



facultad de ciencias
sociales



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba

Autora: María Cecilia Johnson

Título: “Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba”

Tesis para optar al Título de Doctora en Estudios de Género, del Doctorado en Estudios de Género. Centro de Estudios Avanzados. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.

Director: Juan Marco Vaggione

Resumen

Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) han traído novedades y desafíos al campo de los feminismos, el estudio de la familia y el parentesco, la biopolítica y la religión. En primer lugar porque las mismas ponen en discusión el lugar de las mujeres y personas gestantes en la reproducción; en segundo lugar porque tensionan las nociones de biología, sexualidad, herencia; y en tercer lugar porque evidencian la creciente disociación de la sexualidad, reproducción y conyugalidad (Giddens, 1995), aspectos centrales para las religiones.

Por ello esta tesis retoma miradas divergentes dentro del feminismo vinculadas a las diferentes relaciones entre la tecnología reproductiva y las posibilidades de construir autonomía reproductiva, como a las concepciones de poder y agencia frente a la tecnología. Así mismo, se complementa la mirada del feminismo con los aportes de otros campos disciplinares, que permiten comprender los procesos de medicalización de la reproducción y de control biológico, las transformaciones de parentesco y la familia, así como las intersecciones religiosas y espirituales.

Desde un análisis teórico-empírico, esta investigación se propone comprender estos interrogantes desde las experiencias de mujeres usuarias con las TRHA, las formas de vinculación y acceso a la tecnología reproductiva y sus posibilidades de agencia en este campo. Entendiendo a las TRHA como tecnologías de género (De Lauretis, 1989), este trabajo de tesis analiza los sentidos sobre la reproducción, el parentesco y experiencia religiosa en mujeres (cis) que han realizado un tratamiento con reproducción asistida, los efectos en sus subjetividades y las formas de fisura al poder.

Se advierte un proceso ambivalente en la experiencia de las usuarias, que significan la experiencia con la maternidad desde lugares más esencializados y otros más desnaturalizados. Del mismo modo la vinculación con la tecnología reproductiva da cuenta de procesos de patologización y control sobre la reproducción de las mujeres, exigiendo procesos de autoresponsabilización y autocontrol. Pero al mismo tiempo también se advierten formas de agencia en el marco de ese control, así como procesos de resistencia y apropiación del lenguaje médico y del tratamiento. Así mismo se analizan otras formas de agenciamiento vinculadas al desplazamiento de la categoría estigmatizante de infertilidad,

como de apropiación que un dispositivo que da lugar a otros arreglos familiares que no se ajustan al objeto de la tecnología médica.

También se analizan experiencias de las usuarias que transitan entre la búsqueda de la naturalización de la familia y el parentesco con el objeto de acercarse a un “original” heterocentrado y bioconectado, pero también se encuentran otras experiencias dan cuenta de una transformación de estas categorías hegemónicas en sus propios arreglos familiares. Más allá de sus búsquedas, el paso por la tecnología supone de algún modo resignificar la base “natural” del parentesco, como sucede con la multiplicación de lo biológico en los procesos reproductivos. Así también se produce una multiplicación de los papeles sociales, que dan lugar en algunos relatos a la evidencia del carácter construido de la familia.

Por último se advierten diferentes relaciones e intersecciones entre la experiencia reproductiva de las usuarias y sus experiencias religiosas y espirituales en ese marco. Los relatos manifiestan la autonomía reproductiva de las mujeres frente a la norma religiosa y una integración subjetiva de los marcos religiosos a sus propias vidas. También la religión y la espiritualidad se constituyen en un recurso que les permite a las usuarias agenciar un tratamiento complejo. Así mismo esta complejidad se expresa en las formas de “agencia moral” que ellas despliegan al momento de tomar decisiones en un campo poco regulado.

Así mismo recuperan debates legislativos de Argentina y se realiza un análisis documental y virtual que permite comprender la configuración de un campo biomédico que genera exclusiones e inclusiones a una política de salud reproductiva.

Situada en la ciudad de Córdoba se trabaja con un método cualitativo y un enfoque biográfico, realizando veintiún entrevistas a mujeres cis de diferentes edades, religiones, orientación sexual y diversos arreglos conyugales. Así mismo se abarcaron experiencias donde las TRHA dieron diferentes resultados, lo que da cuenta de una diversidad de situaciones en el campo biomédico.

Índice:

Agradecimientos	Pág. 6
Introducción	Pág. 8
Metodología	Pág. 18
1. Las TRHA y los debates en la academia sobre reproducción, parentesco, familia y religión desde una perspectiva feminista.	Pág. 22
1.1 Feminismos y TRHA: una relación incómoda.	Pág.25
1.2 TRHA y los debates por el carácter cultural o natural de la familia y el parentesco.	Pág.39
1.3 Sexualidad, reproducción y familia “natural”: intersecciones religiosas para comprender el impacto de las TRHA.	Pág.47
2. El escenario legal y jurídico en Argentina y las TRHA como política de salud: desigualdades reproductivas.	Pág.67
2.1 Los inicios en la regulación de las TRHA: algunos antecedentes para pensar la política reproductiva.	Pág.68
2.2 La regulación legal vigente sobre TRHA en Argentina	Pág.72
2.3 Argumentos legislativos en la definición de las TRHA como política pública: un análisis del debate parlamentario.	Pág.75
2.4 Reglamentaciones y prácticas sobre TRHA en Argentina: la letra chica de la reproducción asistida	Pág.91
3. En búsqueda del sentido inicial: relatos biográficos de usuarias de TRHA que deciden maternar.	Pág. 99
3. 1. Las TRHA y la reflexividad biográfica en la decisión de maternar	Pág.100
3.2 Distintos sentidos biográficos sobre la maternidad.	Pág.107
3.3 Las condiciones sociales para la maternidad: intersecciones que configuran un marco de inteligibilidad.	Pág.115
4. Experiencias con TRHA: recorridos y sentidos sobre los cuerpos reproductivos.	Pág.133
4.1 La decisión de usar TRHA: relatos de reparación y relatos de	Pág.135

simultaneidad.	
4.2 La medicalización y el control de los cuerpos en el proceso de las TRHA.	Pág.156
4.3 El control del cuerpo reproductivo: Cuidar el cuerpo, cuidar el feto	Pág.170
4.4 Sentidos de las usuarias sobre los fetos y embriones: diversas formas de subjetivización.	Pág.174
4.5 Los sentidos de las usuarias sobre los gametos y la donación	Pág.184
5. Las formas de agencia: la relaciones de las mujeres usuarias con la medicina reproductiva	Pág.191
5.1 Itinerarios y formas de agencia en usuarias de TRHA	Pág.192
5.2 Ciudadanas biológicas: comunicar la experiencia, colectivizar la experiencia.	Pág.219
6. Las experiencias con TRHA y los sentidos de parentesco y familia	Pág. 237
6.1 Los sentidos sobre “los hechos biológicos” en la conformación de las familias de usuarias de TRHA.	Pág.238
6.2 La reproducción estratificada: familias originales y copias.	Pág.251
7. Intersecciones entre marcos morales-éticos-religiosos en las experiencias reproductivas: autonomía reproductiva y agencia moral.	Pág.275
7.1 TRHA, religión y espiritualidad: diversas vías para la construcción de la autonomía reproductiva	Pág.276
7.2 La religión y la espiritualidad como recursos culturales para el tratamiento	Pág.285
7.3 Los desafíos éticos del campo biomédico: las usuarias y la “agencia moral”	Pág.292
8. Conclusiones. reconfigurando la experiencia reproductiva	Pág.298
Referencias Bibliográficas	Pág.318
Glosario	Pág.330

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer al Doctorado en Estudios de Género y las personas que forman parte de este espacio, quienes generosamente estuvieron presentes en el trayecto del grupo que formamos como segunda cohorte. A mi Director Juan Marco Vaggione, con su paciencia y acompañamiento me he formado en el oficio de investigar, como así también a habitar los espacios académicos desde un compromiso feminista.

Así también quiero agradecer a Manu, mi pareja y compañero de tantas búsquedas, que sin su soporte no podría haber transitado las transformaciones personales que a diferentes niveles implicó este proceso. A mi familia que siempre apostó a mi crecimiento y ha estado apoyándome incondicionalmente en este camino.

A mis amigas y amigos que también han estado presentes en este recorrido. Particularmente a Eugenia Bianco y Anita Domínguez quienes me ayudaron generosamente en este transitar.

A mis compañeras y compañeros docentes, de la UNRC quienes siempre me brindaron su apoyo y comprensión en este proceso, como así también a quienes forman parte de la cátedra de la UNC, de quienes aprendí el gusto por la investigación y el compromiso con esta tarea docente e investigadora.

A mis compañeras feministas con las que transitamos las calles y las marchas. A mis compañeras de El Telar de las que aprendo su compromiso y determinación. A mis compañeras y compañeros del equipo de investigación del CIJS que siempre tendieron una mano cuando se les necesitaba. A Michele Dillon, Melisa Sánchez, José Manuel Moran Fáundes, Angélica Peñas Defagó, Candelaria Sgro Ruata, Andrea Lacombe, Lila Aizemberg, Raquel Drovetta y Gabriela Irrazabal, quienes no dudaron en ofrecer lecturas, miradas y críticas sobre mi trabajo.

Así mismo me siento agradecida por haber contado con una beca doctoral de CONICET que me permitió dedicarme a mi formación, en un contexto donde lamentablemente se vuelve cada vez más un privilegio para pocos.

Por último y no menos importante, quiero reconocer que en el proceso de investigación me encontré con mujeres que generosamente compartieron con gran disposición sus vidas y experiencias. Todas colaboraron abiertamente con el deseo de que en

un futuro otras mujeres cuenten con información sobre un proceso que no es sólo médico y por ello muchas mujeres que conocí celebraron que se investigara esta temática y en sentido espero haber aportado nuevas miradas desde el feminismo. No ha sido una tarea fácil transmitir en el marco de una tesis doctoral, sus experiencias, todas diversas, agradecidas por el acceso a la tecnología reproductiva, y al mismo tiempo con miradas muy críticas.

Por ellas y por todas las personas luchan por la autonomía de nuestros cuerpos, me llevo más preguntas y desafíos de las que tenía cuando comencé este trabajo.

Introducción

Estudiar las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), propone como desafío abordar un conjunto de interrogantes ante los cuales diversas áreas disciplinares, movimientos políticos y hasta posiciones religiosas han entrado en discusión. Este entrecruzamiento de miradas se produce porque las TRHA movilizan temas centrales para la sociedad: desde la redefinición de las nociones de biología, sexualidad, herencia (Franklin, 1997; D. J. Haraway, 1999); la modificación de las categorías con las que por largo tiempo se habían nombrado las relaciones familiares (Strathern, 2005); la discusión sobre el lugar de las personas gestantes en la reproducción en un espacio medicalizado (Rapp 2001, 1999; Thompson, 2007), como así también la conciencia de la creciente disociación de la sexualidad, reproducción y conyugalidad (Giddens, 1995) aspecto que interesa también a las religiones (F. Luna, 2008; Schenker, 2000a).

Particularmente desde el feminismo, las TRHA han constituido un tema sobre el que no existe una visión homogénea. El principal interrogante se formula en torno a los efectos de la tecnología sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. De ello se deriva la pregunta por las posibilidades de construir agencia sexual y reproductiva frente a la opresión de la hegemonía médica. Dentro del feminismo, las feministas radicales interpretaron que las TRHA constituían el brazo del patriarcado en la dominación del cuerpo de las mujeres. Otros sectores del feminismo recuperan las experiencias de las mujeres con la tecnología reproductiva y sus ambivalencias para potenciar su autonomía reproductiva. Nuevas miradas del feminismo sobre las tecnologías y las posibilidades de apropiación, propusieron otros horizontes de disputa (Frankin, 2009; Rapp, 2001; Strathern, 1987). Así mismo, una diversidad de experiencias con las TRHA pone al descubierto un conjunto de desigualdades globales de género, por la posición social y racial, donde el feminismo también denuncia que la reproducción no escapa de la estratificación que produce el mercado.

Sin ignorar las miradas de los demás campos políticos y disciplinares, este trabajo de investigación doctoral, se propone partiendo desde el feminismo como posición articuladora del debate, comprender algunas de estas dimensiones planteadas. Desde una perspectiva parcial y situada (D. J. Haraway, 1995) este trabajo de tesis se propone conocer los sentidos y tensiones entre parentesco, reproducción y experiencia religiosa en trayectorias biográficas

de mujeres que hayan accedido a tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA) en la ciudad de Córdoba, interrogante que atravesará de forma integral el presente análisis.

Retomando los debates de los demás campos con los que el feminismo se encuentra en diálogo, esta tesis dialoga desde el feminismo con aquellos aportes del campo del estudio biopolítico (Rose, 2007), con los trabajos de los estudios del parentesco, la familia y la reproducción (Franklin, 1997; Rapp, 1999; Strathern, 1992b; Thompson, 2007) como aquellos aportes del campo de estudio de la religión y la espiritualidad (Nancy T. Ammerman, 2013b; Dillon, 2001; Mahmood, 2013). A continuación se explicitará la manera en que esta tesis desarrolla dicha articulación con los diversos campos disciplinares. Para ello se irán planteando aquellos aspectos sobre los cuales esta tesis no trabaja, lo que al mismo tiempo permite clarificar el aporte y los alcances de este trabajo de investigación.

En primer lugar, esta tesis no comprende a las TRHA como “villanas” o “salvadoras” (Rapp, 1999) es decir, no busca ni condenarlas ni tampoco depositar en ellas la liberación del heteropatriarcado. Es por ello que no se encontrará aquí un trabajo que documente las formas de opresión de las TRHA hacia las mujeres, sino que se busca entender en las propias experiencias reproductivas las particulares formas en que el poder opera, así como las fisuras al mismo.

Siguiendo esta línea, se estudiará a las tecnologías reproductivas en clave de tecnologías de género (Lauretis, 1989b), como una noción da cuenta del papel de ciertas tecnologías en la construcción de la subjetividad. Estas tecnologías operan como discursos, teorías y prácticas que producen ciertas representaciones de género, pero que a su vez son factibles de ser deconstruidas. De esta manera este trabajo recupera diferentes formas de agencia, entendiendo a la resistencia desde una perspectiva micropolítica (Preciado, 2008).

Tampoco se encontrará un estudio sobre la tecnología y la técnica como una herramienta que se halla separada de la “naturaleza reproductiva”. Se parte de una mirada que entiende a la naturaleza como discurso (D. J. Haraway, 1999) y como parte de la cultura, donde los cuerpos forman parte de un entramado biotecnológico (Rapp, 1999; Rose, 2007). De esta manera, no se parte de la comprensión de procesos que acontecen en el laboratorio de forma objetiva y que luego desde el feminismo se interpreta, sino que se advierte que el desarrollo de las TRHA está empapado de las interpretaciones culturales sobre la reproducción y las relaciones de parentesco. Como señala Charis Thompson (2007) la única

diferencia entre la fecundación in vitro y la gestación subrogada -que suponen el mismo procedimiento técnico en el laboratorio- está dada por las consecuencias que tiene en el parentesco para las personas involucradas. De esta manera, como señala Blázquez Rodríguez (2005) se entiende a la reproducción como parte de estos procesos sociales y culturales, y que se encuentra en conexión con la producción y reproducción de la economía capitalista (Wichterich, 2015) formando parte de los dispositivos de biopoder de la medicina occidental (Rose, 2007).

En vinculación con ello, tampoco se hará referencia aquí a la familia como un ente natural y ahistórico y a la maternidad como el fin hacia el cual las usuarias de TRHA *naturalmente* se orientan. Se parte de comprender al parentesco como *“una noción cultural relacional que deriva de la idea de compartir y transmitir una substancia corporal o espiritual común”* (Cicerchia y Bestard, 2006:10-11) definición que no reposa en una noción biologicista o de “naturaleza reproductiva”. Del mismo modo, se utiliza la noción de familia para hacer referencia a la organización social que es depositaria en una sociedad patriarcal de los procesos de producción, reproducción y consumo, categorías que se superponen cuando se piensa la reproducción biológica para la conformación del parentesco (Gonzalez et al., 2004; Jelin, 1984, 2010)¹.

Este punto de vista, ha puesto de manifiesto cómo las tecnologías reproductivas generan cuestionamientos sobre el basamento “natural” en el que se asienta culturalmente la familia y que desde los estudios de la familia se tendía a reificar. Este cuestionamiento supone repensar las categorías naturalizadas del parentesco, que ya no implican la existencia de una madre para la gestación, ni una pareja heterosexual, ni una relación sexual para la procreación (Strathern, 1995). Este aspecto construido, se busca ocultar porque como señala Strathern (1992) en la cultura euro-americana lo que no es pensado como natural, es por lo tanto artificial y se traduce en incerteza. A su vez esta naturalización de las relaciones parentesco, se vincula a una dimensión moral (Viera Cherro, 2012) que prioriza ciertas formas hegemónicas de la familia y la reproducción (Luna, 2001) que el feminismo intenta

¹ Desde los estudios sobre la familia, la definición de familia ha sido discutida porque invisibiliza el trabajo reproductivo realizado por un conjunto de personas no emparentadas entre sí, proponiéndose el uso de la noción de unidad doméstica donde no necesariamente existen lazos de parentesco (Gonzalez et al., 2004; Jelin, 1984, 2010). En esta investigación se utilizarán tanto la categoría de familia como de parentesco, porque el objeto de investigación se vincula en la manera en que las personas configuran lazos de parentesco y su carácter reproductivo.

deconstruir. De esta manera, para develar estas conexiones, esta tesis también supone una mirada unificada de género y parentesco como proponen las antropólogas feministas (Yanagisako & Collier, 1994).

El presente trabajo tampoco da por supuesta una idea de infertilidad ni identifica a las personas usuarias de TRHA como “infértiles”. Si bien este estudio se circunscribe a las experiencias de mujeres cis con la reproducción asistida, al mismo tiempo dentro de esta categoría, se encuentran una variedad de posiciones desde donde comprender la relación de las usuarias con la tecnología reproductiva. La aparición de personas usuarias por fuera de la norma heterosexual y conyugal, ha dado lugar a resignificaciones y desplazamientos de esta definición de infertilidad, habilitando otras formas de autonomía reproductiva. Descubrir los efectos que esta categoría tiene en la manera en que la biomedicina patologiza la reproducción, así como deconstruir los sentidos que la infertilidad tiene en los ordenamientos jurídicos y en las políticas de salud, si constituyen algunos de los aspectos que se analizarán en relación a la infertilidad.

Las consecuencias de las TRHA en el ordenamiento jurídico, tampoco constituyen el eje del análisis de esta tesis. Sin embargo se recuperan algunos procesos judiciales y legislativos que desde una perspectiva feminista, supone analizar una disputa de sentidos por la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo las TRHA implican para el campo jurídico el reconocimiento de la diversificación de los papeles sociales del parentesco, tales como la definición de la filiación y el desdoblamiento de la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, transformaciones que interesa comprenderlas como rupturas de un orden hegemónico.

Estudiar las TRHA desde el feminismo supone apartarse de la mirada moralizante que entiende a las TRHA como “buenas”, “malas”, “morales” o inmorales”, en este sentido esta tesis no se propone realizar un debate ético o religioso sobre las TRHA.

Sin embargo, desde este trabajo no se desconoce el lugar de las religiones como uno de los actores que en confrontación con el feminismo y a los movimientos LGBTQ disputan la definición sobre las políticas sexuales (Vaggione, 2005b, 2012). El aborto y el Matrimonio Igualitario, constituyen algunos ejemplos que junto a las TRHA, dan cuenta de las diferencias de sentido en relación a la sexualidad y la reproducción. La ruptura de la “procreación natural” constituye uno de los ejes que desafía a las religiones monoteístas (Schenker,

2000a), siendo la religión Católica un actor interesado e incidir en la definición de estos sentidos en la región. No obstante, dentro de los diferentes credos se advierte una pluralidad de posicionamientos. Del mismo modo se advierten procesos de disidencia entre aquellas personas que se identifican como creyentes las cuales dan cuenta de crecientes procesos de autonomía reproductiva (Dillon, 1999) identificando la capacidad de “agencia moral” de las personas usuarias en este campo. Así mismo este trabajo abordará a la religiosidad y la espiritualidad en sus solapamientos (Nancy T. Ammerman, 2013b) como un hacer performático (O. Avishai, 2008), que puede ser contradictorio y no necesariamente orientado al cumplimiento total de una norma religiosa institucional (Fuist, 2016) entendiendo que las personas habitan las normas religiosas y no necesariamente las resisten o reproducen (Mahmood, 2005).

Tampoco se encontrará en esta tesis una propuesta que tenga un carácter universal a la hora de comprender los desafíos que estas técnicas traen sobre las TRHA. Lo que aquí se analiza se encuentra basado en las experiencias de mujeres cordobesas con las TRHA, por lo que se parte de un conocimiento intencionalmente situado en los relatos de las usuarias y circunscrito al análisis de sus experiencias, que permiten comprender algunas transformaciones a ese nivel analítico. De acuerdo a De Lauretis (1989) la experiencia “*es reformulada continuamente para cada sujeto con su compromiso continuo con la realidad social, una realidad que incluye -y para las mujeres, centralmente- las relaciones sociales de género*” (De Lauretis, 1989:26). No constituye en este sentido un trabajo que se proponga hacer de este conocimiento situado la experiencia general de las usuarias de TRHA ni en Argentina ni en Latinoamérica. Esta parcialidad también se asocia a que las experiencias de las usuarias con las TRHA serán tomadas desde algunas intersecciones de género, generación, sector social y racial que conforman la decisión de tener hijos y su formas de resolución de en el marco de un espacio microsocial específico (Gonzalez C., Nucci, N., Soldevila A., 1999; Viveros Vigoya, 2014).

Así mismo, esta parcialidad se vincula a que esta tesis se encuentra atravesada por mi posición como investigadora, mujer, feminista. Más aún, este trabajo de tesis está situado desde un Doctorado en Estudios de Género, lo que resulta en una mirada voluntariamente interesada en la posibilidad de la construcción de una sociedad que garantice la autonomía sexual y reproductiva de las personas. Este sentido existe un interés en aportar un conjunto

de reflexiones sobre las maneras en que se puede comprender la experiencia de las personas gestantes y no gestantes en un campo biomédico desigual que medicaliza y patologiza el placer, la sexualidad y la maternidad.

