal que el hospital lo tenga. Porque independientemente de lo que uno opine, digamos, como opinión personal, yo creo que... es como decimos siempre, bueno, yo digo siempre, ¿no? Me enseñaron acá que contra el deseo de tener un hijo no hay nada (...) la realidad es que es un deseo muy fuerte, entonces, cuando lo ves de ese lado, independientemente de si es una pareja heterosexual, homosexual, cuando ves que es el deseo tan fuerte es como que... (PRA).

E15: Y de ambos sexos, también, mientras los hijos estén bien y los puedan criar lo mejor posible (PCI).

E3: De hecho, Florencia de la V y el marido no me molestan, me parece que llevan una vida excelente como pareja, familia, los hijos me parece que están totalmente sanos (PCI).

Aunque en muchos de estos casos la visión positiva respecto del uso de TRHA por parte de parejas del mismo sexo no es expresada explícitamente en términos del *derecho* a la mater/paternidad, se observa en estos testimonios un reconocimiento de los avances culturales y legislativos recientes, a través de los cuales se ha acrecentado el acceso a derechos antes negados a *gays*, lesbianas y personas trans. Desde esta perspectiva se reclama, incluso, una mayor sistematicidad y coherencia entre los diferentes elementos del entramado legal del país, como la inclusión la posibilidad de adoptar para parejas del mismo sexo en la “ley de adopción”:

E4: Con respecto a la orientación sexual y todo eso, a mí me parece que... es más, la ley de adopción también tendría que ser como más amplia en ese sentido. Si dejamos que se casen tenemos que dejar que formen su familia también (PRA).

E13: Por ejemplo en parejas del mismo sexo, ¿sí? Que a lo mejor necesitan un banco de semen. Y en el ámbito de lo público no hay ningún banco de semen (...) entonces, ahí, estamos creando una dificultad insalvable (PRA).

Entre otros/as participantes se observaron, sin embargo, argumentaciones que, si bien estaban en términos generales a favor del acceso de parejas del mismo sexo, apelaban a nociones de corte psicologista y biologicista, que en última instancia operaban como ejes de dubitación respecto de un acompañamiento pleno de la idea de acceso por parte de parejas del mismo sexo:

E3: Podrán criarlo una pareja *gay*, pero la verdad que no... te vuelvo a repetir, no tengo... no me disgusta, pero siempre vamos a lo mismo, ¿quién nació primero: el huevo o la gallina? Vos para generar un ser humano necesitás un esperma y un óvulo, eso está más que claro. Entonces, yo siento como que se está anulando una u otra parte

(...) por más que seas una pareja de lesbianas, vas a necesitar un esperma (PCI).

E2: En realidad ya sería una cuestión personal, digamos, a ver qué me parece que una pareja homosexual con hijos. Yo creo que tienen los mismos derechos, que tienen la posibilidad que cualquier otra, que tiene cualquier otra pareja para poder llevar a cabo un tratamiento. Ahora, me parece que es un tema, por ahí, que escapa a mis conocimientos en... tiene que ver más con un tema psicológico, por ahí, que desconozco y es un terreno tal vez en el cual no me quiero meter por ignorancia del desarrollo de esta persona al nacer con dos padres o dos madres (PRA).

Algunos pocos profesionales, sin embargo, especialmente los de más edad, argumentaron su rechazo al acceso por parte de parejas del mismo sexo en términos de recursos escasos, considerando que la atención de parejas del mismo sexo no era una prioridad de salud pública. Se reiteró aquí la ya mencionada dicotomía patología vs estilo o elección de vida, o deseo individual como ejemplo particular del más amplio binomio biológico/social. De esta forma, se hicieron caer los derechos unívocamente solo del lado de quienes se encuentran afectados físicamente y no del de quienes —sin tener una patología— necesitan acceder a las TRHA por otras razones (por ejemplo, por su orientación sexual). En esto, sus argumentos fueron semejantes a los utilizados para discordar con el acceso de mujeres sin pareja:

E14: Yo personalmente no hago eso (atender a parejas del mismo sexo) (...) Porque yo creo que (no) es un problema de esterilidad, es un problema que surge de la relación, es un problema social (...) Es estar sacándole dinero a *pool* de la salud pública donde sabemos que hay gente con muchísimas dificultades para pagarse un tratamiento de una quimioterapia, una cirugía cardíaca o diversas, para algo que no es de vida o muerte (PRA).

Acceso por parte de mujeres en edad biológica no reproductiva

En cuanto a las actitudes profesionales de los y las entrevistados/as sobre la ausencia de restricción normativa a la edad máxima con la que las pacientes mujeres cis pueden acceder a los tratamientos, se observó un homogéneo consenso respecto de la inconveniencia de la Ley en este punto. Así, todos/as los/as participantes expresaron una contradicción entre el texto de la Ley (que en el momento de realización del estudio no limitaba el acceso por máximo de edad)⁸ y las posibilidades biológicas de embarazarse de una mujer cis (para quien disminu-

8 Recuérdese que en el año 2018 el Ministerio de Salud reglamentó la edad de acceso con óvulos propios hasta los 44 años.

yen marcadamente las chances de embarazo con sus propios óvulos luego de los 42-43 años). Por ejemplo, se aludió al “límite natural” (E9), “la cuestión biológica” (E16) y el “reloj biológico” (E2) para referir a la drástica reducción de la fertilidad femenina luego de esta edad. Esta contradicción entre la Ley y lo biológico, que reedita el arquetípico contraste entre cultura y naturaleza, se percibe como no saldada en el ámbito de la salud pública, en tanto la Ley poco hacía para definir las condiciones de implementación de un banco de óvulos, única estrategia médica posible para dar respuesta a la culminación de la capacidad reproductiva de las mujeres más allá de los 42 años. Implícita en estos testimonios estaba la demanda por una mayor precisión legislativa respecto a qué tipos de tratamientos serán cubiertos por el sistema de salud para una mujer mayor de 42 años (paradigmáticamente: si estos incluyen o no la donación de óvulos); demanda que tuvo respuesta en 2018 con la sanción de una reglamentación adicional sobre la cobertura de acceso y la edad.

En el marco de estas contradicciones, la gran mayoría de los/as entrevistados/as argumentó en términos de malgasto de recursos la no aplicación de un límite máximo de edad en la cobertura de los tratamientos garantizados por la Ley:

E16: (...) creo que habría que ajustar para no malgastar recursos, porque a veces uno, digamos, sabe que hay pacientes que no pueden a cualquier edad acceder a tener éxito con el tratamiento (...) la medicación es muy cara, todo es muy caro, los insumos del laboratorio (...) hay pautas médicas como para saber qué gente va a andar bien, va a tener éxito y qué gente no (PRA).

E5: Que el Estado gaste en una mujer de 45 años en una estimulación para ver que la probabilidad de embarazo es del 1% parece que no es lógico (...) Y la realidad también es que si vos estimulás a una mujer, todo ese gasto y no conseguiste óvulos, es un gasto para el Estado (PRA).

E7: Porque, por ejemplo, hay gente que por ahí tiene más de cuarenta años y ya es un caso como para ovodonación y el hecho de que la obra social lo cubra, a veces, por ahí, quieren intentar algo. Me parece bien, pero es como un gasto también económico que (...) puede ser que la gente mayor de cuarenta y dos años se embarace, pero son muy pocos los casos (PRA).

A su vez, muchos/as de los/las participantes manifestaron sentirse incómodos/as con la ausencia de un límite máximo de edad debido a que genera “falsas esperanzas” en los/as pacientes (E16), así como “sensaciones de impotencia” (E12), “enojos” (E15, E16) y un sentido de derecho al acceso que no puede ser acompañado desde la oferta médica (E13).