El análisis de las experiencias de las mujeres usuarias desde esta propia subjetividad, también resulta en un conocimiento parcial por el propio vínculo que se genera desde las propias subjetividades entre investigadora y entrevistadas como doble hermenéutica (Giddens, 1987). Entendiendo que las mujeres entrevistadas producen relatos reflexivos que proponen interpretaciones sobre las TRHA desde sus propias subjetividades y que son retomadas desde este trabajo, se parte de la concepción de que la producción de conocimiento no es unilateral. Así mismo en el medio de sus relatos se refleja mi condición de mujer de treinta años y sin hijos, lo que provoca a las mujeres aconsejarme por mi reproducción, tales como la sugerencia de que congele ovocitos o que lo done a otras mujeres. Así mismo me veo reflejada en sus ambivalencias, sus reformulaciones sobre las diferentes maneras de vincularse con la maternidad, la familia y la espiritualidad. Del mismo modo cuando me transmiten sus obstáculos y sufrimiento por no poder tener hijos, también me interpelan como investigadora feminista, dando cuenta de que también experimentan un fuerte estigma al igual que aquellas que no desean tenerlos.

Desde una mirada política y feminista, estudiar estas experiencias con las TRHA, supone reconocer un espacio de transformaciones sociales en donde los movimientos feministas y de diversidad sexual han puesto en discusión los sentidos sobre la sexualidad, la reproducción y la familia en la escena pública. Si bien en Argentina, el campo académico ha sido receptivo a las transformaciones y disputas sobre el reconocimiento de un conjunto de derechos sexuales y reproductivos como ampliación de ciudadanía (Fonseca, 2007; Tarducci, 2013), tales como el Matrimonio Igualitario, la ley de Identidad de Género, la ley de Educación Sexual Integral, la reproducción asistida, no tuvo el mismo tratamiento por no implicar a simple vista una ruptura al modelo heteropatriarcal. Si bien formó parte de procesos ampliación de ciudadanía sexual con la sanción de la ley que regula su acceso en el año 2013, ha sido un tema poco explorado en la academia feminista. Así mismo, si bien en los últimos años las TRHA se encuentran cada vez más presentes² en los repertorios

² De acuerdo a los datos proporcionados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, el reporte del año 2013 registró unos 54,456 procedimientos de RA frente a los 38,020 que se registraron en 2009. El último

reproductivos de personas solas como de parejas de diversas procedencias y concepciones políticas y religiosas, en Argentina son escasas las investigaciones que han abordado como objeto de investigación la reproducción asistida, siendo un campo a explorar en relación a los ejes de la presente investigación.

Estructura del informe de investigación

En un primer capítulo se trabaja desde el conjunto de debates teóricos del campo feminista para abordar luego desde estos debates, otros de campos disciplinares que atraviesan esta temática. Partiendo de los debates propios al interior del feminismo, se presentan las posiciones del feminismo radical y las posiciones disidentes que dentro de este movimiento proponen otra relación de poder con la tecnología reproductiva. A partir de ello, también se retoman otros aportes centrales que serán articulados en clave feminista: los debates de la biopolítica y la medicalización de la reproducción, las contribuciones del campo del parentesco y la familia, para llegar a las diversas intersecciones de la TRHA con las religiones y la espiritualidad. Todas estas posturas dan cuenta las particulares maneras en que el estudio de las TRHA supone la articulación de un conjunto de dimensiones centrales para las ciencias sociales como la sexualidad, la reproducción y la familia.

Los siguientes capítulos trabajan desde una articulación teórico-empírica donde se retomarán los debates teóricos presentados, con los datos recabados a partir del análisis de discursos y de las experiencias de las usuarias. También se recuperan a lo largo de estos capítulos aquellos antecedentes relevantes en Argentina y en Latinoamérica que han trabajado el tema como teoría sustantiva (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005), lo que permite interpretar las experiencias de las usuarias desde marcos teóricos más cercanos a las experiencias.

reporte de esta institución del año 2014 informa un aumento del 16% en el número de “ciclos iniciados” en Latinoamérica en comparación con el reporte de 2013. También menciona que Argentina es el país con más ciclos iniciados en relación a su población, seguido por Chile and Uruguay. Si bien estos datos están sujetos a los reportes de los centros clínicos, el incremento reportado es sustancial. Disponible en: http://redlara.com/aa_espanhol/registro.asp.
http://www.redlara.com/aa_espanhol/registro_anual.asp?categoria=Registros%20anuales&cadastroid=431
[12/12/2018]

En segundo capítulo, se realiza un análisis documental y de análisis de contenido sobre las maneras en que se aborda la regulación de las TRHA en distintos escenarios y su implementación como una política de salud en Argentina. Aquí se analizan los principales desafíos que las TRHA proponen para su regulación en los países pioneros, los argumentos presentes en el debate por la legislación argentina, como los procesos actuales de implementación de la política de salud que configura nuevas inclusiones y exclusiones.

En el capítulo tres, se trabaja a partir de los relatos biográficos de mujeres usuarias, la relación de las mismas con la maternidad, recuperando la reflexividad presente en sus relatos, como así también se abordará esta reflexividad en las decisiones tomadas en el marco de sus biografías. Para ello se analizan los sentidos y las resignificaciones sobre la decisión de maternar y las metáforas que las usuarias eligen para dar cuenta de sus posiciones hacia la maternidad. Así mismo se analizan las condiciones sociales para la decisión de maternar en el marco de un tratamiento con TRHA: la edad, la educación, el sector social y la presencia o ausencia de una pareja.

Una vez analizada la decisión de maternar, el capítulo cuatro se enfoca en las relaciones de las usuarias con la tecnología reproductiva. Para ello se examinan los sentidos diferenciales mediante los cuales acceden a las TRHA a partir de dos tipos de relatos que proponen relaciones diferentes con el campo biomédico, que se llamarán relatos “reparadores” y de “simultaneidad”. Luego se reconstruyen las maneras en que las usuarias experimentan el control biomédico sobre sus cuerpos y los mecanismos mediante los cuales las TRHA responsabilizan a las mujeres sobre la reproducción, que como tecnologías de género (De Lauretis, 1989a) tienen efectos en las representaciones de las usuarias. Este control se produce durante el tratamiento como en la gestación, donde el excesivo cuidado del feto, pone de manifiesto el lugar subordinado de las usuarias para el poder biomédico. Este análisis permite comprender también el marco de relaciones en el que las usuarias subjetivizan a los embriones y fetos, así como los sentidos que le otorgan a los gametos en diferentes contextos.

Sin embargo, como se manifestó inicialmente, estas tecnologías de género dan lugar a ciertas fisuras del poder, por ello este trabajo también explora la capacidad de agencia de las usuarias en este entramado medicalizado y patologizante sobre su reproducción. Se exploran para ello en el capítulo cinco, diversas formas de agencia de las usuarias en

distintos momentos del tratamiento con las TRHA, que se expresa en un conjunto de disposiciones, estrategias y formas de resistencia. Así mismo se analiza la agencia desde la identidad misma como usuarias de TRHA en diferentes dimensiones: desde estrategias de comunicación de una experiencia estigmatizante, como en los dispositivos grupales y de sociabilidad. Así también esta agencia supone comprender los procesos individuales de disputa por el reconocimiento de un derecho de salud, como las condiciones mediante las cuales algunas usuarias se identifican con un colectivo de ciudadanas biológicas (Rose, 2007).

En un capítulo seis, el estudio de la experiencia reproductiva de las usuarias, se enfoca en los sentidos del parentesco y la familia que desde una perspectiva feminista lleva a analizar las maneras en que se reproduce o se fisura el parentesco hegemónico heteronormado y bioconectado. Se trabaja con la categoría de lo “biológico” y las maneras en que su plasticidad en el marco de las TRHA tiene efectos en la deconstrucción de sustrato “natural” familiar. Así mismo se debaten a partir de las experiencias de las usuarias, las maneras en que este campo no es ajeno a cierta estratificación reproductiva y familiar, donde el modelo familiar hegemónico opera como el “original” a imitar, y donde el apartamiento de la norma supone representar aquellas “copias”, como posición degradada en el espacio familiar. Sin embargo, también se entiende que este proceso es ambivalente y es factible de ser deconstruido (Brettschneider, 2006; Judith Butler, 2001).

En un capítulo siete, se examinan las diversas intersecciones de los marcos religiosos, espirituales y morales en las experiencias de las usuarias con las TRHA. Más allá de las posiciones de las religiones, este estudio analiza lo que las usuarias hacen con la religión y la espiritualidad, ya sea en la definición de su autonomía reproductiva (Dillon, 1999; Giménez Béliveau & Irrazábal, 2008), en la integración de estos marcos de sentido a sus propias cosmovisiones sobre la reproducción y la familia (Orit Avishai, 2008; Fuist, 2016), como el uso de la espiritualidad y la religión como un recurso que apuntala su agenciamiento durante el tratamiento (Felitti & Irrazábal, 2018; Jennings, 2010).

Así mismo se exploran las diferentes maneras de construcción de agencias que se llamarán “morales”, por la complejidad de las decisiones que las usuarias toman en un campo biomédico que no se encuentra totalmente regulado (Rapp, 1999; Rose, 2007).

Por último, en el capítulo ocho se retoman a modo de conclusión, dos ejes centrales que atraviesan la discusión de este trabajo de tesis: la desnaturalización de la reproducción y la familia, así como el desafío de analizar la agencia de las usuarias en una temática que da cuenta de diferentes formas de opresión patriarcal del campo biomédico, jurídico, social y religioso. Estos dos ejes se proponen repensar desde el feminismo las experiencias de las usuarias, explorando dimensiones posibles para la emancipación y construcción de otras formas de autonomía sexual y reproductiva.

Metodología:

En el marco de una investigación doctoral cualitativa, se propone a partir de un enfoque biográfico conocer las experiencias de (cis) mujeres³ con reproducción asistida de la ciudad de Córdoba. Los relatos biográficos, como subgénero de los relatos de vida permite acceder como señala Bertaux (1980) a la *trama simbólica de significados, vehiculizando los sentidos* (Meccia, 2013:40) que las mujeres usuarias de TRHA le dan a sus experiencias reproductivas, las cuales que no se encuentran desconectadas de los sentidos sobre otras dimensiones familiares, sexuales y religiosas en sus biografías.

La manera en que estos relatos dan cuenta de estas experiencias, permiten acceder a un conjunto de construcciones y transformaciones que Idalina Conde (1994) señala como “self- telling” –o modos de contar(se)- que implica comprender que hablamos de una reflexividad retroactiva, que siempre es interpretativo desde una posición presente; y “un self-making” – o modos de construir(se)- como producción identitaria. El acto narrativo de la llamada “infertilidad”, como señala Lucia Ariza (2014) da cuenta de la construcción de sentidos sobre la misma, pero así también el carácter productivo del mismo acto de narrar.

En un mismo sentido, este dar cuenta de sí misma, se constituye un ejercicio analítico donde las mujeres son agentes activas que construyen teoría social. Hablar del propio deseo de tener hijos expresa una “teoría del actor”, como refiere Ernesto Meccia (2013), entendiendo que los sujetos también son constructores de sentido y de búsqueda de inteligibilidad de su propia biografía.

De esta manera es posible rastrear desde un enfoque biográfico, tensiones y negociaciones en las experiencias de las mujeres entrevistadas (De Lauretis, 1989) donde las transformaciones de la subjetividad y la identidad son ejes centrales (Arfuch et al., 2005) para comprender las diversas maneras en que estas técnicas revelan ciertos sentidos en relación a la reproducción y la familia, como así también en la manera en que viven y habitan la religión y la espiritualidad en relación a estas experiencias.

En la presente investigación, se realizaron veintiún entrevistas biográficas en profundidad a veinte mujeres que han pasado o están pasando por diversos tratamientos

³Se hará referencia a mujeres, pero es preciso señalar que las personas entrevistadas son reconocidas como cis mujeres, es decir mujeres donde coincide su identidad de género con el sexo asignado al nacer.

con técnicas de reproducción asistida (TRHA). En los casos recabados los tratamientos realizados han sido algunas de las que están disponibles en Argentina y se realizan con más frecuencia, distinguiendo aquellas que desde los especialistas en TRHA llaman de *baja complejidad*, como la inseminación artificial (con o sin donante de espermatozoides), como las de alta complejidad, como la Fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), las cuales pueden ser usadas con gametas propias (homólogas) o con gametas donadas, que en los casos recabados fueron con ovodonación. Se recabó una sola experiencia de subrogación en una pareja de mujeres, donde una aportó un embrión fruto de la fertilización de sus óvulos y su pareja fue la gestante⁴.

Este trabajo no parte desde la idea de infertilidad, ni de personas con un diagnóstico de infertilidad, como una decisión teórico-política. El recorte de la muestra fue definido a la experiencia reproductiva de cis mujeres con las TRHA que tienen como objetivo la maternidad, más allá de los resultados posteriores. Si bien para analizar las TRHA se podrían haber incorporado las experiencias de personas trans y de varones, el recorte de la investigación estuvo puesto en abarcar la amplitud de experiencias de mujeres cis de diferentes edades, religiones, orientación sexual y diversos arreglos conyugales, criterio amplio en sí mismo para este trabajo específico. En este sentido es un criterio que resulta a pesar de todo amplificador de la idea de infertilidad, que deja por fuera a las mujeres lesbianas, bisexuales o que deciden maternar sin una pareja.

Las entrevistadas fueron contactadas a partir de algunas informantes claves y a través de un método de bola de nieve, lo que implicó que se fueron estableciendo contactos para sucesivas entrevistas. Esta técnica tuvo la ventaja de lograr un espacio de confianza con las mujeres entrevistadas pero a la vez, el acercamiento a un grupo homogéneo, en un sentido sociológico. Si bien se logró un espectro amplio respecto a la edad de las entrevistadas, que va desde los 32 a 65 años, una característica común es que dieciocho entrevistadas de la totalidad de la muestra (20), han realizado estudios terciarios o de nivel superior y pueden caracterizarse como profesionales de un sector social medio-alto. Por este motivo, la categoría de clase no aparece en esta investigación como una intersección central. Al momento de la entrevista dieciséis entrevistadas realizaron el tratamiento en una relación sexo-afectiva con un varón, dos de ellas se encontraban en una relación sexo-afectiva con

⁴ Ver glosario.

una mujer y otras dos entrevistadas no se encontraban en pareja y realizaron el tratamiento desde la “monoparentalidad por elección” (Jociles Rubio & Villaamil Pérez, 2012).

También se advierten diversas trayectorias y resultados, sólo once de ellas lograron un embarazo a través de las TRHA; otras tres realizaron el tratamiento y lograron un embarazo sin TRHA posteriormente; otras dos al momento de la entrevista continuaban con el tratamiento; y cuatro entrevistadas dejaron el tratamiento sin lograr un embarazo, de las cuales dos de ellas lograron adoptar.

En cuanto a la religiosidad, cuatro entrevistadas se identificaron como “no creyentes” o “ateas” y una como “agnóstica”, quince se identificaron como “creyentes”. Dentro de esta amplia categoría donde se encuentran las quince usuarias identificadas como “creyentes”, diez de ellas se definían como “católicas”, una como “católica sincrética”, una como “creyentes en Dios pero sin religión” y como una “budista”.

Sin embargo más allá de las autodenominaciones, los modos de vivir la religión en conexión con los tratamientos de reproducción asistida dan cuenta de una complejidad mayor de la que expresan a priori sus autodefiniciones: católicas que realizan biodecodificación, católicas que realizan constelaciones familiares o meditan, ateas y agnósticas que realizan prácticas espirituales y practican yoga, muchas de las cuales se asocian con sus experiencias reproductivas y la maternidad.

Para comprender el escenario legal, jurídico y religioso Argentina y su diálogo con el escenario trasnacional, se complementó el estudio con un análisis documental. Se analizó el contenido de la legislación vigente en Argentina, las reglamentaciones nacionales e internacionales⁵. Así también se analizaron las posiciones del Vaticano presentes en los

⁵ Internacionales:

Datos de la OMS (WHO) https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/guidelines_dvlpt/en/
[Fecha de consulta 18/12/2018]

Assisted reproductive techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2014. JBRA Assisted Reproduction 2017;21(3):164-175. doi: 10.5935/1518-0557.20170034

Red LARA – (Red Latinoamericana) http://redlara.com/PDF_RED/Situacao_atual_REDLARA_no_mundo.pdf
[Fecha de consulta 18/12/2018]

Nacionales:

Ley 26.862. Ley de “Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida”.

Decreto 956/2013. (Reglamentación de la Ley 26.862)

Decreto 931/2016

Resolución del Ministerio de Salud 1044/2018

Resolución del Ministerio de Salud 1045/2018

documentos sobre reproducción asistida de la institución. Se complementó este análisis bibliográfico con el análisis de documentos e información presente en páginas web de asociaciones de salud trasnacional (OMS), asociaciones de tecnología reproductiva latinoamericanas y nacionales, centro de fertilización y bancos de criopreservación de gametas de Argentina, así como de información en medios gráficos y virtuales que trataron el tema.

Así también se analizaron las versiones taquigráficas del debate legislativo que llevó a la ley de TRHA vigente desde 2013: la sesiones de la Honorable Cámara de Senadores (versiones taquigráficas de los días 15/08/2012- 03/10/2012- 24/04/2013), y a partir de las modificaciones propuestas por los senadores que llevó el proyecto a la cámara de diputados, también se analizó la sesión especial donde se aprobó la ley en la Honorable Cámara de Diputados (versión taquigráfica de 5/06/2013)⁶ disponibles en la página web del Senado de la Nación y de la Cámara de Diputados.

Estos documentos se procesaron y analizaron mediante un análisis cualitativo interpretativo, con el soporte del software ATLAS TI, lo que posibilitó codificar diferentes núcleos temáticos que aparecían como relevantes en los diferentes discursos, luego retomados como principales categorías de análisis.

Resolución del Ministerio de Salud 2190 - E/2016

Resolución del Ministerio de Salud Resolución 1831-E/2017

Resolución del Ministerio de Salud Resolución 1 - E/2017

Resolución APROSS 0178/09

SAMER Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva: SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA REPRODUCTIVA

http://www.samer.org.ar/pdf/problematika_aktual_fertilidad.pdf [Fecha de consulta 18/12/2018]

CATRHA comisión Asesora de SAMER <http://aacera.com.ar/catrha-comision-asesora-en-tecnicas-de-reproduccion-humana-asistida/> [Fecha de consulta 18/12/2018]

⁶ Por la simultaneidad de la discusión de la Ley de RA y el Código Civil, se realizó una lectura inicial que tomaba en cuenta las versiones taquigráficas de ambos los debates en relación a las TRA. No obstante en una segunda instancia, y a los fines de este trabajo centrado en las definiciones de familia, las sesiones legislativas relativas al Código Civil fueron descartadas ya que merecen un análisis propio dado que los ejes centrales de este debate versaban en la definición de persona como la discusión del estatus del embrión no implantado.

Capítulo 1. Las TRHA y los debates en la academia sobre reproducción, parentesco, familia y religión desde una perspectiva feminista.

Presentación del capítulo

El estudio de las experiencias de personas usuarias de la medicina reproductiva, no siempre fue abordado de la misma manera desde los análisis feministas. Podría pensarse que las TRHA como tecnologías reproductivas, han reactivado algunos debates históricos dentro del feminismo, así como también han planteado nuevos interrogantes dentro y fuera de este campo.

Para pensar las TRHA desde la teoría feminista, es preciso realizar en primera instancia un recorrido por algunos ejes que constituyen nudos críticos de discusión dentro de este movimiento.

En primer lugar, la maternidad se constituye para algunas feministas en una fuente de opresión hacia las mujeres de la que es preciso liberarse; mientras que otros sectores feministas consideran que la opresora no es la maternidad, sino más bien la maternidad en el marco de una sociedad patriarcal. De este planteamiento se desprende el interrogante sobre las posibilidades de construir autonomía sexual y reproductiva: ¿es posible pensar la autonomía reproductiva solamente cuando se elige no maternar o también se construye autonomía cuando se elige la maternidad? A su vez, otra pregunta que históricamente atraviesa esta discusión en los estudios feministas, es la disputa por la definición del sujeto del feminismo, encabezado por las posiciones críticas feministas en ruptura con el feminismo blanco, universal y heterosexual que llevan a plantear estos debates en otros términos.

Estos nudos críticos llevados a la discusión por las TRHA, supone entonces preguntarse si la tecnología reproductiva constituye un forma de opresión patriarcal o puede ser pensada como fuente de liberación de las mujeres en su reproducción. Del mismo modo se podría reformular la pregunta sobre la autonomía de las mujeres, reflexionando si éstas mujeres son usuarias de las tecnologías reproductivas bajo una “falsa conciencia” o por el contrario, deben ser consideradas como agentes que eligen en el marco de su autonomía reproductiva.

En cuanto a la última dimensión, también es preciso replantear si es posible comprender a las TRHA desde teorías macro sociales que explican las experiencias de “la mujer” o si la experiencia situada de las personas gestantes en el campo biomédico, arroja otra complejidad a la que se suman diversas intersecciones.

Para desarrollar estas discusiones, en este primer capítulo se recuperarán diversas posiciones que desde la teoría y el activismo feminista han pensado críticamente la maternidad y las tecnologías reproductivas. En una primera sección (1.1) se recuperarán los aportes de la teoría feminista sobre la maternidad, posición que sienta bases para pensar la relación de las mujeres con las tecnologías reproductivas, y luego se analizarán algunas de estas críticas feministas sobre las TRHA.

Dentro de las posturas feministas sobre las tecnologías reproductivas, se puede diferenciar un primer antagonismo que agrandes rasgos puede ser planteado de la siguiente manera: para algunas feministas radicales las tecnologías reproductivas constituyen otra forma de más de opresión patriarcal, mientras que desde otras posiciones se plantean distintas maneras de apropiación, resistencia y hasta consideran a las TRHA como una plataforma de liberación utópica.

Esta primera digresión supone poner en cuestión, diversas maneras de comprender las categorías de sujeto, cuerpo, agencia, poder y naturaleza, como nociones centrales que sustentan estas diferencias. Estas diversas posiciones políticas también dan cuenta de formas divergentes de construir conocimiento, algunas desde teorías macro sociales que cuestionan el papel del patriarcado y del neoliberalismo a nivel global sobre la reproducción, y otras poniendo énfasis en las experiencias y en las resistencias micropolíticas.

Por otra parte, como se señaló anteriormente, el feminismo ha aportado y generado rupturas en otros campos disciplinares y de análisis, siendo uno de ellos el de la sexualidad y la biopolítica. El estudio de las TRHA constituye una temática muy cercana a los análisis de este campo, dado que su desarrollo forma parte del creciente proceso de control biopolítico y medicalización de los cuerpos. Los estudios que desde una perspectiva feminista comienzan a disputar el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, empiezan a involucrarse con las experiencias concretas de las usuarias en el campo biomédico. También aparecen aquellos aportes que desde el feminismo comienzan a plantear nuevas maneras de pensar la tecnología reproductiva como fuente utópica de

liberación o de subversión del género, reconociendo a su vez nuevas formas de medicalización de los cuerpos. Estos debates del campo biomédico se reconstruirán en una segunda sección (1.2) donde se analizarán las nuevas formas de control hacia la reproducción de las mujeres, los efectos en la construcción de sentidos y subjetivización de los embriones, así como otras maneras de comprender la relación entre las tecnologías reproductivas y la agencia de las mujeres.

Otro campo que no resultó ajeno a estas transformaciones es el del parentesco y las familias, hegemonizado por largo tiempo por la perspectiva funcionalista. Esta área comenzó a renovar sus aportes a partir de la crítica feminista y de la incorporación a la academia de los estudios de las familias LGBTQ, sumado a las transformaciones tecnológicas como las TRHA, las cuales habilitan la creación de nuevos arreglos familiares. Todas estas transformaciones suponen revisar, como van a señalar las antropólogas feministas, la idea de naturaleza y biología como sustento ideológico de la familia y el género.

Se recuperarán algunos de estos debates del campo de los estudios de la familia y el parentesco en una tercer sección (1.3), con el fin de comprender cómo las TRHA desafían las nociones de lo “lo social” y “lo natural” del parentesco. Así también, se pensará esta tensión explorando aquellos trabajos que señalan la configuración de nuevas estratificaciones biologicistas, raciales, heteronormativas, como aquellas investigaciones que proponen pensar las reelaboraciones y las nuevas formas de reflexividad sobre lo familiar desde las propias experiencias de construcción de familias disidentes a la heteronorma.

Poner en discusión la “familia natural” así como la sexualidad y la reproducción, llevó a movilizar no sólo aquellas teorías sociales que habían construido sus andamiajes teóricos y políticos sobre la naturaleza, sino también aquellos argumentos morales y religiosos que forman parte de los cimientos de la estructura heteropatriarcal. El resquebrajamiento de estas estructuras se vuelve claro cuando se analizan los posicionamientos y resistencias de algunas religiones sobre estas transformaciones en el campo de la sexualidad, la reproducción y la familia. Así también, resulta evidente en los debates sociales que advierten que la naturaleza ya no constituye el fundamento de algunos derechos. Para ello, en un cuarto apartado (1.4) se indagará sobre las relaciones entre las TRHA y la religión, analizando en un primer lugar los desafíos que las TRHA generan en las religiones monoteístas, particularmente la católica por su incidencia política y social, aunque el campo religioso es

diverso en sus posturas. También se recuperarán algunas perspectivas que ponen en diálogo desarrollos del campo religioso y del feminismo para comprender la agencia de las mujeres frente a las normas religiosas desde distintas perspectivas teóricas, repensando la relación de lo religioso y espiritual en la vida de las usuarias de TRHA.

1. 1. Feminismos y TRHA: una relación incómoda.

Desde el feminismo y los estudios de género, el debate sobre la maternidad, la reproducción y el control del sistema médico hegemónico sobre de los cuerpos de las mujeres, tiene un amplio recorrido desde diversas perspectivas feministas filosóficas, antropológicas y sociológicas. Desde el punto de vista de las mujeres y sus decisiones reproductivas, ha cuestionado históricamente el control del cuerpo de las mujeres, así como la maternidad obligatoria. Podría decirse parafraseando a Irati Fernández Pujana (2014) que la relación entre la maternidad y el feminismo es una relación incómoda, tensión que se puede trasladar también a los estudios sobre TRHA, por reactualizarse algunas tensiones y preguntas sobre la maternidad como opresión patriarcal.

Si bien a continuación no se desarrollarán exhaustivamente las diferentes visiones del feminismo sobre la maternidad, estos debates atraviesan las tensiones de las diferentes posiciones feministas sobre TRHA. Una de las preguntas que atraviesa a la teoría feminista se vincula a la autonomía sexual y reproductiva, específicamente si las tecnologías refuerzan la opresión patriarcal o posibilitan mayor autonomía reproductiva.

Para las feministas de la segunda ola, la maternidad constituía sin dudas una forma de opresión patriarcal, donde la experiencia de las mujeres indicaba que la decisión por la maternidad era muy restringida en algunos contextos y la sexualidad estaba confinada a la heterosexualidad, al matrimonio, y donde la procreación era sólo legítima en ese marco. De esta manera las luchas estaban orientadas a la ruptura de la naturalización de la maternidad como destino para las mujeres en la sociedad (Chodorow, 1978; De Beauvoir, 1949).

Para Simone De Beauvoir (1949), al igual que otras feministas contemporáneas, el desafío estaba en disputar y deconstruir la idea del instinto materno, por constituir una idea que sustentaba la opresión patriarcal hacia las mujeres (Saletti Cuesta, 2008). Enfatizando el

papel de socialización patriarcal sobre la maternidad, De Beauvoir apuesta a la deconstrucción de la mujer, como bien señala con la afirmación de que “mujer no se nace, se hace”. Al mismo tiempo concebía a los procesos reproductivos como una experiencia de alienación para las mujeres, que hacía sentir el cuerpo como algo ajeno:

“La mujer experimenta una alienación más profunda cuando el huevo fecundado desciende al útero y allí se desarrolla; verdad es que la gestación es un fenómeno normal que, si se produce en condiciones normales de salud y nutrición, no es nocivo para la madre: incluso entre ella y el feto se establecen ciertas interacciones que le son favorables; sin embargo, y contrariamente a una optimista teoría cuya utilidad social resulta demasiado evidente, la gestación es una labor fatigosa que no ofrece a la mujer un beneficio individual y le exige, por el contrario, pesados sacrificios (De Beauvoir, 1949:12-13).

Así también las feministas de la segunda ola (Chodorow, 1978; De Beauvoir, 1949) cuestionaron a la maternidad como identidad femenina. Cuando Nancy Chodorow (1978) se pregunta “¿Porqué las mujeres maternan?” supone analizar un conjunto de argumentos que históricamente han sustentado y naturalizado la división sexual del trabajo. Así también, otro aspecto central que plantea Chodorow es el cuestionamiento de la categoría “maternaje”⁷, noción que naturaliza mediante el concepto de cuidado, el lugar de la mujer como cuidadora. De esta manera se produce según la autora la circularidad de la reproducción de género: “La división sexual del trabajo produce tanto las diferencias de género a la vez que es reproducida por ellas” (p. 38). Para Chodorow la división sexual no es sólo un aprendizaje en el marco de la socialización de género, sino que forma parte de la conformación psíquica femenina en una sociedad patriarcal.

En los años setenta y desde feminismo radical, una posición que será controvertida es la de Shulamith Firestone (2003), quien al igual que De Beauvoir planteaba que la maternidad era una experiencia victimizante para las mujeres (Rich, 1995:174). Sin embargo su postura es novedosa en cuanto ella consideraba que la tecnología podía contribuir a eliminar la diferencia sexual, como origen de la opresión. La división sexual del trabajo y la tiranía de la familia biológica, puede resolverse con la reproducción artificial, decía Firestone como un planteo utópico (2003:11). Desarrollos como el de Donna Haraway(1984) buscarán

⁷ La autora señala que la categoría “paternaje” no existe, lo cual refleja esta naturalización de la división sexual del trabajo.

en la tecnología algo similar a lo que Firestone señalaba en la década del setenta y que fue ampliamente criticado: la tecnología puede volverse en una herramienta de liberación para las mujeres (Frankin, 2009)⁸, idea que se retomará posteriormente.

Una década después del planteo de Firestone y con el desarrollo de las TRHA, algunas feministas radicales como Gena Corea (1985) y Christine Crowe (1985) traerán estas discusiones para pensar el papel de las TRHA de forma críticas sobre las consecuencias de las tecnologías reproductivas para las mujeres. Crowe (1985) señala que las TRHA constituyen una solución tecnológica para la ausencia de hijos pero que en lugar de apuntar a sus causas, continúan reforzando a la maternidad biológica como modelo deseable. La autora, en debate con aquellos argumentos que apuntan al derecho a decidir de las mujeres sobre su reproducción, cuestiona que la decisión no resulta autónoma en cuanto está mediada por circunstancias sociales como el estigma y la condena social por no tener hijos.

Otra exponente del feminismo radical, Janice Raymond (1994), señala a estas técnicas como una forma de violencia hacia las mujeres por degradar sus cuerpos (1994:5) vinculándola a formas de abuso sexual. Así también agrega la dimensión geopolítica transnacional, analizando la gestación subrogada en países del sur global. En relación a las usuarias, Raymond también cuestiona la idea de elección de las mujeres sobre las TRHA, como valor que ha legitimado otras “opciones opresivas” tales como la prostitución y la pornografía. Al igual que Crowe, critica los argumentos que enfatizan la autonomía reproductiva de las mujeres, señalando que no puede haber elección si no hay autonomía, salud y justicia social (1994:8). En esta línea En esta línea, estima que es un error asimilar la decisión de abortar con la decisión de usar las TRHA, las cuales eran consideradas para la autora como técnicas experimentales que ponen en riesgo la salud de las mujeres. Más aún, critica cómo la reproducción asistida presenta al feto como un ente aislado e independiente del cuerpo de la mujer (1994:9), la cual pasa a ser un mero ambiente y un envase, principalmente en la subrogación.

Otro argumento crítico de la autora se vincula a la idea de que la infertilidad es producida por la reproducción tecnológica, en este sentido Janice Raymond (1994)

⁸Puede rastrearse este paralelo teórico entre Firestone y Haraway en la conferencia brindada por Sarah Franklin en Barnard College en 2009 en ocasión de The Scholar & Feminist Conference 2009, "The Politics of Reproduction: New Technologies of Life.

argumenta que el creciente uso en pocas décadas no sólo se debe a que la definición de la infertilidad se ha expandido, sino a la oferta de especialistas y la consecuente visita a estos especialistas (Raymond, 1994:39).

Desde el ecofeminismo María Mies (1998) señala que las tecnologías de reproducción forman parte de los desarrollos y conquistas patriarcales y coloniales del hombre blanco sobre la naturaleza. La autora contrasta cómo las políticas de población intentan reducir los nacimientos en el Tercer Mundo mediante políticas de esterilización forzosa a las mujeres pobres, mientras que se busca la fertilidad en el “Primer Mundo”. También subraya una continuidad entre las políticas eugenésicas, el racismo y fascismo de la política nazi y las TRHA. Señala que las tecnologías reproductivas también constituyen una política sexista, ya que permiten la selección del sexo, lo que tiene consecuencias graves particularmente en los cuerpos de las mujeres del “Tercer Mundo”(Mies & Shiva, 1998:58).

Desde otras posiciones políticas, algunas autoras contemporáneas sostienen críticas similares que van en la misma línea que el feminismo radical, particularmente la coincidencia se vincula a la relación entre las TRHA y el mercado reproductivo neoliberal y patriarcal. En la actualidad algunas de estas críticas cuestionan la donación y mercantilización de las gametas, como la gestación subrogada como otra práctica donde el escenario neoliberal da cuenta de un entramado del trabajo reproductivo realizado de manera desigual (Wichterich, 2014; Waldby & Cooper, 2008; Blázquez-Rodríguez, 2005; Stolcke, 2010). Estas autoras reconocen otras intersecciones vinculadas a la posición social, racial y territorial, que configuran diversos modos de desigualdad. Las autoras señalan que a nivel global es posible identificar una verdadera geopolítica de la mercantilización de la reproducción que reproduce las desigualdades globales, en consonancia con lo planteado por el feminismo radical en los años setenta. Aquí se denuncia que algunas sustancias biológicas tendrían más valor que otras (gametas de alta calidad y de baja calidad) vinculadas a color de piel, ojos y cabello, inteligencia, y educación, también vinculado a los debates sobre el racismo en la construcción del parentesco, como se analizará más adelante.

En sintonía con algunas críticas del feminismo radical, Sarah Franklin (2009) también cuestiona estas formas de trabajo reproductivo desigual y señala que uno de los grandes desafíos de las TRHA se remite a que nos encontramos con un campo desregulado, con las consecuencias que ello acarrea: la comercialización y la creación de un mercado

reproductivo así como la perpetuación de las normas de género, raciales y de parentesco, mientras que ideas asociadas al fundacionalismo biológico están colapsando (Frankin, 2009:8).

Para aquellas personas privilegiadas, este contexto neoliberal posibilita y enfatiza la lógica de elección de las personas usuarias. Como señala Strathern (1992) no es casual que esta idea de elección en el ámbito de la reproducción y el parentesco, surja en Inglaterra en una sociedad capitalista donde:

“El ejercicio de elección que define a un ciudadano activo es la elección de mercado, no solo por el tipo de reglas asociadas al libre mercado o por una ecuación entre emprenderse a uno mismo y emprender negocios, sino porque el mercado trata de cosas que han sido marketinizadas (Strathern, 1992: 38). [La traducción es propia]

De esta manera algunas de las críticas del feminismo radical, vinculadas a la conexión entre la mercantilización de la reproducción y el mercado neoliberal global y colonial, son compartidas por diferentes posiciones y continúan vigentes en los desarrollos posteriores.

Es preciso también señalar otras dimensiones en las que es posible marcar algunas divisiones y fragmentaciones que se dieron dentro del feminismo tanto frente a algunas posturas críticas sobre las TRHA, como por plantear miradas divergentes sobre la maternidad.

Una de las feministas que presenta una postura diferente de la maternidad es Adrienne Rich (1995), quien plantea que el problema no es la reproducción ni la maternidad en sí, sino la manera patriarcal en que se instituye la maternidad en nuestras sociedades. En sintonía con lo planteado por De Beauvoir, en estas circunstancias la maternidad alienaba a las mujeres y se convertía en un trabajo forzado. Sin embargo, diferenciaba esta opresión de la experiencia misma de matinar, entendiendo que podía convertirse en espacio de poder femenino más allá de las estructuras patriarcales. En esta misma línea, desde el feminismo de la diferencia (Irigaray, 1993) se plantea la importancia de recuperar el orden simbólico femenino, la genealogía femenina y las relaciones entre mujeres en una sociedad falocéntrica (Saletti Cuesta, 2008).

En una lógica similar, es posible pensar algunas de estas tensiones y fragmentaciones del feminismo sobre la maternidad como en relación a las tecnologías reproductivas. Tanto Sarah Franklin (2009), tanto ella como algunas autoras del feminismo radical mencionadas

previamente⁹, formaron parte del movimiento FINRRAGE¹⁰, primer movimiento que dentro del feminismo se basaba en la crítica a las nuevas tecnologías reproductivas (Strathern, 2009). Sin embargo dentro del mismo se plantearon diferentes posiciones, donde un sector disidente –que incluía a la ya mencionada Sarah Franklin- cuestionaba la mirada de un sector más “duro” del feminismo radical, que entendía a las mujeres como víctimas, cómplices del sistema patriarcal o inocentes –en inglés “dupes”¹¹- frente a estas nuevas tecnologías. Esta forma de comprender la relación entre la autonomía de las mujeres y las tecnologías, provocó un conjunto de disputas internas que llevaron a la posterior fragmentación del movimiento (Frankin, 2009).

De esta manera, un primer punto en tensión que se puede señalar en el debate del feminismo sobre las TRHA, tuvo que ver con una concepción de sujeto y particularmente con la posibilidad de agencia de las mujeres frente a las tecnologías reproductivas. Estas posturas, sin desconocer algunas de las críticas planteadas por el feminismo radical, plantearon otra relación posible con las tecnologías reproductivas desde una óptica que se desplazaba de la mirada de opresión, lo que suponía revisar la concepción de poder que sustentaba las otras posturas (F. Luna, 2008).

Un aspecto relevante y novedoso de estas nuevas posiciones feministas parte del reconocimiento de aquello que Sarah Franklin (2009) denomina como una “incómoda ambivalencia” del feminismo frente a las TRHA y que suponía llevar adelante otra línea de acción. La autora señala que:

“...paradójicamente contar con mayor información y mayor elección reproductiva podría ser opresivo y desempoderante. Esta ambivalencia no fue usada como base para rechazar la tecnología, sino para habilitar a las mujeres a negociar sus demandas de forma más efectiva” (Franklin, 2009:2) [la traducción es propia].

Siguiendo a Franklin, en lugar de rechazar las TRHA, el hecho de poder identificar las particulares maneras en que se desarrolla la opresión en el campo biomédico, permitiría entonces pensar qué estrategias pueden fortalecer la autonomía reproductiva de las

⁹ Como Gena Corea y Christine Crowe.

¹⁰ FINRRAGE: Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering

¹¹ Hace referencia a la expresión de Renata Klein la cual fue fuertemente discutida en la organización. Para ver más información de este debate, consultar: <https://vimeo.com/4635010> [Fecha de consulta 11/12/2018].

personas. Desde allí que las visiones de las usuarias de estas tecnologías fueran centrales para disputar estas relaciones de poder.

Es por ello que un segundo punto en tensión con el feminismo radical, se vincula a la crítica de que sus desarrollos teóricos se encuentran desconectados de las experiencias de las mujeres con las tecnologías reproductivas (F. Luna, 2008). Esta crítica estuvo acompañada por el desarrollo de estudios centrados en las experiencias concretas de las mujeres con las tecnologías, por lo que algunas de estas autoras se involucraron con un estudio crítico del sistema de salud (Frankin, 2009).

De esta manera, el desarrollo de un movimiento por la salud de las mujeres en los años ochenta, conjuntamente con el desarrollo de estudios sobre diversas experiencias de mujeres con la tecnología reproductiva -de visualización, la amniocentesis y la hormonización- dieron lugar a un conjunto de análisis feministas sobre el sistema médico hegemónico y los efectos de la biomedicina sobre la reproducción de las mujeres. Entre ellos se encuentra una línea en análisis que desde el feminismo puso en cuestión el sistema médico hegemónico, como Robbie Davis-Floyd (1987) referente en los estudios sobre los procesos de medicalización de los nacimientos y el parto.

Entre los trabajos que desarrollaron estudios particulares sobre las TRHA en el campo biomédico, se destacan algunas autoras ya mencionadas como Sarah Franklin (1997), Charis Thompson (2005) y Rayna Rapp (1999). Otra autora, que plantea un estudio empírico es Elaine Denny (1994), quien también cuestiona la manera en que el feminismo radical ha utilizado la noción de elección de forma diferenciada, cuando se debate aborto o maternidad. Denny señala que siempre existe un conjunto de variables que en ambas opciones pueden mitigar la autonomía reproductiva de las mujeres, y en este sentido entiende que el feminismo no debería oponerse a la tecnología sino a la manera en que está organizada (1994:77).

La relevancia que estos aportes del feminismo tuvieron respecto al campo de estudio del cuerpo, la medicina y la reproducción, suelen ser desestimados desde la academia. Como señala Rayna Rapp (2001) la antropología feminista desde los años setenta y aquellas inscritas dentro del movimiento de la salud de las mujeres de los ochenta, tuvieron un papel central al renovar el interés por la reproducción y el parentesco como aspectos centrales de debate en la academia que pocas veces es reconocido (Frankin, 2009; Rapp, 2001; M.

Tarducci, 2013) . Otra área que se ve transformada en sus discusiones, se vincula al estudio de los efectos de esta tecnología en la cultura y cómo permea en construcción de las familias y las relaciones de parentesco (Yanagisako & Collier, 1994), donde las propuestas de las antropólogas feministas (Franklin, 1997; Strathern, 1992a, 1992b) renovaron los debates que se abrían en este campo antes dominado por el funcionalismo, como se desarrollará en un apartado posterior.

Dentro del campo de la antropología feminista, el trabajo de Raynna Rapp (2001) como el de Rosalind Petchensky (1984) fueron aportes centrales para dar algunas respuestas a esta “incómoda ambigüedad” frente a las tecnologías reproductivas (Frankin, 2009). Estas posiciones permitieron desarrollar dentro de los feminismos otras lecturas que fueron marcando una relación diferente con la tecnología, donde la biotecnología dejó de ser vista como sinónimo de disciplinamiento del patriarcado.

Rosalind Petchesky (1987), en su estudio sobre las tecnologías de visualización señala esta misma tensión, particularmente analizando el papel del ultrasonido. Si bien es crítica de cómo las mismas refuerzan la subjetivización del feto –por presentarlo como un ente aislado e individual-como su contribución al control de los cuerpos y de la reproducción de las mujeres, también señala la importancia de conocer las perspectivas de las mujeres ya que en general las mismas no se sienten ni víctimas, ni pasivas frente a las tecnologías. En este sentido, se interroga sobre la tensión que se produce entre lo que el feminismo decodifica como opresión y las diversas experiencias de las usuarias. Petchensky también cuestiona la idea de que las mujeres usuarias de las tecnologías reproductivas reproducen de forma automática los modelos hegemónicos de familia heterosexual, conyugal, biológica.

Del mismo modo, Raynna Rapp (2007) es crítica de los efectos que han tenido las tecnologías de visualización, las cuales nacidas como una tecnología naval hoy resultan de uso cotidiano y tienen efectos en la relación médico-paciente y médico-mujeres: presenta la ilusión de un feto independiente, autónomo, descorporeizado de la mujer, donde el conocimiento y la interpretación de esta información es únicamente potestad médica. Sin embargo, cuando la autora estudia las decisiones de las mujeres frente a las biotecnologías, analiza las experiencias buscando comprender los obstáculos de las usuarias. Partiendo de la

decisión compleja que supone para las mujeres utilizar la amniocentesis¹² durante el embarazo, Rayna Rapp (1999) utiliza el concepto de “pioneras morales” para hacer alusión a la manera en que las mujeres accionan en sus decisiones frente a este estudio prenatal.

Como se señaló anteriormente, estos desarrollos que dan cuenta del compromiso por comprender las experiencias de las mujeres con las tecnologías, parte y tiene un anclaje con su propia subjetividad: la autora comienza esta investigación a partir de su propia experiencia de aborto, luego de realizarse un estudio de amniocentesis y comprendiendo la complejidad de este escenario para las mujeres.

Estos estudios, alejándose de miradas de la tecnología como necesariamente negativa, permiten comprender que las mujeres frente a estos nuevos desarrollos biomédicos, comenzaron a encontrarse en situaciones de decisión en que las consecuencias de los tratamientos no se encontraban definidos de antemano. De esta manera la autora entiende que esto lleva a que las personas como protagonistas de procesos reproductivos, sean cada vez más reflexivas. Como señala Rayna Rapp (2001) existe una mayor autoconciencia de la manipulación de las categorías de parentesco y biología por parte de las personas usuarias, quienes transitan estos procesos como analistas de sus propias prácticas (Rapp, 2001:470).