Por último, algunos otros participantes criticaron la ausencia de un límite máximo de edad para acceder a las TRHA debido a consideraciones sobre la ex-

pectativa de vida y la diferencia de años con la progenie por estos medios concebida:

E9: Éticamente, se considera que todos los centros no deberían hacer tratamientos de ovodonación a mujeres mayores de cincuenta años, teniendo en cuenta la expectativa de vida y si vas a poder cuidar... (PRA).

E3: Porque tenés que ver la calidad de vida que le podés dar a la persona, si vas a estar (...) Yo cuando tuve al nene, él tiene tres años y yo tengo cuarenta y uno, yo muchas veces pienso si voy a llegar a cuando él se case (...) Te puede tocar a los veinte, te puede tocar a los cincuenta, pero a veces uno tiene un promedio (PCI).

E15: (...) después te ponés a pensar así: “uh, pero cuando la señora tenga cincuenta, ¿el nenito cuánto va a tener?” (PCI)

Discusión y conclusiones

Los resultados presentados muestran cierta renuencia de los/as entrevistados/as frente a la provisión de tratamientos con donación de gametos y embriones. Esta es percibida en general con cierto resquemor, que emerge especialmente en torno a la cuestión del carácter monetariamente retribuido de las muestras. Otros focos de incertidumbre son la cuestión legal y la bioética, en tanto se mencionan las problemáticas específicas relativas al anonimato de las muestras, el derecho a la identidad del nacido/a a conocer su origen genético y la salud de las personas que donan. Al mismo tiempo, se considera que la donación de gametos y embriones sería una buena solución para las garantías otorgadas en la Ley al acceso a TRHA para mujeres sin pareja, lesbianas y mujeres que ya pasaron su periodo fértil, a la vez que desde una mirada “eficientista” permitiría bajar costos y disminuir la utilización de recursos humanos y materiales en la provisión de tratamientos de determinados grupos de personas. Sin embargo, cabría problematizar en qué medida la donación de embriones, que no irrumpe la continuidad biológica con (al menos una de) las madres, es deseada por parte de estos colectivos.

Asimismo, entre los/as participantes de esta investigación existe un alto acuerdo con el acceso a TRHA por parte de mujeres sin pareja y lesbianas. Este acuerdo indica, en cierta manera, una sintonía entre las garantías otorgadas por la Ley y un reconocimiento de los postergados derechos a la maternidad de estos grupos sociales. Aunque no siempre la argumentación de estos/as profesionales utilice un lenguaje *de derechos*, prefiriendo por el contrario la movilización de una “simpatía”, un “respeto” o una “conmoción”, se trata de una visión —de la que se sienten partícipes— sobre una sociedad en transformación, que evoluciona hacia esquemas necesariamente más propiciatorios de la equidad efectiva de co-

lectivos antes postergados, así como del reconocimiento de la mater/paternidad como un derecho. Característico de los/as participantes más jóvenes, en oposición a aquellos mayores de cincuenta años, quienes en general se mostraron reticentes a esta ampliación de derechos, el acuerdo con el acceso a TRHA de estos grupos toma la forma incluso, en algunos pocos casos, de una demanda por aquellos aspectos de la ley que quedaron poco definidos, como el acceso de varones cis *gays* y las formalidades de la donación de gametos y embriones.

Por otra parte, se destaca también la emergencia de la dicotomía naturaleza/cultura como esquema estructurante de los relatos de los/as participantes; un dualismo que está en el origen de la reflexión antropológica sobre las TRHA (Strathern 1992; Edwards 2000). Este binomio se vio aparecer de manera más fuerte en la oposición trazada entre “patología” (enfermedad, asociada con el cuerpo y físicamente localizable) y la “elección de vida” o “problema social”, y se usó en los argumentos menos progresistas para problematizar el hecho de que la Ley garantizase la cobertura de los tratamientos a mujeres solas o a parejas del mismo sexo (cuya necesidad no es patología). Otra manera en la que emergió la oposición entre naturaleza y cultura fue la sensación de una contradicción entre el conocido límite de la época fértil de la mujer cis hacia los 42 años de edad y una ausencia de restricción, en el plano del derecho, respecto de un límite etario máximo para el acceso a las TRHA. Sin embargo, el binomio naturaleza/cultura se vio emerger también en la forma de continuidad entre el primero y el segundo término, particularmente en la argumentación de que para engendrar “se necesita un óvulo y un esperma”, y la asunción semi implícita de que el orden social (la familia) debería mejor replicar aquel orden natural (el óvulo junto con el esperma).