Así también, lejos de evadir las relaciones de poder y desiguales en el campo biomédico, se propusieron nociones como la de reproducción estratificada (Colen, 1995) que permitieron comprender cómo ciertos desarrollos biomédicos reforzaron la patologización de la personalidad, el género y el parentesco (Rapp, 2001:469). Esta reproducción ahora entendida como problemática y patológica, es la que posibilita la mercantilización de la reproducción con la vigilancia del estado (Rapp, 2001:469). Sin embargo estas críticas no desconocen la ironía en estos procesos: a la vez que patologizan y estigmatizan ciertas formas de reproducción, dan lugar a la conformación de nuevas políticas identitarias (Rapp, 2001:469).

Volviendo a la tensión planteada por las autoras, no se puede desconocer cómo las TRHA han abierto nuevas opciones de elección, las cuales tienen un costo que se vincula a la creciente medicalización de los cuerpos, de la sexualidad y a la responsabilización de las mujeres por la gestión “eficiente” de su reproducción. A su vez, esta tensión entre elección-

¹² Punción mediante la cual se busca diagnosticar durante el embarazo, la presencia de una anomalía cromosómica o genética en el feto.

responsabilización, reformula la pregunta por el poder y la agencia de las mujeres en relación a estas técnicas.

A continuación se planteará, un conjunto de posturas divergentes dentro del feminismo que no sólo repercutirán en la manera en que se entiende la tecnología reproductiva, sino que propone desde el feminismo otra manera de vincularse con la “naturaleza” y la “tecnología”, o más bien de deconstruir esta falsa oposición.

Feminismos, poder, tecnología ¿otra relación con la tecnología es posible?

Al mismo tiempo que algunos sectores del feminismo radical en la década del noventa reafirmaban su total oposición a las TRHA, desde otros sectores de feminismo se comenzaron a pensar de otra manera las relaciones entre tecnología y reproducción, donde el cuerpo constituyó un eje importante para entender las relaciones de poder.

Al igual que Firestone, quien en la década del setenta pensaba que la tecnología permitiría romper con la opresión de la diferencia sexual, algunas feministas como Donna Haraway (1999) propusieron nuevas formas de alianzas utópicas entre feminismo y tecnología. Sin desconocer las relaciones de poder patriarcales y neoliberales, estas nuevas posiciones comenzaron a cuestionar cierta relación lineal donde la tecnología es entendida como villana y las mujeres se encuentran desagenciadas (Franklin, 2006; D. Haraway, 1984; Preciado, 2008; Rapp, 1999).

Como señala Sarah Franklin (2009), la pregunta por la relación entre la reproducción y la tecnología es una pregunta por el poder y este sentido estos desarrollos han permitido pensar desde esta óptica otras relaciones de las mujeres, su reproducción y la tecnología.

“Si hay una única lección para llevar de este cuerpo entero de académicas feministas, es que la relación entre tecnología y reproducción nunca puede separarse de cuestiones más amplias sobre el estatus y el empoderamiento de las mujeres. En el borroso margen entre las opciones limitadas y el hecho de *no-tener-más-opción-que-elegir-entre-ellas* se encuentra la paradoja característica del debate feminista sobre las nuevas tecnologías reproductivas (Frankin, 2009: 2) [la traducción es propia y el énfasis de la autora]

Una dimensión, donde se ancla esta mirada del poder y se piensa la autonomía reproductiva, es la dimensión corporal, la cual puede ser vista como plataforma de control

pero también de resistencia y transformación. Aquí el feminismo y los estudios queer traerán discusiones críticas sobre la existencia de la biología, la naturaleza y la idea de “sexo” como base material. La radicalidad de estos debates no es menor, dado que plantean que no hay una “vuelta atrás” hacia la naturaleza para pensar la reproducción. Como señala Donna Haraway (1999) desde estas perspectivas, la naturaleza es discursiva, es un lugar retórico común pero ya no entendida como aquel lugar estable de certezas, sino que es el lugar del cambio:

“La naturaleza es también un *trópos*, un tropo. Es figura, construcción, artefacto, movimiento, desplazamiento. La naturaleza no puede preexistir a su construcción. Esta construcción se articula sobre un determinado movimiento, un *tropos* o «giro». Fieles a los griegos, en tanto que *trópos*, la naturaleza tiene que ver con cambiar”. (Haraway ,199: 122-123)

Esto supone a diferencia de las primeras posturas feministas analizadas, que la construcción de una mirada crítica y feminista sobre la biología constituye un giro radical, al entenderla como un artefacto y un discurso sustentado por el aparato científico. Ello supone comprender nuevas miradas y comprensiones sobre los cuerpos de las mujeres, los fetos y los embriones no como un ente natural diferente a la tecnología, sino como parte de la misma.

Entre los aportes que buscaron comprender estos procesos de control sobre los cuerpos de las mujeres, se puede señalar el trabajos de Emily Martín (2001), quien puso de relieve la construcción socio política y patriarcal de la sexualidad y la reproducción (Stolcke, 2010). A partir de un análisis pormenorizado de los textos de estudio de la medicina reproductiva, Emily Martin ponía de relieve el lenguaje y las categorías mediante las cuales se nombra a lo biológico, donde la manera de nombrar a los óvulos como un “recurso no renovable” o entender la ausencia de un embarazo como un “desperdicio”, evidencia una mirada patriarcal. Como contraparte, la sexualidad y la reproducción de las gametas masculinas son nombradas como “un recurso renovable” y “eficaz”, lo que da cuenta la misma matriz.

Ello le permitió a la autora advertir en los discursos médicos la reproducción de representaciones fragmentadas y alienadas sobre aquello entendido como meramente

biológico, a la vez que reproducen estereotipos patriarcales de género. Al mismo tiempo estos discursos eran reproducidos por las mujeres, expresando la sensación de enajenación del propio cuerpo, percibiéndolo como un ente-objeto que es animado pero operado por otros, como una máquina, lo que da cuenta de una alienación que De Beauvoir ya señalaba décadas atrás pero desde una óptica diferente.

Si con Emily Martin (2001) podemos pensar en el cuerpo como máquina, con Haraway (1984) hablamos del cuerpo como sistema, metáforas que no sólo expresan posiciones filosóficas sobre el cuerpo, sino que tienen consecuencias políticas sobre la capacidad de agencia. Haraway (1999) a su vez propone la idea de cyborg como una construcción híbrida, de organismo y máquina, donde las tecnologías y sistemas de comunicación constituyen un lugar a disputar. La idea de cyborg de Haraway y de una transbiología, son nociones que permiten romper con visiones generizadas de la biología, a la vez que proyectar irónicamente otras formas de convivencia de la biología y la tecnología, que no son parte de lo natural, sino metáforas que permiten pensar su transformación (Frankin, 2009:7).

Donna Haraway (1999) dialogando con Sarah Franklin cuestiona ese lugar de apropiación de aquello construido discursivamente como naturaleza, donde la gestión del feto es un ejemplo que para la autora da cuenta de lo que es naturaleza y humano, y es uno de los planos –interno le llama la autora- que el sistema científico capitalista busca controlar. Sarah Franklin (2006) en la misma línea, analiza las nuevas formas de control y de gestión de la biología, cuyo propósito está puesto en hacerla más confiable a través del “control del riesgo” de estos procesos.

Marilyn Strathern (1992) por su parte, señala que si bien las nociones de cuerpo y máquina fueron conectadas por analogía, ya no funcionan más en los sentidos que se le asigna a la tecnología actualmente. Por el contrario como en el caso de las TRHA, culturalmente se entiende que la tecnología ayudaría a la vida a funcionar, en este sentido se habla de “asistir a la naturaleza”. Por ello desde la visión de Strathern, naturaleza y tecnología no evocan distintos dominios de la vida, por lo que no sirven de metáfora la una a la otra (Strathern, 1992:60).

Estas posturas sobre la naturaleza que permitieron dar un vuelco epistemológico, aún precisan no obstante la mirada desde las epistemologías del sur, como otra intersección de poder poco explorada. Andrea Torrano y Natalia Fischetti (2018) proponen en esta línea

pensar la técnica y las tecnologías desde el “Buen Vivir”, entendiendo que existe *“una relación co-constitutiva entre lo humano, lo técnico y lo tecnológico y la naturaleza”* (Torrano & Fischetti, 2018:275), planteando otra forma de ver esta relación desde una postura epistemológica decolonial.

Otro aspecto que constituye una visión divergente dentro del feminismo para pensar las tecnologías reproductivas, se vincula a la manera en que se piensa el poder y la agencia desde aquellas concepciones micropolíticas. Tal es el caso de Teresa De Lauretis (1989), quien siguiendo a Foucault, desarrolla la noción de “tecnologías de género”, entendiendo que *“el género, en tanto representación o auto-representación, es el producto de variadas tecnologías sociales -como el cine- y de discursos institucionalizados, de epistemologías y de prácticas críticas, tanto como de la vida cotidiana”* (De Lauretis, 1989:8). Para ella la resistencia al poder puede comprenderse como intersticios del poder desde donde construir agencia:

“La pienso como espacios en los márgenes del discurso hegemónico, espacios sociales cavados en los intersticios de las instituciones y en las grietas y resquebrajaduras de los aparatos del poder-saber. Y es allí donde pueden formularse los términos de una diferente construcción de género, términos que sí tengan efecto y se afiancen en el nivel de la subjetividad y de la autorepresentación: en las prácticas micropolíticas de la vida de todos los días y en las resistencias cotidianas proporcionan tanto la agencia como los recursos de poder o de habilitar investiduras; y en las producciones culturales de las mujeres feministas, que inscriben ese movimiento dentro y fuera de la ideología, que cruzan de atrás para adelante los límites -y las limitaciones- de la(s) diferencia(s) sexual(es)” (Lauretis, 1989:33).

Paul Preciado (2008), como referente de los estudios queer, parte de una mirada del cuerpo que pone en cuestión la tradicional mirada del feminismo que sitúa en el sexo como la naturaleza o base material, y el género como la cultura o la interpretación de esa naturaleza. La ruptura de este binarismo le permite comprender una idea maleable del cuerpo que puede ser transformado desde las propias tecnologías médicas como la hormonización. De esta manera, para Preciado, es posible pensar visiones de la tecnología – sexual, reproductiva- y la relación cuerpo y poder desde un “tecnopoder” que opera a nivel micro. Más aún, este tecnopoder no sólo que no es externo, sino que forma parte de las

subjectividades de tal manera que como sucede en la autoadministración de hormonas, este poder es voluntariamente inserto en el cuerpo. La propia experiencia de experimentar con testosterona y deconstrucción de género, da cuenta no sólo de la posibilidad de la autoadministración de una droga, sino de la apropiación de la biotecnología por parte de los sujetos. Como señala el autor, el hecho de que las hormonas pasen a ser medicamentos legales, permitió que pudieran como *“...entidades políticas que puede legalmente introducirse en un cuerpo humano de forma intencional y deliberada...”* (Preciado, 2008: 125). Preciado en coincidencia con Foucault, entiende que estas formas de poder operan de formas “microprotéticas” dado que comienzan a devenir subjetividad.

El planteo de Paul Preciado (2008), en línea como lo que expresa Donna Haraway (1984) permite entender a los cuerpos de las mujeres usuarias no como un ente previo, natural y diferente a la tecnología, sino como un “tecnocuerpo” que no es “ni organismo ni máquina” (Preciado, 2008:40) proyectado de esta manera otro orden de relaciones muy diferente al del feminismo radical.

Si bien se plantearon dentro del campo del feminismo un conjunto de rupturas que se vinculan a concepciones de sujeto, de poder, de agencia, de naturaleza, estos debates se constituyeron en aportes centrales no sólo para el feminismo, sino que resultaron centrales en los desarrollos de otros campos disciplinares. Es por ello que las tres secciones subsiguientes retoman los debates feministas y su impacto en otros campos académicos: n primer lugar en el campo biomédico, luego en el campo del parentesco y la familia, y por último en el campo de estudios de la religión y la espiritualidad.

A continuación, retomando estos diálogos, se analizará desde una perspectiva feminista un conjunto de debates que se dieron en el campo del estudio del campo biomédico, vinculado a los procesos crecientes de medicalización y control de los cuerpos. Este conjunto de debates son centrales para entender las lógicas de control específicas sobre la reproducción y las TRHA. Se retomarán aquellas tensiones que permiten pensar la particular manera en que se produce este control sobre la sexualidad y el control de la reproducción a través de la creciente responsabilización de las mujeres sobre su gestión reproductiva. Este escenario introducirá la discusión donde se enmarcan las transformaciones de sentidos sobre los embriones y fetos, así como de las nuevas

configuraciones subjetivas que refuerzan de nuevas maneras el lugar de las mujeres como reproductoras.

1.2 Medicalización, responsabilización y control de los cuerpos reproductivos

El análisis del sistema médico hegemónico o de la medicina del control (Armstrong, 1995) tiene un amplio desarrollo que se remonta al estudio de las formas de control en las sociedades de riesgo (Beck, 1992). La medicina de la vigilancia es un modelo que guió el desarrollo de las prácticas biomédicas, que van desde la popularización de la píldora como dispositivo de gestión de la reproducción de la población, así como la creación de otras tecnologías reproductivas como las TRHA.

Pero así también este proceso de medicalización de la sexualidad y la reproducción, puede rastrearse en otros estudios de la sexualidad, como el de Michael Foucault [1976] (2002). En “La Historia de la sexualidad”, Foucault plantea que uno de los ejes de la biopolítica se vincula a la socialización de las conductas procreadoras, donde las parejas son responsabilizadas por la fecundidad del cuerpo social entero.

Como se desarrolló anteriormente, desde el feminismo diversas autoras se comenzaron a preguntar por las nuevas formas de control reproductivo en el campo científico y biomédico: las nuevas formas de apropiación de la naturaleza y las nuevas formas de control de la sociedad (Franklin, 2009; D. J. Haraway, 1999). Para Sarah Franklin (2006) las lógicas de “éxito” y “control de calidad”, son algunas de las formas en que el poder opera en el marco de los tratamientos de reproducción asistida (Franklin, 2006). Una de las formas en que se controla la calidad en las THRA, es mediante las llamadas “habitaciones limpias” como nuevos espacios estériles, así también en los protocolos y control de las acciones de los profesionales que acreditan las clínicas, como en las diversas formas de estabilización de lo biológico (Franklin, 2006). Esto implica, según la autora, que las concepciones de biología se han modificado de acuerdo a estos parámetros, y el embrión, como producto de las TRHA, se ha convertido en un modelo deseable por ser una forma de biología más manejable, gestionable y controlable:

"Después de la FIV¹³" en otro sentido: la FIV se ha convertido hasta cierto punto en el modelo para la reproducción "normal". La FIV a la vez 'reproduce' la concepción como una réplica in vitro de la 'biología natural y existente' e inaugura un dominio nuevo y poderoso de la biología 'construida artificialmente' que se entiende simultáneamente como 'lo real' y completamente diferente- siendo mejorada, rediseñada, más limpia y más manejable (Frankin, 2009:3)[la traducción es propia]

Esta lógica del control a su vez no sólo tiene repercusiones en la manera en que se gestiona "lo biológico" en términos amplios, sino también en el papel de las mujeres como gestoras de su propia reproducción en las nuevas formas de control y vigilancia. En este sentido, las TRHA, no pueden desconectarse de las maneras en que se han presentado a las mujeres como una herramienta para la gestión de una reproducción responsable. La noción de infertilidad resulta en este sentido la contracara, el riesgo a evitar desde una mirada que patologiza los procesos reproductivos (Rapp, 2001).

En clara consonancia con la manera en que la medicina de control entiende al riesgo, no en el individuo, sino en los intersticios entre los individuos y la comunidad (Armstrong, 1995), la noción de infertilidad se define en función de un período determinado –doce meses- mediante el cual no se obtiene un embarazo en el marco de una relación heterosexual.

Las TRHA forman parte de la medicina del control, cuya lógica no reside en identificar salud como normalidad y enfermedad como patológico, sino en la vivencia de un constante estado de riesgo que precisa ser controlado: "un mundo en el que todo es normal y al mismo tiempo precariamente anormal y en el que el futuro puede ser transformado permanece como una posibilidad constante" (Armstrong, 1995:400). Este riesgo se traduce para las mujeres, en el riesgo de su reproducción, aún cuando no existe un diagnóstico efectivo de infertilidad. Como señala Franklin (2009) resulta llamativa la creciente popularización de estas técnicas cuya eficiencia es baja y cuyos riesgos aún son desconocidos. Pero como bien indica la autora, esto se debe a que las mismas se encuentran ampliamente desreguladas en el mundo, con riesgos que se desconocen o son tolerados por las personas usuarias.

¹³ Sigla para Fecundación In Vitro (IVF en inglés).

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

Otra forma en que este control opera a nivel subjetivo, se relaciona con la creación del diagnóstico de infertilidad, como señalábamos anteriormente vinculado a la idea de una forma de reproducción problemática y en función de ello, medicalizada (Rapp, 2001).

La construcción de la infertilidad como un dispositivo de control ha sido cuestionada desde diferentes miradas. Desde el psicoanálisis se ha cuestionado a las TRHA por la relación dialéctica entre la infertilidad y la medicina como recurso para atender esta necesidad. Como señalan Chatel & Cohen (2004): “¿las técnicas se desarrollaron para responder al mal que constituye una infecundidad que ya estaba presente pero que era silenciosamente ignorada o estaba falta de atenciones, o bien se desarrolló el mal para responder a la atracción de los desarrollos de la técnica? (Chatel & Cohen, 2004:193).

De esta manera, lo que las autoras señalan es la creación de una necesidad, donde los avances de la medicina inducen la demanda de un bebé:

“Así se dispone una lógica de una implacable coherencia: cuando la criatura no llega por sí sola, se piensa en la infertilidad y es posible acudir a la medicina para "resolver" esta decepción, pues aquélla se constituyó como lugar de destino de esa demanda. La sensación de fracaso que da la infertilidad puede transformarse entonces en éxito, con la ayuda de la medicina triunfante”. (Chatel & Cohen, 2004:194)

Del mismo modo, como señalan Chatel & Cohen (2004), esto tiene consecuencias en la forma en que se patologiza la respuesta:

“se tratará con PMA a ‘una mujer que no tenga el hijo que desea’. Lo cual es tanto como decir que la definición "médica" de la esterilidad es la infertilidad o la infecundidad; es la falta de hijos declarada por la pareja que pide uno; en principio, es un hecho de lenguaje, no otra cosa. Hay una operación de sustitución efectuada por el discurso médico sobre los

términos, y por lo tanto sobre los fenómenos: una mujer no es por fuerza estéril médicamente si no quedó embarazada cuando quería estarlo” (p. 200)

Sobre esta misma línea, Mariana Viera Cherro (2015) señala que las formas de resolución disponibles, también se vinculan a ciertas concepciones sociales y culturales sobre la ausencia de hijos como problema, y sobre cómo es socialmente legítimo y deseable resolverla: “...al mismo tiempo no habría habido interés en desarrollar tales biotecnologías si no comenzara a plantearse la ausencia de descendencia como un problema para cuya solución se privilegiara el vínculo biológico y no otras maneras simbólicas de establecer la filiación, como la adopción” (Viera Cherro, 2015: 351).

La manera en que se plantea esta respuesta médica conforma cierta demanda, es decir, que la ausencia de descendencia biológica sea un problema, da cuenta de la mutua imbricación entre la ideología y la tecnología, entendida entonces como tecnología de género (De Lauretis, 1989).

Otro punto a indicar como forma de control, se vincula a lo que comenzó a presentarse como modelo de una “buena gestión del cuerpo reproductivo”. Si bien la autogestión de su cuerpo permite a las mujeres una sensación de control sobre su propia reproducción (Denny, 1994), también se traduce en ideas negativas para quien no asume esta gestión de forma responsable, siendo de este modo vistas como ciudadanas biológicas pasivas (Rose, 2007). Como expresa Rose (2007) “Activismo y responsabilidad ahora se han vuelto no solo deseables sino virtualmente obligatorios -parte de la obligación del ciudadano biológico activo, de su vivir su vida a través de actos de cálculo y de decisión” (Rose, 2007:147).

De alguna manera aparece como una nueva virtud, que una mujer que se responsabiliza de su fertilidad haga todo lo que esté a su alcance para agenciar su reproducción, como es el uso de la tecnología disponible. A la vez que esta oferta amplía las opciones reproductivas, su existencia supone que las mujeres que decidan no utilizarlas estén decidiendo no ser madres (Gual, 2011: 272). Y para aquellas que deciden ser madres, supone que deben hacerlo de forma responsable siendo buenas gestoras de su reproducción, aún cuando los problemas de fertilidad sean de la pareja.

Lo que aparece como una “nueva virtud”, donde las mujeres son agentes activos, de alguna manera se orienta a reactualizar un mandato muy antiguo que supone que las

mujeres son reproductoras por definición. En este sentido, Mariana Viera Cherro (2015) señala que:

“El cuerpo femenino es el que carga con la mayoría de los costos de las intervenciones biotecnológicas para lograr el hijo biológicamente vinculado. No solo en términos de una mayor medicalización porque la gestación todavía depende de un útero sino porque el desarrollo biotecnológico se orienta en su investigación y práctica, y es acompañado por una dimensión cultural que avala tal sentido, a intervenir mayormente el cuerpo femenino, y no solamente el de la mujer que busca tener descendencia mediante TRHA sino también el de aquellas mujeres que comercian sus óvulos para estos tratamientos (Viera Cherro, 2015: 364).

Ya sea como usuarias, donantes o gestantes, en el marco de este cambio biotecnológico las mujeres se constituyen en agentes que deben tomar decisiones reproductivas de forma responsable, aún cuando no existe seguridad en las mismas. Tomar una decisión ética por ejemplo, es una de estas formas de responsabilización mencionadas. Nikolas Rose (2007) retomando el trabajo de Rayna Rapp, habla de las nuevas “pioneras éticas”, refiriéndose a las decisiones complejas que las mujeres enfrentan en el campo biomédico:

“Son pioneras de una nueva ética informada del yo: un conjunto de técnicas para manejar la vida cotidiana en relación con una condición y en relación con el conocimiento experto. Mientras que algunos podrían ridiculizar estas técnicas del yo biomédico como una especie de autoabsorción narcisista, de hecho muestran una admirable seriedad ética” (Rose, 2007:146).

Lo que puede ser criticado como un exceso de individualismo en la elección, señala el autor, es la realidad de muchas mujeres que deben desarrollar un conjunto de estrategias para hacer frente a estas nuevas situaciones. A su vez, estas nuevas decisiones y responsabilidades no se dan de forma automática sino que, como trabaja Rose (1996), suponen el desarrollo de un conjunto de tecnologías del yo que pueden diferenciarse en “técnicas intelectuales” y en “técnicas corporales”, que implican procesos de autoconocimiento, de cuidado del yo (relativo a la dieta, minimización del estrés o aumento

del autoestima), lo que se relaciona con los aportes de las disciplinas psi (Strathern, 1996). Allí es donde aparece un conjunto de prácticas religiosas y espirituales, que dan cuenta de la complejidad de herramientas que forman parte de esta gestión que, tal como se desarrollará posteriormente, no sólo supone la asistencia médica sino también la “divina”.

De esta manera, estos desarrollos críticos reactualizan algunos debates en relación a las formas en que circula el poder en el campo biomédico. Reformulando el planteo de Foucault, es posible pensar que el poder ya no funciona como un panóptico externo, sino que estas formas de control funcionan a nivel molecular, plasmándose en el conjunto de procedimientos, protocolos, acreditaciones de los centros que controlan los centros, los embriones y fetos y a las personas usuarias para asegurarse de una reproducción eficiente¹⁴.

Vinculado a lo que Nikolas Rose plantea con la noción de ciudadanía biológica, la cual da cuenta de la responsabilización de las mujeres y a la vez de otras formas de agencia reproductiva, con el planteo de Paul Preciado (2008) es posible pensar nuevas dimensiones del papel “activo” de los sujetos en relación con las tecnologías reproductivas.

Michel Foucault (1976) planteaba que la disciplina fabrica cuerpos dóciles y al mismo tiempo por esta disciplina se obtienen nuevas aptitudes y capacidades para actuar: “*digamos que la coerción disciplinaria establece en el cuerpo el vínculo de coacción entre una aptitud aumentada y una dominación acrecentada*” (Foucault, 1976:135). En relación a ello, Preciado (2008) señalará que estos nuevos escenarios suponen que el sujeto no sea dócil, sino que desee administrarse las drogas por su propia cuenta. Pareciera entonces, que no se trata necesariamente de docilidad, como refería Foucault, sino del poder actuando al nivel de las subjetividades y deseos, más en consonancia con el papel activo que plantea Rose.

Otro eje relevante que se analizará como parte de estos procesos de control de la biología, y que supone otro orden de disputas sobre la tecnología y la medicalización de la reproducción, tiene que ver con la subjetivización del feto, cuyos efectos no han pasado desapercibidos para el feminismo por menoscabar la autonomía reproductiva de las personas gestantes.

La popularización y rutinización de las TRHA, así como el discurso médico al alcance de

¹⁴ Lo planteado por los autores se advierte también desde las lógicas en que operan las redes regionales de Reproducción Asistida. Como señalan (Zegers-hochschild, Schwarze, Crosby, & Musri, 2016) la REDLARA o Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA), es un organismo que se encarga de contabilizar, monitorizar los procedimientos y resultados de las TRHA que funciona como un ente de control de calidad externo, que monitorea la seguridad y eficacia de los tratamientos y a la vez contribuye a las personas usuarias para que evalúen los riesgos de los tratamientos (Zegers-hochschild et al., 2016:164)

las personas usuarias, han traído nuevos planteos e interrogantes sobre el sentido que se construye sobre fetos y embriones. Como ha señalado anteriormente (Petchesky, 1987; Rapp, 2007) el poder de las tecnologías de visualización ha sido central en la subjetivización del feto. Pero así como indica Tania Salem (1997), las TRHA han contribuido a la comprensión del embrión como una entidad que es capaz de sobrevivir –congelado- independientemente del cuerpo de la mujer.

Rayna Rapp (2007) advierte que las imágenes del ultrasonido ofrecen un conjunto de representaciones sobre el feto mediante canales “altamente rutinizados”, pero entendiendo que estos procesos siempre están mediados por profesionales que son parte de esta interpretación. Así también, si bien es una técnica de diagnóstico y control del embarazo, ofrece un momento social, donde los padres “conocen a su bebé por primera vez” (Rapp, 2007:613) a través del acceso de lo que la autora llama “el feto en tiempo real”, constituyéndose en un recurso para el placer y la especulación de los padres.

Estas transformaciones biotecnológicas a su vez ponen de relieve que el acceso a los embriones está sujeto a interpretaciones profesionales y que existe todo un universo material -laboratorios, microscopios, pipetas, que son necesarias para acceder a los embriones- que está siempre socialmente mediado (Haraway, 1984; Franklin, 2006; Rapp, 2007). En este sentido las mismas tecnologías reproductivas, la biotecnología, la embriología, cuando posibilitan nuevas formas de reproducción, dan cuenta de la co-construcción de los “hechos biológicos” y nos interrogan sobre quienes somos como seres humanos y como sociedad.

Esta co-construcción es clara en el caso del “embrión cyborg” producto de las TRHA, como hace referencia Sarah Franklin (2006) siguiendo la idea de cyborg que Donna Haraway (1984) vaticinó. Este embrión es la falla pero la esperanza reproductiva dice la autora, y *“como sucedió antes con la ‘concepción natural’, se ha visto la necesidad de una gestión cuidadosa en función de que sea propiamente domesticado”* (Franklin, 2006:178) [la traducción es propia].

El control de calidad supone que la biología que sea tan buena como la naturaleza misma (Franklin, 2006). Ese control se imprime en las maneras en que se controla el proceso reproductivo y de gestación, los lugares, cuidados que se le otorga al feto, como a la mujer.

Pero no sólo la lógica de gestión y control de calidad atraviesa este campo. A esta

lógica se le suman otras concepciones culturales sobre el feto y el embrión. La equiparación del embrión como “persona” que implica dotar a los mismos de cierta subjetividad e individualidad, no constituye un proceso universal. Como señalan Conklin & Morgan (1996) se encuentra vinculada a imaginarios y modelos culturales sobre el cuerpo, que pueden variar en contextos culturales diversos. De esta manera, el estatus moral del embrión y la posibilidad de dotarlo de subjetividad, se expresa de diferentes maneras en distintas sociedades y dentro de una misma sociedad, a la vez que puede tener efectos en los ordenamientos jurídicos en las regulaciones sobre aborto, de reproducción asistida, particularmente en el tratamiento de embriones congelados, procesos de circulación, investigación y descarte.

En algunas culturas donde se plantea una definición individualista de persona, la misma está sujeta a características físicas de los fetos; mientras que en otras sociedades no occidentales ello no es así (Morán Faúndes, 2014). Por ejemplo, para la sociedad Wari la personalidad es una construcción fluida, contingente y progresiva, que se define en determinado orden de relaciones sociales (Conklin & Morgan, 1996).

En el marco de la sociedad brasilera, Naara Luna (2001) destaca algunas nociones presentes sobre los embriones, reconociendo algunos rasgos propios de las sociedades occidentales las cuales asimilan la categoría de persona con la de individuo, lo que se traduce en visiones que dotan de subjetividad e identidad individual a los embriones (N. Luna, 2001:391). La autora hacía referencia a los términos utilizados, analizando representaciones del embrión en diversos medios gráficos brasileros, a partir del debate en Inglaterra sobre la destrucción de embriones congelados. Por ejemplo, se hablaba de “padres” sobre quienes aportaban las gametas, así como también se hacía referencia a los embriones congelados como “hijos congelados”, “hijos abandonados”, “huérfanos” y se entendía su descarte como una “ejecución”, haciendo un paralelo con la pena de muerte. El análisis de la autora resulta interesante para comprender cómo se vincula en nuestra cultura latinoamericana la idea de embrión como individuo, que está sujeto a determinadas relaciones de parentesco –“padres” que deciden abandonar o no el embrión- la cual además se basa en un vínculo biológico (N. Luna, 2001:394)

1.3 Las TRHA y los debates por el carácter cultural o natural de la familia y el parentesco.

El resurgimiento del debate por la reproducción humana en ciencias sociales, que volvió a poner en discusión las ideas binarias de biología/sociedad y naturaleza/cultura, se vincula al aporte del feminismo pero también se remonta a un conjunto de debates previos que permitieron ir desarmando aquellas visiones naturalizadas sobre el parentesco y la familia que había primado por un largo tiempo (M. Tarducci, 2013).

Para disciplinas como la antropología, la pregunta por el parentesco ha sido siempre central, sin embargo el cuestionamiento de las bases de aquello que se denominaba como “los hechos biológicos” del parentesco, estuvo ausente por un largo período en coincidencia con la hegemonía de la perspectiva funcionalista que entendía a la familia como una institución natural de las sociedades occidentales (Jelin, 1984). Como retoma Sarah Franklin (1997) es posible rastrear algunos de estos debates sobre la fundación natural o no natural de la familia y el parentesco en el planteo de Malinowski y las sociedades trobriandesas a principios del siglo XX, particularmente en el debate sobre el llamado “Nacimiento Virgen”. Malinowski planteaba la ignorancia de los Trobriandeses sobre los hechos biológicos de la reproducción humana y argumentaba que aun conociendo la anatomía corporal, explicaban a la concepción como fruto de la intervención de un espíritu ancestral. Esta acusación de ignorancia que en algún punto desliga sexualidad de reproducción, fue ampliamente criticada en el campo antropológico y dio lugar a los primeros señalamientos sobre el papel cultural que tienen las creencias a la hora de comprender la reproducción y el parentesco (Franklin, 1997). Franklin señala que algunos autores compararon esta supuesta “ignorancia” de los trobriandeses, con el dogma cristiano que plantea que Jesús nació de una mujer virgen, negando la paternidad biológica de José. Esta creencia no implica, dice la crítica, que las personas cristianas no entiendan el concepto de paternidad biológica, sino que da cuenta que dentro de una misma cultura puedan convivir explicaciones diversas sobre la concepción, todas validas en su contexto (Franklin, 1997). Más allá de que estos debates llevaron a plantear el papel de la cultura y su relación con la biología para explicar el parentesco, Franklin señala que en este momento aún no se ponía en cuestión el hecho de

que la reproducción humana y el parentesco se fundara sobre una base biológica, sino que esta era vista como una base sobre la cual se pueden pensar las diversas interpretaciones culturales.

El trabajo de David Schneider (1969), quien estudió el parentesco poniendo en el foco la cultura euroamericana, constituyó una contribución relevante al proponer comprender a la biología como un sistema simbólico basado en los “lazos de sangre” y afecto (Franklin, 1997). Su aporte central fue poder separar los “hechos” de la reproducción biológica como verdad científica, de su valor como conocimiento cultural, rompiendo con la dicotomía entre “natural” y social” (Franklin, 1997:50), sentando las bases para algunos de los desarrollos posteriores de la antropología feminista. Asociar el parentesco con lo natural y lo biológico, señalaba Schneider, constituye un sesgo de los antropólogos euroamericanos, quienes dan por sentado las concepciones de su propia cultura para comprender el parentesco en otras (Franklin, 1997:52). Lo que Schneider planteaba era que en la cultura euroamericana, la relación heterosexual constituye un símbolo que naturaliza la unión entre lo conyugal y lo procreativo (Franklin, 1997:52) que asocia dos órdenes del parentesco euroamericano, el de la naturaleza – basado en los lazos sanguíneos- y el de la ley (Schneider, 1969). Sin embargo, como señala Franklin, Schneider continúa sosteniendo una separación entre biología y cultura en sus planteos (Franklin, 1997:55).

Siguiendo una discusión clásica dentro de la antropología, una primera tensión que se tomará, es la pregunta por el carácter natural o cultural de la familia y el parentesco y los debates que ha suscitado en las ciencias sociales los aportes del feminismo sobre la reproducción y el parentesco (Franklin, 1997; Rapp, 2001). Estos aportes han permitido pensar otras definiciones desde un enfoque cultural sobre la reproducción y la familia, atravesando los últimos desarrollos teóricos para pensar la reproducción. Siguiendo a Blázquez Rodríguez (2005), los hechos culturales reproductivos acontecen en un entramado social, político, económico global, donde se han producido, reproducido y legitimado nuevas vías de construir el parentesco, como sucede con la mediación de las nuevas tecnologías reproductivas.

Si entendemos a la familia y el parentesco como un hacer cultural, un aporte de la antropología para pensar la reproducción, ha sido poder preguntarse por la estabilidad o fluidez del parentesco como entidad y relación. Los estudios sobre las TRHA proponen

pensar el parentesco como una construcción, como señala Joan Bestard (2009) *“como un proceso, no como un estado del ser”* (2009: 86). De esta manera los estudios culturales de las TRHA comienzan a destacar la importancia de los sentidos que las personas usuarias le otorgan a las “substancias reproductivas”, donde la pertenencia y la identidad constituyen dos variables fundamentales para analizar los procesos que él llama de “apropiación”, que posibilitan la filiación (Bestard, 2009). Desde este enfoque una vía de ruptura con la mirada binaria del parentesco que separa naturaleza/cultura, es mediante el análisis de las experiencias con las TRHA, donde se desarman los sentidos y usos hegemónicos sobre la biología, como se trabajará en capítulos posteriores.

El clásico debate por los hechos sociales y naturales del parentesco, se reactualizó de esta manera desde el estudio de las TRHA. Marilyn Strathern (1992b) señala que cuando se piensa a las TRHA en la sociedad inglesa, se hace referencia a una “doble asistencia” para pensar el parentesco: constituyen una asistencia sobre los “hechos naturales” de la procreación, y aquellos entendidos como “hechos sociales” del parentesco que son asistidos por la legislación para el logro de su reconocimiento como familia (Strathern, 1992:20). De alguna manera revela que ningún campo se encuentra privado de la asistencia de la cultura.

En el marco de estas transformaciones mediante las TRHA, algunas autoras se han preguntado si la aparición y popularización de las TRHA en la conformación de las familias, ha tenido algún impacto en hacer evidente la construcción del parentesco, o si por contrario ha contribuido a ratificar al parentesco y la familia como algo fundado en lo natural, biológico o netamente genético.

Desde un enfoque cultural de los procesos reproductivos (Blázquez-Rodríguez, 2005), los estudios de género y feministas han permitido pensar el parentesco y la familia desde el carácter construido (Bestard, 2009) poniendo en cuestión la naturalización del género y del parentesco. (Franklin, 1997). Así mismo, la posibilidad de cambiar o transformar aquello que se entiende como familia, lleva en diversos análisis antropológicos y sociológicos de la familia a la pregunta por la “naturalidad” atribuida a la misma. Strathern (1992a) manifiesta que esta supuesta naturalidad se vincula a que este argumento ha constituido una forma de “fijar” las relaciones sociales y por lo tanto refiere a un carácter no negociable de los vínculos de parentesco. En el marco de las TRHA, donde lo “natural” de la familia no se encuentra definido y el carácter artificial de las mismas abriría el parentesco a la incerteza,

las TRHA han traído nuevos desafíos al poner cuestión el peso otorgado a lo definido como “social” y/o “natural” (Strathern, 1992).

Así también, retomando el debate del Nacimiento Virgen de los Trobriandeses, la autora lo compara con aquellos casos de mujeres que a partir de las TRHA decidieron concebir sin tener relaciones sexuales –y fueron llamadas “madres vírgenes”- lo que generó resistencias en la comunidad médica británica, revelando las concepciones sobre la reproducción que aún persisten en la cultura. Como señala Strathern (1995) lo que estos debates permiten poner en evidencia es cómo la sexualidad, la conyugalidad, la procreación y la maternidad aparecen de forma conectada como supuestos culturales que forman parte de las bases del parentesco euro-americano: *“Desvincular sexo de procriação e uma coisa as praticas anticoncepcionais ha muito tornaram isso possível. “Mas desvincular sexo de maternidade parece um problema inteiramente diferente”* (Strathern, 1995:303). Por esta concepción cultural, es que algunos autores coinciden con Strathern en que existe una constante en utilizar las TRHA desde la relación de pareja (Vargas, Russo, & Heilborn, 2010). De esta manera se advierte una relación compleja entre reconocer y ocultar la “artificialidad” del parentesco. En este sentido, las autoras refieren que el deseo de tener hijos si bien se presenta como una “realización individual”, a la vez aparece como una decisión de dos personas, lo que lleva nuevamente a la sexualidad como base para pensar la procreación, que es leída como naturaleza (Vargas et al., 2010). En una misma línea, Martha Celia Ramirez-Galvez (2003) indica que lo “natural” aparece cuando se entiende que las TRHA habilitarían los deseos “naturales” de los sujetos, pero esta naturalidad se complejiza cuando paradójicamente se vuelve necesaria la tecnología.

Los estudios de Marilyn Strathern, Portes Vargas, Russo, y Heilborn (2010) señalan que una manera de abordar estas relaciones entre naturaleza y TRHA es mediante el análisis de la correlación que existe entre valores y prácticas reproductivas. Las autoras señalan que en el contexto de sectores medios de Brasil, se destaca una visión de mundo que las personas usuarias describen ligadas a una ideología individualista, de elección, respecto a la sexualidad, la familia y la reproducción (Vargas et al., 2010) que podría llevarnos a pensar que existe un proceso de desnaturalización de la familia mediante la conciencia de las elecciones, sin embargo la búsqueda sigue siendo la naturalidad. Tomando los sentidos y

valores de las personas usuarias (Vargas et al., 2010) existe cierta tensión no resuelta sobre la naturaleza de la reproducción, que las autoras describen como una “curiosa convivencia”:

“la tendencia neo-romántica que valoriza, entre parejas y especialistas, **un modo <natural> de concebir un niño, y por otro lado una concepción eminentemente “racionalista” de la reproducción, que no excluye la intervención tecnológica (por lo tanto, artificial) para producir un embarazo... “natural”**. Tal convivencia se configura a partir de una combinación de valores presentes tanto en el idea de hijo como opción cuanto la idea de reproducción como acontecimiento natural” (2010:160) [La negrita es propia].

Más allá de estos aspectos que dan cuenta de diversas formas de reproducción de la norma hegemónica del parentesco, un aspecto que Marilyn Strathern reconoce como una ruptura en el parentesco hegemónico, es la diversificación de los papeles sociales: *“donantes, padres, madres, gestantes, dan cuenta de un desmembramiento de los papeles sociales”* (Strathern, 1995:306) lo que podría poner en evidencia el carácter cultural de estas posiciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no produce ningún tipo de ruptura cultural, porque como señala Strathern (1995), la tecnología en lugar de generar rupturas produce sustituciones de aquellos aspectos que se consideran significativos para el parentesco, en definitiva la tecnología reproductiva, como sustituta de la relación sexual:

“A intervenção tecnológica e muitas vezes apresentada de maneira a conservar intato o mecanismo de procriação conceitual o que se diz e que a intervenção simplesmente ajusta as condições físicas. Contudo que substâncias ou pessoas possam ser identificadas como ocupando o lugar de ou substituindo outras substâncias ou pessoas (naturais) persiste o modelo indígena de procriação. Assim o esperma doado substitui o esperma defeituoso ou a mãe substituta age no lugar da mãe pretendida. Além disso a própria intervenção tecnológica pode ser encarada como substituta do intercuro sexual (Strathern, 1995:307).

De esta manera, la “sustitución” de los aspectos hegemónicos del parentesco, aparece según la autora como otra forma de resolver la necesaria “naturalidad” que suponen las relaciones de parentesco. Otro modo de resolver esta tensión, se asocia a lo que diversos autores han señalado como procesos de “redefinición” de estas nociones que los sustentan: se redefine lo que se considera natural, se redefine lo entendido como social, o se toma en

diferentes contextos el valor de lo “biológico” o lo “genético” como diferentes maneras que permiten legitimar el vínculo.

Una autora que desarrolló esta idea es Corinne Hayden (1995), quien a partir de su investigación sobre experiencias de mujeres lesbianas con las TRHA, señala que lo biológico no funciona como una entidad fija y estable, sino que aún en aquellas configuraciones familiares donde se asume una ruptura con el parentesco hegemónico bioconectado, lo biológico cumple una función simbólica, es decir, *“el símbolo de lo biológico es desempacado, dispersado, y distribuido dentro de esas configuraciones”* (Hayden, 1995:44)[La traducción es propia]. En este sentido, lo que se advierte es que si bien el uso de gametos donados no supone desestimar la importancia simbólica de la conexión biológica en las relaciones familiares, tampoco pierde relevancia en la configuración de los vínculos familiares. Analizando el planteo de la autora, lo que se pone en cuestión es la noción de lo biológico como singular y donde lo biológico muestra su “elasticidad”.

Un punto que Charis Thompson (2007) trae a la discusión, es la importancia de comprender estas asignaciones diferenciales a las sustancias biológicas en diferentes contextos relacionales y culturales. La autora señala que el mismo procedimiento técnico de un laboratorio, como sucede con la fertilización in vitro y el embarazo subrogado puede dar lugar a diferentes arreglos familiares, es decir la diferencia de estas técnicas tiene que ver con la asignación de valor y sentido de los sujetos a estos procedimientos. La definición de la relación de parentesco -“quién es la madre” en este caso- no está dada por un sustrato biológico, sino por la primacía genética en el caso de la subrogación o la primacía de la “sangre” en el caso de la fertilización in vitro.

La primacía de compartir la sustancia genética, se puede dar de diferentes formas. Mariana Viera Cherro (2015) denomina este proceso como “uterización del vínculo”, refiriéndose a aquellos casos donde la posibilidad de ser gestantes define la maternidad, en oposición a lo que sucede en los casos de subrogación. Este proceso resulta frecuente en aquellas mujeres que utilizan ovodonación y valoran la posibilidad de ser gestantes aunque no compartan el “vínculo genético”.

De alguna manera, este conjunto de procesos da cuenta de un orden estratificado de las relaciones de parentesco, donde lo bioconectado y heterosexual constituye una norma, frente a la cual lo demás constituye sustituciones y reelaboraciones frente a esa norma,

encontrándose también en esta escala descendiente de las familias que no están bioconectadas, las familias adoptivas.

Siguiendo a Marla Brettschneider (2006) se entiende que la adopción, el uso de gametas donadas y la construcción de familias no heteronormativas, constituyen prácticas en el proceso de construcción de la familia que tensionan a la biología y a la genética en la legitimación de los lazos familiares, así como la conyugalidad y la heterosexualidad como requisito para la maternidad. Como refiere la autora, tomando el planteo de Judith Butler (2002), la adopción como vía para conformar una familia, suele ser tratada como la mímica, la construida, frente a las TRHA que se acercan más al modelo llamado "natural":

"...sostengo que si queremos ir más allá de las estructuras sesgadas (tanto en el pensamiento como en la práctica), debemos ver que la familia natural en sí misma no es natural. Esto es importante para las bio-familias "normativas", así como para las bio-familias marcadas como "otras". Más aún, debemos ver que la familia "natural" es tan construida como la familia adoptiva "construida". Encontraremos que la situación no es tan simple como: la familia biológica es dada, mientras que la familia adoptiva se hace, **la familia biológica es natural, mientras que la familia adoptiva está construida, o que la bio-familia es real u original y la familia adoptiva es una copia o espejo**. En contraste, mostraré que, bajo escrutinio, el marco "las familias adoptivas son para la cultura como las bio-familias son para la naturaleza" no se sostiene. Por esto estoy en deuda con el trabajo de Butler sobre la resistencia no como una versión "falsa" de un género "real" (Brettschneider, 2006:81). [La traducción es propia].