Los resultados de este estudio permiten recuperar y ampliar los antecedentes. Por ejemplo, mientras un conjunto de trabajos previos ha insistido sobre todo en las *barreras* encontradas por las poblaciones cuyo acceso a TRHA no está definido (solamente) por su condición de infertilidad, este estudio permite ver el impacto y la interacción, en general virtuosa, entre los avances legales y la implementación concreta de estos avances. En este sentido, permite considerar cómo el marco normativo que desde 2013 rige en Argentina el acceso a las TRHA de manera no patologizante, ocasiona una reflexividad en relación con la propia práctica médica y la forma en que están organizados los servicios, produciendo en muchos casos una crítica a la misma.

Estas valencias positivas otorgadas al acceso a TRHA por parte de los sujetos definidos en la LRMA dan cuenta de una concepción progresista de la tecnología reproductiva, donde esta es considerada un medio para la mejora del acceso a derechos. Sin embargo, mientras que en muchos casos no se aludió explícitamente a una retórica de “derechos”, las conversaciones mantenidas con los/as

participantes de la investigación sí son indicativas también de que en estos profesionales está presente una idea de justicia que no siempre se alinea con el aspecto legal. Por ejemplo, la Ley puede no establecer restricciones de acceso a los varones *gays*, pero la ausencia de la subrogación en el CCyC supone una injusticia que no es captada en el carácter no patologizante de la Ley. A su vez, tanto en los relatos que enarbolan principios de igualdad y que por lo tanto demandan la *profundización* de los aspectos no patologizantes de la Ley, así como en aquellos relatos que por el contrario, basándose en un entendimiento reducido de las TRHA en el ámbito público como prioritariamente orientadas a resolver una enfermedad, es posible observar de manera crítica la distancia entre el encuadre normativo basado en los derechos humanos y su aplicación efectiva. Como parte de una cultura tecnológica y cívica más amplia, la búsqueda de un posicionamiento por parte de los/as entrevistados/as habla de la relevancia que tendría la generación de instancias plurales y más amplias donde los contornos de lo deseable socialmente en torno a las TRHA pudiera ser discutido en mayor profundidad, en la búsqueda de consensos entre vastos sectores. Un objetivo aún no cumplido en Argentina. ■

Referencias

- Alaniz, Rocío. 2020. Consideraciones en el trabajo de recepción de gametos con parejas igualitarias. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria a la donación de óvulo y esperma*. Buenos Aires: Teseo, 101-114.
- Almeida, G. y D. Murta. 2013. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 14: 380-407.
- Almeling, Rene. 2007. Selling genes, selling gender: egg agencies, sperm banks, and the medical market in genetic material. *American Sociological Review*, 72 (3): 319-340.
- Álvarez Bernardo, Gloria. 2016. El peso de la heteronormatividad en las familias del mismo sexo. En *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género*. Sevilla, España: SIEMUS.
- Ariza, Lucía. 2010. La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisivos acerca del recurso a la reproducción asistida en parejas infértiles de Buenos Aires. *Eä Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology*, 2(1): 1-46.
- Ariza, Lucía. 2011. "Dar vida": en torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad. En Karina Felitti (ed.), *Madre no hay una sola*. Ex-

- perencias de maternidad en la Argentina actual*. Buenos Aires: Ciccus, 73-91.
- Ariza, Lucía. 2012. La «coordinación fenotípica» en los tratamientos de reproducción asistida: parentesco, inscripción e interacción humana/no humana. En Rebeca Ibáñez Martín y Eulalia Pérez Sedeño (eds.), *Cuerpos y diferencias*. Madrid: Plaza y Valdes.
- Ariza, Lucía. 2012. Gestión poblacional del parentesco y normatividad: la producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida. En Daniel Jones, Carlos Figari y Sara Barrón López (eds.), *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos, 127-146.
- Ariza, Lucía. 2013. *The normativity of nature: morality, variability and kinship in the gamete exchange, sociology*. Londres: Goldsmiths.
- Ariza, Lucía. 2014. Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu (eds.), *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUDEM, 173-206.
- Ariza, Lucía. 2015. Keeping up appearances in the Argentine fertility clinic: making kinship visible through race in donor conception. *Tecnoscienza. Italian Journal of Science & Technology Studies*, 6(1): 5-31.
- Ariza, Lucía. 2016a. “No pagarás”: el consentimiento informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27(52): 87-115.
- Ariza, Lucía. 2016b. Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*, 12(3): 361-382.
- Ariza, Lucía y Micaela Libson. 2011. Biología, maternidad y derechos. Experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la procreación asistida. En Rosa N. Geldstein y Marta L. Schufer (eds.), *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: UNFPA/Biblos, 317-351.
- Avilés Hernández, Manuela y Arancha Sánchez Manzanares. 2015. ¡Quiero ser madre! Las técnicas de reproducción asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 10: 258-282.
- Bacin, Gabriela y Florencia Gemetro. 2011. Comaternidad: experiencias, autodefiniciones y derechos. En Karina Felitti (ed.), *Madre no hay una sola: Experiencias de maternidad en la Argentina actual*. Buenos Aires: Ciccus, 93-109.
- Bestard Camps, Joan. 2004. *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Calise, Santiago Gabriel. 2011. El derecho observando a los embriones: el caso argentino. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 29: 1-21.
- Chardón, Estela. 2020. Aspectos psicosociales de la donación de gametos. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria de la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo, 17-34.
- Cosse, Isabella. 2007. Ilegitimidades de origen y vulnerabilidad en la Argentina de mediados del siglo XX. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 1: 1-2. <https://www.aacademica.org/isabella.cosse/10>.
- Cuberli, M., Marina Lois y A. Palopoli. 2011. Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida. En Mónica Petracci (ed.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo, 133-215.
- Daar, J. F. 2013. Accessing reproductive technologies: invisible barriers, indelible harms. *Berkeley Journal of Gender, Law and Justice*, 23(1): 18-82.
- David, Matthew y Carole D. Sutton. 2004. The qualitative and the quantitative in social research. En Matthew David y Carole D. Sutton (eds.), *Social research, the basics*. Londres: Sage, 34-46.
- Diniz, Debora. 2005. *Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías reproductivas conceptivas*. Artículo presentado en el Seminario Regional Salud Sexualidad y Diversidad en América Latina. Lima/Perú, febrero.
- Edwards, Jeanette. 2000. *Born and bred: idioms of kinship and new reproductive technologies in England*. Oxford: Oxford University Press.
- Farji Neer, Anahí. 2015. Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de identidad de género y fertilización asistida (Argentina, 2011-2013). *Salud Colectiva*, 11(3): 351-365.
- Fernández, Darío, Miriam Girolami, Silvia Jadur, Inés Melijovich, María Mercedes Baccaro, Rut Willner y Regina Zapiro. 2006. Guías para la intervención psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad. *Reproducción*, 21(2): 27-32.
- Fourcade, Marion. 2009. The political valuation of life. A comment on W. Kip Viscusi's "The devaluation of life". *Regulation and Governance*, 3: 291-297.
- Franklin, S. 1995. Postmodern procreation: a cultural account of assisted reproduction. En Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp (eds.), *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. Berkeley y Londres: University of California Press, 323-345.
- Franklin, Sarah. 1998. Making miracles: scientific progress and the facts of life. En Sarah Franklin y Helena Ragoné (eds.), *Reproducing reproduction: kin-*