Pareciera que las TRHA posibilitan una nueva construcción de la "familia natural", ya sea conformada por la biología o la genética, que se continúa reinventando de diferentes formas. Es por ello que todos estos procesos no suponen una necesaria ruptura con la norma familiar pero tampoco una total reproducción. Pone de manifiesto que las personas usuarias otorgan diferentes sentidos y jerarquías a estas prácticas, en el marco de una sociedad heteronormativa que exige formar una familia inteligible y reconocible socialmente (J. Butler, 2002).

Como se puede analizar de las autoras, no es que las personas usuarias desconozcan el papel de las tecnologías en la transformación de las relaciones familiares, sino que esto aparece como una tensión no resuelta, que algunos trabajos exploraron mediante el análisis

de las categorías de lo natural, biológico o genético como categorías dotadas de diversos sentidos en diferentes contextos.

Por otra parte, Charis Thompson (2007) por otra parte complejiza la ecuación señalando cómo se produce esta naturalización del parentesco de forma inversa, es decir, basada en las relaciones sociales y culturales de las mujeres usuarias de TRHA. Retomando el caso de una mujer afroamericana que explicaba sus preferencias para usar óvulos de una donante de su comunidad, la usuaria comparaba este proceso con la frecuencia con la que se comparte la maternidad en las comunidades afroamericanas. Lo que Thompson indica es que esta explicación permite a la usuaria, legitimar socialmente la maternidad compartida mediante la donación de gametas a través de la naturalización de la misma, es decir cuando usa como argumento de legitimidad que la naturaleza de esta relación precede a lo social (pág. 628).

Aquí también la raza como categoría, constituye una dimensión que da cuenta de un aspecto que se oculta o se visibiliza en los arreglos familiares mediante las TRHA. Los procesos que forman parte de la reproducción con gametas donadas visibiliza esta dimensión generalmente silenciada (Lucia Ariza, 2015), donde las mujeres usuarias forman parte de un encadenamiento de decisiones que lideran las clínicas reproductivas en la selección de los donantes. Guiadas por una lógica de la búsqueda del “parecido”, si se desarma esta noción que para pensar la construcción de lo familiar desde una perspectiva interseccional, la misma muestra un conjunto de estratificaciones raciales en el campo familiar (Rapp, 2001).

Por un lado da cuenta que la raza constituye una variable aún vigente para visibilizar y hacer legible el parentesco (Moreno Figueroa, 2008). Es por ello que algunas investigaciones señalan cómo la selección de un/a donante de su propia “comunidad ética o cultural” permitía a las usuarias garantizar cierta base “natural” (Hayden, 1995; Thompson, 2007). Estos análisis van de la mano con aquellas posiciones que señalan las maneras en que a través de las TRHA se afianza una concepción biologicista del parentesco en nuestra cultura (Garay, 2008; Luna, N., 2001; Lucia Ariza, 2015).

Pero por otra parte, esto no escapa a las lógicas racializadoras que en Latinoamérica tienen su raigambre colonial y se materializan en forma de deseo (Viveros Vigoya, 2014), los sentidos sobre “la belleza” (Canessa, 2008) y como señala Moreno Figueroa (2008) esta

“lógica racista” o la “lógica del mestizaje” tampoco escapa al ámbito de la familia. Esto significa que la familia no puede ser pensada por fuera de la matriz de las desigualdades sociales, donde sexo y raza de forma interseccionada, constituyen una de las maneras en que se reproduce y naturaliza la desigualdad en la sociedad (Stolcke, 2010):

“Diferencias de sexo no menos que diferencias de raza son construidas ideológicamente como "hechos" biológicos significativos en la sociedad de clases, naturalizando y reproduciendo así las desigualdades de clase. Es decir, se construyen y legitiman las desigualdades sociales y de género atribuyéndolas a los supuestos "hechos biológicos" de las diferencias de raza y sexo (Stolcke, 2010:42)

Como señala Moreno Figueroa (2008), en el ámbito familiar mexicano estas desigualdades sociales reproducen en los imaginarios colectivos el cómo “deben ser” y “deben verse” las familias mexicanas, análisis que también podemos traer para pensar el contexto argentino preocupado en borrar las marcas del mestizaje de las propias identidades familiares y más propensos siempre a reconstruir las historias de los antepasados europeos. Como señala Rita Segato (2007) la ceguera sobre la raza en nuestro continente es sintomática de racismo que aún nos atraviesa en diversas prácticas y no escapa a las prácticas familiares, que por lo general resultan despolitizadas y romantizadas, lo que significa un velamiento ideológico sobre las relaciones de poder que allí operan.

Cuando se mira la reproducción, para algunas personas, el trazo racial continúa siendo fundamental para la identificación, para rastrear la historia familiar, donde se representa la idea de herencia, de transmisión de una sustancia genética, que supone una idea biologizada de maternidad y paternidad (Stolcke, 2010). La sexualización de este racismo estaría dado para Verena Stolke en el lugar que se le asigna a las mujeres en la reproducción, quienes *“desde una perspectiva esencialista, desempeñan el papel principal en la reproducción de la desigualdad social entendida como "racial" (Stolcke, 2010:49).*

Sin embargo, otros autores sin desconocer el peso de las normas familiares y de la manera en que las TRHA reproducen el parentesco hegemónico, también enfatizan otro aspecto de esta relación: es decir el proceso de reflexividad sobre las categorías de parentesco que constantemente muestran su contingencia. En relación a ello Sarah Franklin (1997) señala una creciente conciencia en la sociedad de que los problemas para concebir no

son experiencias inusuales, permitió poner en evidencia el hecho de que al explicar la reproducción sobre la base de los “hechos de la vida” o la biología, se ignora que las relaciones sexuales heterosexuales no son necesariamente procreativas.

Desde la sociología de Pierre Bourdieu (1997), esta reflexividad se puede entender a través de la noción de habitus: las experiencias de las personas usuarias con las TRHA producen modificaciones en los “habitus familiares” como norma familiar hecha cuerpo, y que por ello *“la categoría de lo familiar funciona, en los habitus, como esquema clasificatorio y principio de construcción del mundo social y de la familia como cuerpo social particular, que se adquiere en el seno mismo de una familia como ficción social realizada”* (Bourdieu, 1997:131). Estos sentidos que recibimos naturalizados sobre lo que es el parentesco y cómo se conforma, se hacen cuerpo, pero a la vez pueden ser cuestionados en distintos contextos y prácticas sociales (Gonzalez y Nucci, 2005).

Jennings (2010) en su estudio sobre usuarias de TRHA desde una noción performativa de género, señala que es posible entender que la infertilidad se vuelve un evento disruptivo en la vida de las mujeres ya que puede significar un desafío para las nociones imperantes sobre género y familia. En este sentido la autora comprende que este evento daría lugar a reevaluar y/o resistir las normas o a reproducirlas, entendiendo que las mujeres infértiles también participan, interpretan y dan sentido a la infertilidad.

Esta resistencia, reelaboración o repetición fallida del parentesco frente a la norma hegemónica, se vuelve más clara cuando se toman las experiencias de familias donde no sólo está en juego la ruptura con el parentesco biológico o genético, pensando desde la categoría de “infertilidad” sino porque la construcción familiar desafía la heteronormatividad, como es el caso de las familias homoparentales, así como aquellas experiencias de monoparentalidad elegida (Jociles Rubio & Villaamil Pérez, 2012).

Siguiendo a Judith Butler (2006) podría señalarse a la heteronorma como la base de aquello que sustenta al parentesco como “natural”. El parentesco en una especie de hacer que sostiene como estructura de relaciones hipostasiada, donde la heterosexualidad constituye una estructura en la que se ha fundamentado el parentesco mismo. No obstante, la autora refiere a la vez que este orden simbólico no es estático, sino que están continuamente en reelaboración.

La reflexividad, como resignificación de los términos del parentesco, entre aquellos que esta excluidos de la norma familiar (Butler, 2002), constituye en esta línea uno de los mecanismos mediante los cuales estas nuevas tecnologías han posibilitado la conformación de nuevos arreglos familiares, pero al mismo tiempo no dejan de ser estigmatizados, o vistos como una variación de esta norma, entendida como natural (Rapp, 2001).

Un campo de estudio que ha sido central también a la hora de pensar al parentesco y a la familia como “elección”, es el aporte de los trabajos sobre las familias queer o no heteronormadas, el cual permite complejizar esta discusión desde otras intersecciones. Los estudios del parentesco en familias homoparentales, no sólo han sido centrales para denunciar la heteronormatividad presente en nuestras sociedades cuando se piensa la familia y la reproducción. Así también han traído nuevamente la discusión sobre el valor de los aspectos biológicos y afectivos a la hora de configurar los lazos de parentesco (Kath Weston, 1991) así como del lugar de las TRHA y los múltiples sentidos sobre lo biológico las configuraciones familiares (Hayden, 1995).

Una de las autoras que ha traído esta noción al campo de la antropología del parentesco es Kath Weston (1997), quien ha sido pionera en el campo de estudio del parentesco gay y lésbico. La autora a partir del trabajo realizado en las comunidades de San Francisco, en Estados Unidos, denominado “*Families we choose*” o “Las familias que elegimos”- enfatiza la noción de elección como característica propia de los vínculos de parentesco gays y lésbicos y donde lo electivo es visto como un componente original de sus relaciones y a la vez positivo y diferencial respecto al parentesco biológico heterosexual basado de acuerdo al trabajo de Schneider (1990) en las metáforas de la sangre y el contrato como bases de la familia euro-americana.

Sin embargo, diez años después del trabajo de Weston y con la popularización de las TRHA, la construcción del parentesco en las familias no heteronormadas está mediada la mayoría de las veces por la tecnología reproductiva, generando miradas diversas sobre este aspecto que Weston reconocía como netamente positivo. Claudia Fonseca (2008) plantea que en la conformación de las familias homoparentales, más allá de las nuevas maneras en que la tecnología habilita la creación del parentesco, como “familias que elegimos”, también es necesario identificar la manera en que las jerarquías, la discriminación social y la desigualdad atraviesan las maneras de crear parentesco (Fonseca, 2008).

Es así que también señala cómo la homoparentalidad en este contexto neoliberal permite revelar a las actuales configuraciones familiares como “co-producciones que involucran- además de valores culturales- leyes, tecnología y dinero” (p.781). Vinculado a la noción de elección, Christa Wichterich (2015) también señala la manera en que *“el deseo individual y la elección se encuentran moldeados en contextos particulares, relaciones sociales y el interjuego entre estructuras políticas y económicas”* (2015:21). Ello significa que esta noción de elección no puede desconectarse de un contexto neoliberal, como han señalado diversas autoras (Strathern, 1992; Ramirez-Galvez, 2003; Portes Vargas, Russo, y Heilborn, 2010; Fonseca, 2008).

En cierta forma, estos trabajos señalan que aún desde la disidencia a ciertas normas familiares, existen múltiples desigualdades que se reproducen en la conformación de las familias de personas gays y lesbianas, sin embargo aún continúa siendo un espacio a disputar por las personas disidentes de la heteronorma excluidas del ámbito familiar. Como señala el trabajo de Berenice Bento (2012) para las personas trans, la familia constituye un primer espacio de exclusión.

En contrapartida con las posiciones planteadas, dentro de los trabajos sobre maternidades lésbicas en Argentina, hay dos que resultan interesantes para comprender esta tensión planteada entre naturalización-transformación. A diferencia de las críticas anteriores, el énfasis está en el carácter rupturista de estas maternidades tomando la orientación sexual como una intersección que no es menor para comprender estas experiencias.

María Luisa Peralta (2010) cuestionando aquellas posiciones feministas que analizan a las maternidades de lesbianas como reproducción del mandato patriarcal, sostiene que lejos de reproducir este mandato normativo materno estas maternidades resultan una transgresión al heteropatriarcado, dado que para ellas el imperativo materno les ha sido negado:

“Hay un mandato patriarcal anterior a ese y más fuerte, al cual el de maternidad puede a su vez servir subsidiariamente y reforzar, y es el de someterse a la voluntad, autoridad y poder de los varones en general y a la de un varón en particular (marido, concubino, novio, etc.). **Las lesbianas infringen ese primer mandato y entonces se interrumpe la serie y se pone en marcha otro juego de mandatos. En ese paquete de**

mandatos que el patriarcado impone a las lesbianas el referido a la maternidad es: no serás madre, no te es posible, te es vedado. Es una especie de contramandato que establece que las lesbianas deben abdicar de su capacidad gestante y de su deseo de maternar: si quieren ser lesbianas, si quieren vivir su sexualidad sin hombres, uno de los precios es que no se puede ser madre y, sobre todo, no se puede gestar” (Peralta, 2010:3) [la negrita es propia].

La heterosexualidad obligatoria en la conformación de las familias (Libson, 2012) se manifiesta en las experiencias de mujeres lesbianas con TRHA bajo esta ceguera. Como señala la autora tomando a Weeks, Heaphy y Donovan (2001) este tipo de relatos:

“se ubican dentro del mundo gay y lesbiano, como el *relato de la imposibilidad*. Esto es, un relato típico de una generación de varones gays y mujeres lesbianas de finales de los años setentas y principios de los ochentas (en este caso, de Gran Bretaña, pero que se puede atribuir también a otros contextos y/o épocas) que afirman en sus experiencias lo impensable que personas gays y lesbianas tuvieran hijos/as o proyectos de parentalidad”(Libson, 2012:311).

Las llamadas “madres solteras por elección” como trabaja Isabel Jociles Rubio (2012) dan cuenta de otras rupturas al pensar la diferencia con el “original familiar” asociado a la conyugalidad que también se encuentra inserto en la heteronorma, en la medida que entiende a la sexualidad, procreación y conyugalidad como parte de un mismo constructo. Resulta interesante el concepto de monoparentalidad por elección que se diferencia del concepto general de monoparentalidad, porque como señalan algunos autores (Jociles, Rivas, Moncó, Villamil, & Díaz, 2008) es una categoría que por lo general se asocia a un “problema social” que debe ser atendido por políticas sociales, sin dar cuenta la diversidad de situaciones y posibilidades dentro de esta categoría. Entre la diversidad de situaciones que suponen también apoyo estatal como toda maternidad, se encuentran las experiencias de mujeres que optan voluntariamente por la maternidad sin una pareja, algunas de ellas mediante las TRHA.

En síntesis, dentro de la diversidad de arreglos y configuraciones de cuidados y crianzas, no es posible obviar las diversas posicionalidades y corporalidades desde donde se

transitan las maternidades que implican desafíos diferentes frente a la norma heteropatriarcal. En este sentido, se puede advertir que si hay reproducción de un mandato patriarcal, la reproducción nunca es total, transgrede otras normas, la edad, la heterosexualidad, la conyugalidad, como algunas dimensiones que en las experiencias con TRHA van dando cuenta de trayectos diferenciales.

Un tercer campo de estudio donde la pregunta por la naturalidad de la reproducción y el parentesco se pone en tensión, es el campo de los estudios de religión y la espiritualidad. De esta manera, no ha pasado desapercibido para las religiones tradicionales el conjunto de transformaciones que las TRHA producen en un conjunto de áreas que han sido de histórica injerencia para el control de la sexualidad de la población (Pecheny, Jones, & Ariza, 2016). A continuación se analizarán estos debates desde la complejidad de posicionamientos del campo religioso, así también se analizarán las intersecciones entre reproducción y espiritualidad desde el análisis de la agencia de las mujeres.

1.4 Sexualidad, reproducción y familia “natural”: intersecciones religiosas para comprender el impacto de las TRHA.

Las TRHA han constituido un desafío para las religiones, entendiendo que ponen en cuestión las formas hegemónicas de sexualidad, reproducción y familia, todas áreas que las religiones monoteístas consideran centrales en sus enseñanzas religiosas (Schenker, 2000b). Si bien estos desafíos a simple vista podrían entenderse como una clara y lineal oposición a las técnicas, como señala Florencia Luna (2008), el escenario es más complejo y heterogéneo tanto entre diferentes credos como al interior de los credos, ya que sus posicionamientos no son “monolíticos”. Ello resulta claro en el discurso católico donde se advierten diversas miradas disidentes sobre sexualidad y reproducción (Dillon, 1996; Giménez Béliveau & Irrazábal, 2008), o como en el judaísmo que presenta una complejidad en sus posicionamientos que van desde posiciones ortodoxas a más reformistas¹⁵ (F. Luna, 2008; Schenker, 1987).

¹⁵ Florencia Luna (2008) distingue en el judaísmo diversas posiciones entre las que identifica las “reformistas”, “conservadoras” y posiciones “ortodoxas”, sosteniendo puntos de vista diferentes respecto la donación de esperma y óvulos, o la subrogación y la importancia sobre la gestación en el vientre materno. Así también el

Más allá de la diversidad de discursos religiosos, en el contexto latinoamericano el posicionamiento de la Iglesia Católica resulta de gran importancia, no sólo por la identificación de gran parte de la población argentina con la misma¹⁶, sino principalmente por su fuerte influencia en el espacio público en torno a las definiciones de familia y sexualidad (Vaggione, 2008; Béliveau & Irrazábal, 2008; Faúndes & Ruata, 2012; José Manuel Morán & María Angélica Peñas, 2013) .

A través del documento titulado *“La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas. Aspectos antropológicos y éticos”*¹⁷ se puede advertir una clara posición de la institución respecto al uso de estas técnicas. Lo que aparece como la mayor preocupación en el documento, tiene que ver con dos aspectos que se consideran como “no negociables”. En primer lugar enfatiza la preocupación por la manipulación y el “descarte” de los embriones, señalando además la objetivización de los embriones en los laboratorios y la posible eugenesia. Pero un segundo aspecto rechazado por la Iglesia tiene que ver con la disociación entre la sexualidad y la reproducción. Respecto a ello la Iglesia refuerza en el documento la importancia de la procreación en el marco matrimonial heterosexual, originado de una relación sexual, *“como contexto digno para el surgir de una nueva vida humana”* y como la *“la vía natural”* para la *“procreación”*. Un tercer aspecto que tampoco es menor y que la Iglesia Católica señala como un agravante a la *“procreación legítima”* tiene que ver con el uso de gametas de un donante -entendido como la interferencia de un *“tercero”*- que es señalado como el *“verdadero progenitor biológico”*, reinscribiendo en nociones biológicas sus argumentos.

judaísmo sostiene una tradición diferente respecto a otros credos respecto al comienzo de la vida, ya que entiende que el alma ingresa al cuerpo a partir de los cuarenta días. Sobre la religión cristiana protestante la autora señala que en general se aceptan las técnicas de reproducción asistida en caso de infertilidad incluida la donación de gametas, no así la subrogación. En relación al islam por la importancia de la conservación de linaje para los musulmanes se acepta el uso de las técnicas, siempre que sea utilizada en la relación matrimonial con las gametas de la pareja. Además consideran que la vida humana requiere protección luego de dos o tres semanas después de la concepción y la implantación uterina, aunque cabe señalar existen diversas líneas de jurisprudencia, algunas señalan que el alma no es insuflada en el feto hasta los 120 días.

¹⁶ Estudios recientes dan cuenta que en la actualidad el 76.5% de los Argentinos se consideran católicos (Mallimaci & Béliveau, 2007).

¹⁷ Academia Pontificia para la vida. Comunicado Final de la X asamblea general. *“La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas. Aspectos antropológicos y éticos”*. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20040316_x-gen-assembly-final_sp.html

Estas preocupaciones también se vinculan con lo que analiza Vaggione (2012) sobre la encíclica *Evangelium Vitae* (1995). Aquí la cultura aparece como el espacio de disputa, donde lo que se defiende es la “cultura de la vida” frente a la “cultura de la muerte” y que hace a una “mentalidad anticonceptiva” referida al aborto, a la fertilización asistida y la eutanasia.

Las objeciones de la Iglesia Católica ante las TRHA, expresan de un mismo núcleo en tensión que preocupa a la jerarquía católica en el escenario global: la separación de la sexualidad y procreación, como única opción que respeta la “dignidad humana” como la “dignidad del matrimonio”. Estas tensiones presentes en su postura se reactualizan en diversas discusiones – sobre las TRHA, el aborto, la anticoncepción como el matrimonio igualitario- presentan una misma preocupación. Estos aspectos han sido reafirmados por el último papado, como se puede analizar en lo comunicado a partir del último sínodo de la Familia realizado en el año 2015¹⁸:

“...se ha señalado la importancia de afirmar que la educación de un hijo debe basarse en la diferencia sexual, así como la procreación”. Y añade: “Por lo tanto, también (la procreación) tiene su fundamento en el amor conyugal entre un hombre y una mujer, que constituye la base indispensable para la formación integral del niño” (Página 12. 24/06/2015).

Estos documentos dan cuenta que aún en nuestras sociedades donde los discursos científicos y secularizados detentan mayor autoridad en algunas temáticas que las religiones, no supone una ausencia de posicionamiento sino que, como señalan algunos autores, se advierte que este discurso científico y biológico –incluso genético- (José Manuel Morán & María Angélica Peñas, 2013) ha sido reapropiado por los sectores religiosos y conservadores como una nueva forma de permear los debates en la esfera pública, proceso denominado “secularización estratégica” (Vaggione, 2014). Lejos de discutir con el discurso científico, estas nuevas formulaciones revelan ciertas coincidencias y superposiciones entre estos discursos. Como señala Haraway (1995), las certezas que hoy ofrecen las ciencias biológicas preocupadas en brindarnos un “nuevo relato de origen” buscando en la reproducción un

¹⁸ <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-275588-2015-06-24.html> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

lugar donde buscar una “verdad”, hoy son compatibles con las miradas de las religiones que lejos de oponerse a estos discursos se reapropian de los mismos.

Estas reapropiaciones del discurso científico, llevadas al espacio político impactan los debates por la regulación y legislación (Carbonelli & Grier, 1999; Pecheny & De La Dehesa, 2011; Vaggione, 2005b, 2005a), así como también se advierten los mismos mecanismos cuando se analiza la manera en que operan los discursos religiosos frente a las políticas de salud sexual y reproductiva. Con relación a ello, si bien en Argentina se han analizado los debates parlamentarios relativos a las TRHA (Ariza, 2017) dos autoras han tomado específicamente el entrecruzamiento de los discursos morales y religiosos en el debate legislativo. Gabriela Irrazábal (2012) se centró en los debates previos a la sanción de la ley que se dieron en comisión de Acción Social y Salud de la Cámara de Diputados en 2009, enfocándose en la participación de los bioeticistas católicos en estos espacios. En su análisis remarca dos preocupaciones principales de estos agentes: la protección de los embriones y el resguardo de la familia heterosexual. A la vez advierte que las nociones de “naturaleza” circulaban en el debate legislativo: *“para la mayoría de los presentes, sexualidad y reproducción iban unidas y se podía acceder a las técnicas sólo si hubiera una falla o trastorno en este proceso “natural”* (Irrazábal, 2012). A su vez, su análisis muestra que si bien los bioeticistas católicos representan un sector confesional, se apoyaban en un discurso secular que otorgaba relevancia a la ley de la naturaleza, pero que en definitiva defiende el orden cosmológico cristiano. Ello se sustenta en el entendimiento de la autora, quien señala que la bioética *“transpone de forma laica la misma ideología que la religión católica”* (Irrazábal, 2012:132).

Anahí Farji Neer (2015) por su parte, analizó las versiones taquigráficas del debate legislativo de la Ley de Reproducción Asistida (2013), centrándose en el significante “salud”. Aquí señala que aquellas propuestas legislativas que se amparaban en la noción de infertilidad como “enfermedad”, tenían claros tintes moralizantes y excluían a quienes no se ajustaban a la norma heterosexual. A su vez en su análisis reaparece la importancia de lo “natural” vinculado a la categoría de “infertilidad”: *“El precepto ideológico que se ubica en el trasfondo de esta categoría es el que sostiene que las intervenciones sobre lo corporal son aceptables solo en la medida en que tengan por objeto restituir un orden natural dañado”* (Farji Neer, 2015: 355). De esta manera es interesante que la noción de “infertilidad”, en

aparición neutra, secular, científica, hacía referencia a una ley que entiende a la naturaleza como destino y como base fundante de la familia, y la familia desde una visión heteronormativa en la misma línea que propone el discurso religioso.

Uno de los mayores argumentos- y no sólo de las religiones- contra las TRHA tiene que ver con la resistencia a la ruptura con una idea de “naturaleza” que aparece asociado a la reproducción (Strathern, 1992a). En este sentido, se advierten ciertas coincidencias entre el discurso patriarcal que se basa en una idea naturalista sobre el género y el parentesco y el discurso de algunas religiones monoteístas (Dias Duarte, Jabor, Gomes, & Luna, 2008; N. Luna, 2005; Vargas et al., 2010). Esta coincidencia entre dos tipos de discursos que Dias Duarte y otros (2008) llaman “ethos naturalistas” y “ethos religiosos” para comprender ciertas representaciones de los sujetos sobre la familia y la reproducción, son factibles de ser pensados desde escenarios más amplios. Si entendemos a lo religioso como una cosmovisión, dice Dias Duarte, es posible pensar cómo esta mirada permea los discursos de los sujetos e instituciones, muchas veces tras la forma de naturalismo. La histórica resistencia de la Iglesia Católica a la modernidad y a los valores individualistas, ha llevado al reforzamiento de la familia como un ámbito natural (Dias Duarte, 2008:117).

De esta manera, es posible advertir como en las sociedades latinoamericanas actuales, fruto de estas luchas discursivas, conviven estos valores religiosos, naturalistas y subjetivistas (Duarte et al., 2008). En relación a las TRHA, los discursos religiosos y naturalistas revelan su coincidencia frente a aquellos casos considerados “escandalosos” por apartarse de esta supuesta naturaleza: mujeres sin pareja, mujeres lesbianas o mujeres en la menopausia, por mencionar algunos de los cuales han sido objeto de controversia en el espacio público (N. Luna, 2001; Strathern, 2011).

Dentro del campo de estudios de la religión, otro punto de análisis se vincula a la pregunta por la autonomía de las personas frente a las normas religiosas en relación a la sexualidad y la reproducción (Luna, F. 2008; Béliveau & Irrazábal, 2008; Vaggione, 2014; Leal Reyes et al., 2011, Mallimaci 2007). En esta línea, algunos estudios señalan que se las mujeres religiosas que acceden a TRHA enfrentan dilemas con sus creencias en el uso de estas técnicas (Czarnecki, 2012; Fisher, 2013; Jennings, 2010), no obstante también reflejan que la religión no siempre resulta un obstáculo para el tratamiento, sino que en ocasiones se constituye en un recurso que les habilita a transitar por el mismo (Jennings, 2010). En la

región, este cruce ha sido poco explorado desde las experiencias de mujeres usuarias, apareciendo sólo de forma secundaria en algunos análisis. Como señala Lucia Ariza (2014) en su trabajo, el componente religioso aparece en los relatos de aquellas usuarias que se muestran “reticentes” a los tratamientos (2014:31).

Otra perspectiva que complejiza a relación entre religión y TRHA, tiene que ver con aquellas investigaciones que han puesto su foco en la “convivencia” de estos marcos religiosos y espirituales con el uso de la tecnología. Algunas investigaciones (Roberts, 2012; Álvarez Olmos, 2015) revelan que en el escenario Latinoamericano, la religión es una dimensión central en el proceso de TRHA, tanto para los médicos que la practican como para las usuarias, y que no suponen ninguna contradicción en sus marcos de sentidos, sino que médicos, especialistas y usuarias destacaban la importancia de la “asistencia de Dios” en estos procesos tecnológicos, como parte de los procesos reproductivos mediados por la tecnología (Roberts, 2012). La investigación de Karina Felitti y Gabriela Irrazábal (2018) también da cuenta de estos procesos de cruce entre espiritualidad y reproducción. Estudiando dos grupos que acompañan procesos de duelo gestacional, las autoras encontraron que desde diferentes marcos de inteligibilidad, entre los que distinguen marcos “basados en la evidencia” de “espirituales”, las mujeres construían diversos recursos que posibilitaban dar sentido a las experiencias de pérdidas de embarazos.

Esta compleja intersección entre religión y reproducción ha sido señalada por algunos estudios a partir del carácter estratégico y de negociación que llevan a cabo las mujeres religiosas usuarias de TRHA. Las perspectivas poscoloniales (Mahmood, 2009) y performativas (O. Avishai, 2008) constituyen algunas de las teorías que han aportado nuevas miradas para comprender el esquema dicotómico de opresión-resistencias frente a las normas, cuestionando la mirada occidental y liberal de agencia. Particularmente estas líneas de trabajo resultan relevantes para comprender la agencia de los sujetos en los espacios religiosos, históricamente excluidos o subordinados por género (O. Avishai, 2008; Fuist, 2016; Mahmood, 2001). Saba Mahmood propone dejar de entender agencia sólo como resistencia a las normas, cuestionando que esta ha sido la forma hegemónica en que occidente ha entendido la acción de los agentes frente a las normas, formulando que las mujeres islámicas “habitan” las normas religiosas.

Por su parte, Orit Avishai (2008) propone nuevas maneras de comprender esta dicotomía cuando hace referencia a un tipo de agencia entre las mujeres judías ortodoxas, que denomina “agencia dócil”, que no implica ni mera resistencia ni sumisión. Por el contrario, señala la autora, lo que precisa ser analizado es la manera en que las mujeres religiosas “hacen religión” -“doing religion frame”- es decir cómo performan su agencia dentro de las mismas religiones. En una misma línea, Todd Nicolas Fuist (2016) postula que entre la sexualidad y la religión de las personas no siempre se presentan conflictos ni implican un proceso de “reconciliación” de identidades, sino que dan cuenta de diferentes maneras de performar la propia identidad.

Estos enfoques a su vez son compatibles con la propuesta de Nancy Ammerman (2006) de “religión vivida” -“*lived religion*”- quien propone superar los binarismos a la hora de comprender las categorías de religión y espiritualidad, las cuales lejos de ser categorías estancas con fronteras delineadas, presentan constantes superposiciones en las experiencias de las personas religiosas.

Todas estas dimensiones y niveles de análisis para entender la religiosidad y la espiritualidad, dan cuenta no sólo de la complejidad del campo religioso, sino de la manera en que los aportes del feminismo sobre la reproducción han movilizad las estructuras epistemológicas y políticas en diferentes áreas de las ciencias sociales.

Si bien en el presente estudio se retoman desde el feminismo aportes de diversos campos de estudio, el análisis de las TRHA da cuenta no sólo de cierta transversalidad temática sino que, desde una perspectiva feminista, es posible comprender las diferentes formas en que opera en el escenario latinoamericano, el poder heteropatriarcal y neoliberal en distintos órdenes de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Capítulo 2. El escenario legal y jurídico en Argentina y las TRHA como política de salud: desigualdades reproductivas.

Presentación del capítulo

Las redefiniciones sobre las relaciones de parentesco, la regulación de las prácticas desconocidas de la biomedicina, como los debates por el acceso a estas técnicas, constituyen algunas dimensiones que las TRHA traen como desafíos para su regulación desde el momento de su desarrollo. Frente a estas innovaciones que generan pánico social y moral, los discursos expertos (Fraser, 1989) se han presentado como aquellos legitimados para constituirse en mediadores, acercando los debates sociales y legislativos a la escena pública.

Para ello este capítulo se propone comprender algunos desafíos regulatorios de las TRHA en Argentina y la manera en que la Ley de Reproducción Humana Asistida (2013), cristaliza ciertos consensos sociales por su regulación. Los sentidos y alcances de esta ley permiten comprender un escenario previo, vinculado los debates legislativos, así como las formas de implementación de esta ley como política de salud reproductiva.

Comenzando por los debates en los países pioneros en su desarrollo, se retomarán algunas dimensiones centrales puestas en discusión como antecedentes de debates, que introducen algunas tensiones que las TRHA suponen al momento de su regulación en diferentes países (2.1).

Estas mismas argumentaciones se reactualizan en los debates por las regulaciones y políticas reproductivas en Argentina, partiendo de su proceso histórico de desregulación y posterior reconocimiento como un derecho de salud. Para ello, en una segunda sección (2.2) se analiza la regulación vigente y sus efectos en el modo en que actualmente se accede a las técnicas. Luego, como reconstrucción histórica, se examinan los debates legislativos que dieron lugar a esta normativa para adentrarse en los argumentos políticos, religiosos, familiaristas y heteronormativos que atravesaron los debates por el reconocimiento del acceso a las TRHA como un derecho, así como los debates finalmente excluidos de esta regulación.

Sin embargo estas disputas, no se encuentran saldadas y durante la implementación de esta política, se fueron estableciendo algunas reglamentaciones como así también limitaciones al acceso a la misma. Cada espacio regional, también muestra sus particularidades en el acceso, por lo que se tomarán algunos ejemplos de la cobertura en la Provincia de Córdoba, lugar donde se sitúa el presente estudio. Así también, en una tercera sección (2.3) se examinan las últimas resoluciones nacionales que determinan y limitan el acceso a estas técnicas en Argentina. Ello permite valorar algunas dimensiones que hoy configuran el campo biomédico local, delineando el escenario actual por el que transitan las personas usuarias. Estas reglamentaciones a su vez, definen en mayor medida las posibilidades para constituirse en un sujeto paciente legítimo esperado por este campo biomédico, delimitando nuevas fronteras y exclusiones para el acceso a las TRHA. Así también las prácticas médicas van delineando un conjunto de opciones que se distancian de lo que la ley contempla, tal como sucede con la donación de gametos.

De esta manera, se abren un conjunto de asunciones heteronormativas y biologicistas del parentesco que dan cuenta del carácter no cerrado de algunos debates sobre TRHA y que debilitan su acceso de forma universal y sin discriminaciones. Ello supone como contrapartida que las personas usuarias desarrollen estrategias para exigir su cobertura, y que estos debates no estén saldados como política de salud.

2.1 Los inicios en la regulación de las TRHA: algunos antecedentes para pensar la política reproductiva.

La necesidad de elaborar respuestas a las nuevas incertezas que las TRHA producían en relación a la sexualidad, la reproducción y las formas de familia y parentesco, derivó en los países pioneros en la elaboración de un conjunto de informes donde la palabra de especialistas constituyó un primer paso para posicionarse frente a estas transformaciones sociales.

En Inglaterra en el año 1978 nació Luise Brown, primera persona concebida mediante la fecundación in vitro. Posteriormente, en 1982 dicho país convocó a un comité

especializado a cargo de la filósofa Mary Warnock, con el fin de abordar las principales implicancias sociales, éticas y legales de los desarrollos de las nuevas técnicas de reproducción asistida.

El mismo tuvo como objeto asesorar al parlamento británico sobre la futura regulación de las TRHA, produciendo un informe finalizado en 1984, que publicado un año después sería conocido como el “Warnock Report” (1985) (Strathern, 2009;Cripps, 1985).

Como resultado de los debates entre especialistas, este informe realizó un conjunto de recomendaciones sobre las consecuencias sociales de las técnicas de reproducción asistida, particularmente sobre la fertilización in vitro, la inseminación artificial con gametos donados o de la propia pareja, la donación de embriones, la gestación subrogada, la fertilización transespecies, como el uso y descarte de embriones humanos para la investigación. Así también se propuso establecer desde una concepción moral pública, algunos consensos respecto al avance del desarrollo biomédico, partiendo de una crítica a la concepción utilitarista, entendiendo que no todos los medios justifican un fin (Cripps, 1985). En esta línea, Marilyn Strathern (2005) señala que la mayor preocupación de este documento se vincula a la pregunta por los límites de la ciencia, pregunta que continua hasta nuestros días, razón por la cual este campo ha reforzamiento del discurso de los expertos, no sólo médicos, sino abogados, filósofos, eticistas, como también de antropólogos (Strathern, 2005). Por ejemplo, sobre la investigación de embriones humanos, el comité recomendó que la investigación se admitiera desde la fecundación hasta catorce días después, siempre que fueran embriones creados para este fin o fueran descartados después de un tratamiento (Cripps, 1985).

Al mismo tiempo que Inglaterra, otros países también realizaron sus propios informes de especialistas con un mismo fin regulatorio, tal es el caso de Australia y Canadá (Strathern, 2009). Unos años después, Estados Unidos, también convocó a un comité de expertos ante las incertezas sobre cómo regular este campo, trabajo que se plasmó en el informe denominado “*Infertility*” (1988)¹⁹.

Otro actor relevante que puso su mirada en los efectos de estas técnicas y que da cuenta del atravesamiento moral y religioso de los debates, fue la Iglesia Católica, quien publicó un año antes que Estados Unidos, un documento denominado “*Donum Vitae*”

¹⁹ Elaborado por la “USA’s Office of Technology Assesment”.

(1987). Como se señaló en un capítulo previo, la Iglesia Católica en este documento defiende la “Ley Natural” como fundamento que sostiene el carácter unitivo de la sexualidad y la procreación en el matrimonio. Sobre este aspecto reside la dignidad de la persona humana, fruto de esta relación. Toda práctica que atente contra esta ley, tales como la anticoncepción, el aborto o las TRHA constituyen una afrenta a esta ley natural. Así también, el cuestionamiento del estatus moral del embrión, constituye otro aspecto que confronta la postura de la jerarquía católica por considerarla un atentado contra la persona humana, identificada desde esta perspectiva desde el momento de la concepción. Estos argumentos se desarrollan con mayor especificidad en el año 2004, en un documento sobre las TRHA denominado *“La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas. Aspectos antropológicos y éticos”*²⁰, analizado en un capítulo previo. La postura de la jerarquía católica, se presenta como una de las posturas religiosas más restrictivas frente al uso de estas técnicas (Schenker, 2000b).

Cahill Sowle (1996) comparando “Donum Vitae” con el reporte de especialistas de Inglaterra y el de Estados Unidos, señala que existe cierto diálogo entre los tres documentos así como discusiones comunes sobre aspectos éticos de las TRHA. Los tres documentos están centrados en el debate por la utilización de medios artificiales reproductivos y plantean algunos nudos en común que tienen que ver con la problematización del hecho de concebir sin relaciones sexuales, sobre el uso de donantes y sus efectos en el parentesco, así como el estatus de los embriones y su tratamiento (Cahill Sowle, 1996:220) .

En cuanto a las diferencias, si bien el “Warnock Report” de Inglaterra se propone pensar en cómo establecer límites, finalmente esta posición no es clara, siendo una crítica más bien moderada al desarrollo científico, como advierte Cahill Sowle. A diferencia de este, señala la autora, el informe “Infertility” en consonancia con la tradición liberal norteamericana, es el que mayor énfasis le otorga en sus argumentos a la elección y a la libertad y el que defiende en mayor medida los avances biomédicos. Por su parte, el Vaticano supone que la noción de “dignidad humana” resulta un argumento que permite resolver y establecer un consenso sobre los límites a la ciencia que *“transgreden los*

²⁰Academia Pontificia para la vida. (2004).Comunicado Final de la X asamblea general. “La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas. Aspectos antropológicos y éticos”. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20040316_x-gen-assembly-final_sp.html

significados humanos sobre el sexo, el matrimonio y la paternidad” (Cahill Sowle, 1996:222), siendo de los tres documentos el que mayor oposición presenta hacia las TRHA.

La cuasi simultaneidad de la formación de comités de expertos en el tema, como estrategia para comprender las consecuencias sociales de las TRHA, permite pensar que las técnicas plantean situaciones que a simple vista no resultan inteligibles para su regulación. Poner en cuestión la idea de la “naturaleza reproductiva”, supone modificar las normativas sobre las que los estados regulan la sociedad, como también implica para la Iglesia Católica defender un aspecto central de sus enseñanzas, como es la “ley natural”. Así mismo de este aspecto se desprenden dos nociones centrales como la de persona y los sentidos sobre el parentesco (N. Luna, 2001; Strathern, 2005), como aparecen en los principales puntos en común, movilizándolo argumentos religiosos, sociales, políticos y legales.

Así como estos documentos sentaron las bases sobre cómo interpretar estos avances tecnológicos y regularlos, otra posición que se constituye en un antecedente central en la manera en que se regularon las TRHA en diversos países, es la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un organismo experto. La OMS parte de la noción de infertilidad a la que define como *“enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”*.

Lo paradójico de la definición de esta organización que entiende a la salud de manera integral²¹ e incorpora diversos aspectos que superan la noción de enfermedad, es que su definición de infertilidad ha contribuido a reforzar el carácter patologizante de la reproducción. Es por ello que la posición de la OMS, centrada en la idea de infertilidad se vuelve una definición relevante de analizar, no sólo por su importancia transnacional sino porque representa aquella mirada sobre las TRHA que corresponde con la manera en que se desarrollaron los procesos de medicación de la reproducción. Como señala Rayana Rapp,

²¹ “«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.” <https://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Fecha de última consulta 1/12/2018]

esta posición traza una postura que va de la mano con los procesos de patologización y de regulación de las formas de reproducción “problemáticas” (Rapp, 2001:469), definiendo el uso de las TRHA sobre una matriz heterocentrada reproductiva (Farji Neer, 2015)

La mirada de esta organización ha sido central para su regulación en Argentina, siendo invocada ante la necesidad de definir políticas de salud que regulen el acceso a las TRHA. Por ello mismo, el hecho de que una organización con la legitimidad de la OMS defina a las TRHA desde la infertilidad, se constituyó en un desafío por cuestionar y superar en debates sobre la regulación en Argentina.

En la actualidad, las posiciones y definiciones de la organización están sujetas a los debates realizados en los comités de expertos, con el fin de establecer sus propios lineamientos en relación al diagnóstico de infertilidad y el management de los procedimientos (1992). También la OMS continúa estableciendo lineamientos que guían la investigación en parejas infértiles (2012)²². Así también, sostiene algunas líneas de acción como desafíos para lograr en los llamados países desarrollados, donde se reconocen algunos factores asociados tales como las enfermedades de transmisión sexual, la pérdida de embarazos y la anticoncepción, como aspectos que no se deben descuidar a la hora de pensar la fertilidad en una población²³.

Este análisis permite evidenciar que un punto central sobre las TRHA que se encuentra en disputa en el campo de la salud, se orienta hacia una misma preocupación vinculada al control de la reproducción. Ya sea desde miradas patologizantes, religiosas, filosóficas, morales o jurídicas, se expresan diferentes “visiones de mundo” sobre la sexualidad, la reproducción y la familia (Luker, 1984) expresadas en el campo legislativo en luchas discursivas que buscan sostener o resquebrajar el modelo hegemónico sexual y reproductivo.

2.2 La regulación legal vigente sobre TRHA en Argentina

²²Extraído de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/guidelines_dvlpt/en/ [Fecha de consulta 3/12/2018].

²³ Extraído de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/> [Fecha de consulta 3/12/2018].

En Argentina como en otros países, el uso de estas técnicas surge en el ámbito privado, lo cual implicaba que el acceso a las mismas estaba restringido a quienes pudieran costear económicamente los tratamientos²⁴. Ello dio lugar a numerosos reclamos judiciales, siendo la estrategia mediante la cual se lograba la cobertura de los tratamientos. Previo a la regulación vigente, algunas provincias lograron la cobertura mediante el sistema de salud público o a través de la seguridad social (Madies, 2013), preexistiendo un escenario donde algunas provincias contaban con legislaciones provinciales y otras donde algunas obras sociales brindaban su cobertura restringida a parejas heterosexuales. Tal es el caso de la provincia de Córdoba donde en el año 2010, APROSS (seguro de salud de los empleados públicos provinciales), fue la primera vía mediante la cual se logró la cobertura de las TRHA a parejas heterosexuales. La misma se aprobó mediante la Ley Provincial 9.695, por iniciativa de APROSS, siendo Córdoba la primera provincia del país en lograr su cobertura a nivel provincial²⁵.

El proceso para lograr en el año 2013 la sanción de la Ley de Reproducción Humana Asistida (26.862), también estuvo acompañado por la demanda y organización de la ciudadanía a través de diversas asociaciones de la sociedad civil que abogaron por su legislación²⁶ y demandaron la cobertura a estas técnicas.

Sin embargo, cabe señalar que desde que se comenzaron a utilizar en Argentina hasta el reconocimiento de su cobertura, pasaron tres décadas. Estas dilaciones pueden ser comprendidas, como señala Cecilia Straw (2013), por las dificultades que los y las sujetas afectadas tienen en politizar una situación que en general es vivida como íntima, estigmatizante y del orden de lo privado.