- ship, power and technological innovation*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 102-117.
- Franklin, Sarah. 2001. Biologization revisited: kinship theory in the context of the new biologies. En Sarah Franklin y Susan McKinnon (eds.), *Relative values. Reconfiguring kinship studies*. Durham: Duke University Press, 302-325.
- Garay, Ricardo. 2008. El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En Mónica Tarducci (ed.), *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 29-56.
- González-Santos, Sandra P. 2014. Specialization in action: the genealogy and current state of assisted reproduction. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 34(1-2): 33-42.
- Hartouni, Valerie. 1997. *Cultural conceptions: on reproductive technologies and the remaking of life*. Minneapolis, Londres: University of Minnesota Press.
- HCDN. 2015. Aportes de la ciudadanía para la construcción del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. *Código Civil y Comercial de la Nación*.
- Helman, Florencia y Paula Morente. 2020. Evaluación psicológica de donantes de gametos femeninos. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria de la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo, 217-230.
- Jadur, Silvia y Constanza Duhalde. 2005. Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. *Reproducción*, 20(2)35-39.
- Jadur, Silvia, Constanza Duhalde y Viviana Waistein. 2008. Concebir la posición analítica en un grupo de pacientes con problemas en la procreación. Encuentro en la comunidad. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 8: 91-105.
- Johnson, María Cecilia. 2020. Pragmáticas, dóciles, cuestionadoras: la pregunta por la agencia en usuarias de TRHA. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 31(61): 62-91.
- Johnson, María Cecilia. 2020. Posiciones en disputa frente a la regulación de las TRHA: El caso argentino. *Oñati Socio-Legal Series*, 10(4): 850-875.
- Johnson, María Cecilia. 2020. Las TRHA y los debates en la academia feminista sobre reproducción: relaciones de poder y tecnología. *Feminismo/s*, (35): 263-289.
- Kemelmajer de Carlucci, Aída, Marisa Herrera y Eleonora Lamm. 2011. La reproducción médicamente asistida. Mérito, oportunidad y conveniencia de su regulación. *La Ley Uruguay*, 1304: 1-12.
- Kemelmajer de Carlucci, Aída, Marisa Herrera y Eleonora Lamm. 2012. Ampliando el campo del derecho filial en el derecho argentino. Texto y contexto de las técnicas de reproducción humana asistida. *Revista de Derecho Privado*, 1: 3-45.

- Kemelmajer de Carlucci, Aída, Marisa Herrera y Eleonora Lamm. 2014. Hacia la ley especial de reproducción asistida. Cuando la nación prima. *La Ley*, LXXVIII(224): 1-4.
- Landeira, Florencia Paz. 2015. Concepciones nativas alrededor de la comaternidad pos “Matrimonio Igualitario”. En *XI Reunión de Antropología del Mercosur*. Montevideo, Uruguay.
- Ley de Reproducción Médicamente Asistida N° 26.862. República Argentina.
- Lima, Natacha Salomé, Constanza Branzini y Stella Lancuba. 2019. Percepciones y decisiones de pacientes acerca de embriones criopreservados en un centro de fertilidad de Ciudad de Buenos Aires. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 76: 124-130.
- Lima, Natacha Salomé y Mariela Rossi. 2020. Valoración de la donación de óvulos desde una perspectiva psi. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción de parentesco: abordajes interdisciplinarios de la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo.
- Lloveras, Nora y Josefina Sapena. 2010. El diagnóstico genético preimplantacional. *Revista de Bioética y Derecho*, 18: 10-16.
- Luna, Florencia. 2006. *Bioethics and vulnerability: a Latin American view*. Amsterdam: Rodopi.
- Luna, Florencia. 2013. Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, (28): 33-47.
- Ministerio de Salud de la Nación. 2018. Resolución 1044/2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1044-2018-311206/texto>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. *Infertility*. <https://sochog.cl/wp-content/uploads/2020/10/Infertility.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión (CIE-11). Ginebra: OMS.
- Pecheny, Mario, Daniel Jones y Lucía Ariza. 2016. Sexual politics and religious actors in Argentina. *Religion & Gender*, 6(2): 205-225.
- Peralta, María Luisa. 2020. Biología/biologicismo: tensiones en torno a las maternidades lésbicas y el uso de tecnologías reproductivas. En Eva Abril y Gracias Trujillo Barbadillo (eds.), *Maternidades Cuir*. Madrid: Egales.
- Peterson, M. M. 2005. Assisted reproductive technologies and equity of access issues. *Journal of Medical Ethics*, 31: 280-285.
- Rabinow, Paul. 1999. *French DNA: trouble in purgatory*. Chicago: University of Chicago Press.
- Raspberry, Kelly Amanda. 2008. *The genesis of embryos and ethics in vitro: an ethnographic analysis of assisted reproduction practices in Argentina*. Center for Genomics and Society, University of North Carolina at Chapel Hill.

- Rivas, Ana María, Consuelo Álvarez y María Isabel Jociles. 2018. La intervención de «terceros» en la producción de parentesco: perspectiva de los/as donantes, las familias y la descendencia. Un estado de la cuestión. *Revista de Antropología Social*, 27(2): 221-245.
- Rodriguez Iturburu, Mariana. 2020. Derecho a la información de las personas nacidas por TRHA: desafíos y dilemas actuales. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria a la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo, 129-152.
- Rossi, Mariela y Ludmila Jurkowski. 2020. Asesoramiento a receptores de gametos en parejas heterosexuales. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción de parentesco: abordajes interdisciplinarios de la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo, 81-100.
- Smietniansky, Silvina. 2019. Tiempo, naturaleza y cultura en las técnicas de reproducción humana asistida. *Avá*, (35): 213-235.
- Smietniansky, Silvina. 2020. Sistema de parentesco occidental y donación de gametos. Una aproximación antropológica. En Ludmila Jurkowski, Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi (eds.), *La producción del parentesco: una mirada interdisciplinaria a la donación de óvulos y espermatozoides*. Buenos Aires: Teseo, 71-80.
- Sommer, Susana. 1993. Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías. *Debate Feminista*, 4(8): 76-85.
- Spade, D. 2015. *Normal life: administrative violence, critical trans politics, and the limits of law*. Durham: Duke University Press.
- Strathern, Marilyn. 1992. *After nature: English kinship in the late twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Straw, Cecilia. 2014. Reproducción asistida y reproducción humana: tensiones entre lo natural y lo científico-tecnológico en mujeres de sectores populares y medios, Área Metropolitana de Buenos Aires. En *XI Jornadas Nacionales de Debate en Salud y Población / XVI Seminario Internacional do Projeto Integralidade: Saberes y Prácticas no Cotidiano nas Instituições de Saúde*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Straw, Cecilia, Marisa Scardino y Agustina Pérez. 2017. La mirada de usuarios de técnicas de reproducción asistida con donante o gestante en relación con los embriones. *Revista IUS*, 11(39): 1-26.
- Trujillo Barbadillo, Gracia y Mercè Falguera Ríos. 2019. “Es una maternidad que hay que reinventar”: madres lesbianas, técnicas de reproducción asistida y retos a los que se enfrentan. *Política y Sociedad*, 56(2): 361-380.
- Trupa, Noelia. 2016. Comaternidades y derechos en la ley de matrimonio igualitario en Argentina. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*, 3(6): 135-157.

- Vecslir, L. 2014. *Tecnologías de reproducción asistida y experiencias de infertilidad en Bahía Blanca: un abordaje desde el enfoque de género y salud*, 1a ed. Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur. Ediuns.
- Vecslir, L. 2021. *Trayectorias de reproducción tecnomediada, genética y riesgo en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina (2010-2019)*, tesis de doctorado (sin publicar).