En el año 2013, ese acceso se amplió con la Ley de Reproducción Asistida (Ley 26.962) que contempla con el financiamiento del estado, el acceso gratuito a toda persona mayor de edad. De esta manera, en Argentina hoy es posible pensar las TRHA, al menos en términos legales, como un dispositivo médico- tecnológico que reconoce el acceso a una amplia franja

²⁴ https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/06/130610_argentina_fertilidad_vs [Última fecha de consulta 10/01/2019]

²⁵ <https://www.lavoz901.com/noticias/crdoba-aprob-la-primera-ley-del-pas-que-da-cobertura-a-la-infertilidad.htm> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

²⁶ Algunas de las asociaciones son: “Sumate a Dar Vida”, “Concebir”, “Develar”, “Personas con Infertilidad en la Lucha”, “Abrazos por dar Vida”, “Lesmadres”,

de la población gracias a la cobertura dentro del Plan Médico Obligatorio y la Salud Pública²⁷. La ley vigente en Argentina define a las TRHA como “*procedimientos y técnicas realizadas con asistencia médica para la consecución de un embarazo*” incorporando las técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones. Así también se señala expresamente que “*no se podrán introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios*”. De esta manera, al correrse del sentido de “infertilidad”, se eliminó también el carácter conyugal y heteronormativo presente en la definición de la OMS. Eso no significa que en la práctica, tal como se analizará posteriormente en relación a su reglamentación, las personas usuarias que se alejen de la norma heterosexista no experimenten algunos obstáculos para su acceso.

Otro orden de novedades se vincula a la noción de voluntad y al énfasis en la elección de los sujetos sobre sus construcciones familiares por sobre los sentidos biologicistas de familia, que en el orden jurídico argentino ha sido incorporada en las formas de filiación reconocidas por el Nuevo Código Civil Argentino. Como refiere Marisa Herrera (2014), la especificidad de estas técnicas reside en que “*hacen posible la disociación entre el elemento biológico, el genético y el volitivo, cobrando éste último primacía*”²⁸. Ello significa que el Nuevo Código Civil contempla una tercera forma de filiación, donde prima la “voluntad procreacional” de los padres por sobre los datos genéticos. Estos aspectos legislativos serán analizados en un apartado posterior.

²⁷ Se crea con la Resolución del Ministerio de Salud 1831-E/2017 una Red de Establecimientos Públicos. Como define en el ARTÍCULO 2º.- “La RED DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA, se podrá conformar inicialmente: (a) para TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD, por UN (1) establecimiento público provincial como mínimo por cada Jurisdicción Provincial y UNO (1) como mínimo por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que adhiera a dicha RED, mediante la suscripción del CONVENIO cuyo texto se aprueba como ANEXO I (IF-21819391-APN-DD#MS) y forma parte de la presente; y (b) para TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD, por el INSTITUTO UNIVERSITARIO DE MEDICINA REPRODUCTIVA dependiente de la FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, el INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES de la PROVINCIA DE TUCUMÁN, y el INSTITUTO UNIVERSITARIO DE FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN HUMANA dependiente de la FACULTAD DE MEDICINA de la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.” <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/280000-284999/281265/norma.htm> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

²⁸ Marisa Herrera En : <http://www.saij.gob.ar/marisa-herrera-principales-cambios-relaciones-familia-nuevo-codigo-civil-comercial-nacion-dacf140723-2014-10-02/123456789-0abc-defg3270-41fcanirtcod> [Fecha de consulta: 10/08/2018]

Si bien la ley del año 2013 contempla la cobertura para las personas mayores de edad, sin discriminación por orientación sexual, estado civil o conyugal, en el proceso de debate parlamentario, circularon argumentos que lejos se encontraban de esta apertura y donde los sentidos cristalizados en la ley nacional resultan superadores que los mencionados debates (Lucía Ariza, 2017).

A partir del análisis de las versiones taquigráficas de los debates legislativos, se estudiará el escenario en que se legitimó la cobertura de estas técnicas, los argumentos principales que en determinada coyuntura hicieron legible la cobertura a las TRHA y la manera en que terminó primando una posición en la sanción de la ley.

Esto implica conocer las disputas que las TRHA traen al campo jurídico y permite analizar un conjunto de dimensiones que se vinculan a la sexualidad, a la reproducción, al parentesco, al inicio de la vida, a la identidad y la salud, por mencionar un conjunto de áreas claves para las políticas sociales y de salud de un estado. Más allá de que finalmente primara una posición en la Ley de Reproducción Humana Asistida, el proceso de debate da cuenta de un conjunto de argumentos que expresan las tensiones históricas sobre estas áreas, y que reflejan los sentidos sobre familia, reproducción y sexualidad que aún se encuentran en disputa en el escenario argentino. Estos argumentos a su vez se reactualizan en los diversos debates que comprenden la política sexual y reproductiva, motivo por el cual en énfasis estará puesto en los argumentos en disputa y sus sentidos subyacentes.

2.3 Argumentos legislativos en la definición de las TRHA como política pública: un análisis del debate parlamentario.

Si nos adentramos a algunas discusiones en el debate legislativo de las TRHA, es posible identificar, como señala Lucía Ariza (2017), un cúmulo de argumentos que por un lado distan de lo que hoy se reconoce en la ley argentina, pero al mismo tiempo dan cuenta de cierta matriz de inteligibilidad en la que fue posible el reconocimiento de estos derechos reproductivos. A partir del análisis de las transcripciones taquigráficas de estos debates²⁹,

²⁹Se analizaron las versiones taquigráficas de las sesiones legislativas donde se debatió la ley de TRHA: la sesiones de la Honorable Cámara de Senadores (versiones taquigráficas de los días

fue se reconocieron un conjunto de nudos que dan cuenta del entrecruzamiento de discursos políticos, jurídicos, religiosos y médicos que fueron invocados como argumentos de legitimidad en los debates legislativos por la sanción de la ley de 2013. El eje estructurador de este debate estuvo centrado en la pregunta por el acceso de las TRHA como política pública, es decir en torno a la definición de quiénes podían acceder a las técnicas, cuya interpretación se encontraba directamente relacionado a cómo se entendía la necesidad que estaba en discusión y de qué manera se interpretaban estas necesidades en la agenda pública (Nancy Fraser, 1989).

A modo de presentación, se señalaran los principales argumentos que aparecen a favor y en contra de la legislación actual sobre TRHA, que serán desarrolladas en los siguientes subtítulos. Entre las posiciones contrarias a los sentidos y alcances de la legislación actual, es posible identificar discursos que proponían una legislación, restringiendo el acceso a las TRHA desde una visión heteronormativa a la idea de infertilidad y mediante la patologización de la reproducción. Las concepciones personalistas sobre los embriones fruto de estas técnicas, constituyen otro aspecto que implicó en el debate la oposición al proyecto de ley. Si bien la mayoría de estos legisladores no se encontraban en contra de la regulación de las TRHA, no apoyaban la mirada que la ley actual propone al superar el acceso en función de una posición restringida de infertilidad.

Como contrapunto a estos debates se advierten otros argumentos a favor que en términos jurídicos se enmarcan en un discurso de igualdad y no discriminación, visión que primó en la ley sancionada finalmente. Por último se retoma el derecho a formar una familia, como un argumento que se basa en la legitimidad y jerarquía jurídica de los pactos internacionales, pero que da cuenta de la tradición familiarista (Gonzalez et al., 2004; Sunkel, 2006) que caracteriza a la sociedad argentina en el proceso de reconocimiento de derechos. Este movimiento resulta riesgoso en el sentido de que si bien se avanza con algunos derechos, algunos sentidos heteronormativos y patologizantes continúan intactos.

15/08/2012- 03/10/2012- 24/04/2013), y a partir de las modificaciones propuestas por los senadores que llevó el proyecto a la cámara de diputados, también se analizó la sesión especial donde se aprobó la ley en la Honorable Cámara de Diputados (versión taquigráfica de 5/06/2013)²⁹ disponibles en la página web del Senado de la Nación y de la Cámara de Diputados.

La heteronormatividad y el orden familiar natural

El pánico moral por la modificación de la naturaleza sexual y de la reproducción, se expresaba en los discursos parlamentarios a través de un conjunto de limitaciones que determinaban el acceso a estas técnicas y excluían a un conjunto de personas que se distanciaban del orden familiar heteronormativo como marco legítimo para procrear.

Si bien algunas posiciones se encontraban a favor de la regulación, partían de la defensa de proyectos presentados previamente, que pensaban el acceso desde la concepción de infertilidad de la OMS, asegurando la heteronormatividad de la reproducción en el marco conyugal. Así resumía un legislador el proceso por el que habían transitado las propuestas de regulación de las TRHA, las cuales precisaban ampliarse con una incorporación más universal:

“Específicamente, mi proyecto estuvo a punto de obtener dictamen en la Comisión de Salud cuando apareció otra propuesta. El proyecto se basaba en la concepción que tiene la Organización Mundial de la Salud de que la infertilidad es una enfermedad; ese era uno de los fundamentos esenciales del proyecto. Por lo tanto, al considerar enfermos a los integrantes de las parejas infértiles, eran pasibles de ser incorporados al Programa Médico Obligatorio”. (Sr. Lores.28 de Noviembre de 2012)

Del mismo modo, este senador, aun cuando finalmente manifestó su apoyo al proyecto que logró consenso, también marcó su perspectiva diferencial donde lo relevante era la posibilidad de que las “parejas” accedan por un “problema de infertilidad”, como planteaba el proyecto que él mismo había presentado previamente, siguiendo la definición de la OMS:

“Entonces, si tenemos un 15 por ciento de parejas con este problema y si la Organización Mundial de la Salud considera la infertilidad como una enfermedad, si podemos incorporarla en el Programa Médico Obligatorio y si podemos ir paliando esta inequidad, aunque no podamos cubrir todos los casos por lo menos sí una gran cantidad de ellos, a través de la sanción de una ley que obligue a las empresas de

medicina prepaga, a las obras sociales y al sector público a cubrir integralmente la atención médica y la cobertura financiera de estas prestaciones, tenemos que hacerlo. (...) Quiero decir también, porque nobleza obliga, que no era el dictamen que me gustaba. Yo había presentado otro proyecto y a último momento, cuando iba a tener dictamen porque muchos senadores me habían dicho que lo iban a firmar, apareció otra postura que la llevó adelante la senadora Corregido y yo la acepté. Dije: “Perfecto, cambiemos este dictamen pero hagamos finalmente uno que más o menos cubra las expectativas de todos senadores que integramos la Comisión de Salud”. Así se fue trabajando este proyecto” (Senador Lores, 24/04/2013)

Otras posturas expresaban su oposición al proyecto de ley frente al temor a la ampliación del universo de personas usuarias. Es por ello que la primera objeción planteada por una senadora tenía que ver con que las personas usuarias dieran cuenta de una patología, lo que garantiza al parentesco una determinada “naturaleza”:

“En primer lugar, digo que el proyecto no habla de esterilidad comprobada; ese es un requisito que no se incorpora al proyecto. O sea, no hay exigencia de infertilidad o esterilidad comprobadas”. (Senadora Negre de Alonso, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013)

Este conjunto de limitaciones a su acceso constituye un dato relevante al momento de comprender el sustrato heteronormativo de los discursos, dado que tal como señala Naara Luna pensando en el caso brasilero, aquellos casos señalados por la opinión pública como “escandalosos” son los que ponen de manifiesto aquellas posiciones que argumentan su exclusión desde esta idea de naturaleza (N. Luna, 2001). De esta manera, la misma senadora mostraba su preocupación por fijar algunos límites en el acceso a las TRHA, ya sea por nacionalidad, edad o domicilio. Particularmente, el tema de la edad de las personas gestantes que pueden acceder a estas técnicas, suele ser un tema delicado y ha generado diversas discusiones a nivel internacional:

“Tampoco se establece ningún tipo de límite en cuanto a la edad, a si la persona tiene domicilio en la República Argentina o no y a lo que pasa cuando se trata de cónyuges y uno de ellos no da la autorización. Eso tampoco está previsto en la ley para este tipo de tratamiento.” (Senadora Negre de Alonso, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013)

Esta tensión entre lo “natural y lo “artificial” se traduce también en una mirada biologicista y restringida de identidad. María Victoria Famá (2012) tomando a Zannoni y Mizrahi, señala que la identidad filiatoria no puede basarse únicamente en el aspecto biológico, el cual se debilita frente a la noción de voluntad procreacional. Por el contrario, la autora hace referencia a un concepto amplio y dinámico de identidad, no basado en una “verdad biológica”: *“así entendida, en el marco de la procreación por TRA, la voluntad procreacional se aparta de la idea de identidad como sinónimo de vínculo biológico o genético, y, en cambio, inspira el contenido del derecho a la identidad en sentido amplio y multifacético, incluso de aspectos que se vinculan con la identidad en sentido dinámico”* (Famá, 2012: 175).

Bajo la idea de “derecho a la identidad”, la senadora reclamaba en el proyecto en cuestión una definición biologicista de este derecho:

“En segundo término, no protege ni contempla el derecho a la identidad de los niños nacidos en determinadas circunstancias que voy a explicar más adelante. (Senadora Negre de Alonso, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013)

En este sentido, la posición de esta legisladora sobre una noción restringida de identidad, se pone en evidencia cuando en la defensa del derecho a la misma las argumentaciones versan sobre los riesgos de consanguinidad como “el nudo” de este derecho – asociado a cierto “pánico moral”- y refiriéndose a parientes en sentido biológico/genético:

“No me estoy refiriendo a eso, sino a otra cosa. Me estoy refiriendo a que la hija se case con el padre o se casen entre hermanos: si no tenemos derecho a la identidad. Me estoy refiriendo al nudo, ¿por qué no le agregamos eso?” (Senadora Negre de Alonso, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013)

Para la senadora, el nudo de la identidad familiar se basa en preservar el “tabú del incesto” como orden moral familiar, garantizado por el reconocimiento de la biología como fundante del vínculo familiar. Esta reinscripción en el orden genético como base natural (José Manuel Morán & María Angélica Peñas, 2013), es otra forma en que algunos discursos conservadores traducen la idea de un orden natural, siendo necesario proteger a la familia heteronormativa.

Se encuentra tan incorporada en la cultura esta concepción naturalista del parentesco, que también se expresaba en estos términos en el discurso de la senadora Morandini, quien estaba a favor de la ley en discusión. De alguna manera el debate supone, como señala la siguiente cita, la discusión de aspectos “artificiales” que desafían las “leyes naturales”. Esto llevaría a pensar que lo que se encuentra fuera de ellas lleva a la sociedad a debates éticos y morales:

“O sea, no se trata de las leyes naturales, que eran mucho más fáciles – supongo–, porque esto nos pone frente a dilemas éticos. Entonces, ojalá pudiéramos siempre escuchar a las demandas de la ciudadanía, que no siempre en otros casos escuchamos. De modo que venimos a hablar de cuestiones de la vida. La vida se impone; después, viene el derecho. Pero en este caso, cuando la vida es asistida, cuando la vida ya no responde a las leyes naturales, nos están imponiendo limitaciones de tipo ético que demanda un gran debate que no debe ser solo entre nosotros sino que pueda ser trasladado al resto de la ciudadanía. Porque si la vida es única, es multiforme, es irregular, la regla es exactamente lo contrario: la regla tiene que ser uniforme, tiene que dar estabilidad y –como se ha dicho aquí todo el tiempo– garantizar igualdad” (Senadora Morandini -Frente Cívico- Sesión de la Honorable Cámara de Senadores de 24/04/2013)

Lo que la senadora Morandini expone, se vincula a lo que Marilyn Strathern (1992) señala respecto a las rupturas que las TRHA generan sobre la idea de un parentesco basado en un orden natural. No sólo se asisten los llamados “hechos naturales”, dice la autora, sino también aquellos entendidos como “hechos sociales” del parentesco, donde los legisladores deben actuar. Encontrarse frente a la necesidad de regular estos aspectos, genera desconcierto en los legisladores por poner de manifiesto la construcción de las relaciones familiares. La redefinición de la maternidad y de la paternidad, la idea de una identidad familiar despegada de la conexión biológica, pone en cuestión el orden natural, pasando la discusión rápidamente al campo de lo moral. La asistencia del aparato legislativo sobre el parentesco viene a “subsana” esta supuesta artificialidad, cuando en realidad el reconocimiento legal del parentesco es siempre una construcción social.

Sin embargo, al final de su discurso, la citada senadora sostiene que la vida es “irregular” y “multiforme”, es decir, reconoce que este orden natural en el que hasta el momento se basaba el parentesco, no es tan estable como se supone, siendo tarea de la sociedad otorgar la “estabilidad” perdida.

Las concepciones sobre el embrión no implantado

Otro núcleo central de estos debates, tiene que ver con las posiciones cuyo límite planteado es la protección del embrión creado a partir de las TRHA y entendido como persona humana. Aquí nuevamente se ponen en juego aspectos que parten de la individualidad del feto, y el feto como sujeto pleno de derechos. En este sentido, para algunas senadoras, el tema en cuestión no era la pregunta por la familia, sino por las concepciones sobre el inicio de la vida y el tratamiento de los embriones:

“...El proyecto apunta al acceso, a la universalización de las técnicas de fecundación. Pero, insisto, **no resuelve cuestiones de fondo**. Que esto es mejor que nada, seguramente. Que por algo hay que empezar, desde luego. (...) Considero que seguimos evitando las cuestiones centrales: **filiación, crioconservación y descarte de embriones, cómo evitar la tentación de caer en prácticas eugenésicas, cuestiones como qué es un embrión y si tiene derechos a nacer o no, a la identidad genética,**

biológica y jurídica, a la igualdad, cuestiones como cuándo se es sujeto de derechos o cuándo se es persona” (Sra. Monllau. 24 de abril de 2013)

El hecho de que la Ley de Reproducción Humana Asistida se debatiera en forma simultánea con la Reforma al Código Civil, generó por momentos que algunos aspectos fueran susceptibles de ser regulados por la ley de TRHA, que luego pasaron a formar parte de la regulación del Código. Este aspecto no es menor, ya que para algunas legisladoras constituía un límite moral, sin lograr consenso en relación al estatus del embrión no implantado. Por lo que la ley de TRHA solo se limitó a regular el acceso a la política de salud reproductiva.

En este sentido, no se puede negar que la reproducción asistida pone en juego nociones morales y religiosas sobre el estatus del embrión, sobre todo cuando “el embrión no implantado” es un tema pendiente en este debate (Lucía Ariza, 2017). En relación a esta discusión, aquellas posturas que equiparan al embrión como una persona, se opusieron a esta ley:

“En tercer lugar, como decía la senadora Di Perna, **no hay ningún tipo de protección para evitar la destrucción de los embriones producto de esta norma**. No se sancionan las conductas graves como la creación de embriones para investigación, el tráfico o la selección por sus características genéticas”. (Senadora Negre de Alonso, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013).

Este tema, era puesto en discusión por diferentes senadores, quienes planteaban que se hiciera una ley ampliada y que regulara, la criopreservación, la investigación, el descarte, la donación y la investigación:

“Sra. Fellner. – Señor presidente: en verdad, el tema viene desde hace mucho tiempo, porque hay proyectos en el Senado y en la Cámara de Diputados con respecto a este tema donde solamente se habla de incorporarlo en el PMO; en algunos casos, con el nombre de enfermedad y, en otros casos, se lo deja libre para todos los que quieran acceder. Precisamente, quienes vinieron a explicar y a hablar sobre el Código dijeron **que el tema pasa por determinar qué pasa también con el tema de los**

embriones: cuántos embriones, cómo los congelamos, etcétera; o sea que va más allá del simple hecho de incorporar a la práctica en sí en el PMO. A mí me da la sensación de que debemos esperar a que salga el Código e ir **trabajando en una ley que tiene que ser más abarcativa, donde tiene que estar incorporado en el PMO, pero también analizar otros aspectos que quedan sin resolver en el Código. Porque estamos hablando de embriones, que no son personas. ¿De cuántos embriones estamos hablando? ¿De cuántos óvulos congelados? ¿Hasta cuándo se hará esto? Seguramente, en las clínicas donde se haga este tipo de tratamientos o prácticas, deberá existir un registro de todo ello. **O sea que creo que este tema da para que se haga una ley mucho más ampliada,** (Senadora Fellner. 15/08/2012)**

La particularidad que ofrecen las TRHA para pensar el estatus moral del embrión es que discuten las concepciones personalistas que suponen que el embrión humano es persona desde la concepción, mientras que las TRHA implican un conjunto de dispositivos médicos donde se los manipula, se estudian, se criopreservan y se descartan.

De esta manera el carácter del embrión “no implantado” resulta una temática que tiene el potencial de brindar nuevas comprensiones sobre el estatus del embrión.

Sobre este tema se han expedido asociaciones de medicina reproductiva, pero no se encuentra saldado a nivel legislativo. Tal es el caso de la Comisión Asesora en Técnicas de Reproducción Humana Asistida -de la Asociación Argentina de Centros de Reproducción Asistida- que en un documento postula que el embrión humano no implantado no es persona³⁰. Ocho años después, la ley especial que regularía los embriones no implantados aún no se encuentra en discusión³¹ existiendo algunos proyectos de ley que intentarían paliar el vacío legal.

Sin embargo, algunos de estos elementos han permeado la opinión pública, como sucedió en el debate sobre la legalización del aborto de 2018, donde los medios de comunicación replicaron algunas posiciones que señalaban “la doble moral” de quienes

³⁰ <http://samer.org.ar/pdf/Argumentos%20juridicos%20favor%20de%20la%20postura%20embrion%20in%20vitro%20NO%20es%20persona.pdf> [Última fecha de consulta 10/01/2019].

³¹ <https://www.lanacion.com.ar/1936882-embryones-abandonados-el-desafio-de-regular-un-vacio-legal> [Última fecha de consulta 10/01/2019].

defendían las TRHA pero se oponían a la legalización del aborto³². Esta dimensión resulta una línea importante para indagar sobre el estatus moral del embrión en el contexto del aborto voluntario.

Las posiciones identificadas en el debate legislativo a favor de la ley sancionada en el año 2013, se desarrollarán en los siguientes subtítulos mediante el análisis de dos tipos de argumentos centrales que primaron en estos enfoques. Una primera posición basada en argumentos de ciudadanía, supone una mayor ampliación de derechos desde una mirada despatologizante, siendo la que finalmente prima en la letra de la ley como un derecho reproductivo individual. Otra posición se basa en el derecho a formar una familia y a procrear, pero desde una tradición familiarista, orientada a la defensa de la familia como institución social.

Argumentos de ciudadanía

La posibilidad de ampliación de ciudadanía surge a partir de quela noción de “igualdad” emerge con fuerza en los debates parlamentarios, tanto de senadores como diputados. Como señalan Marisa Herrera y Victoria Famá(2007) tomando el planteo de Susana Cayuso, este principio reconocido en diversos pactos internacionales con jerarquía constitucional, ha marcado particularmente el ordenamiento jurídico argentino³³, reconociendo un derecho que además remite al principio de no discriminación³⁴.

³² <https://www.lanacion.com.ar/2120434-una-moral-de-doble-vara> [Última consulta 16/01/2019]

<https://www.infobae.com/opinion/2018/03/05/el-aborto-la-ciencia-y-el-consenso-posible/> [Última consulta 16/01/2019]

<https://www.infobae.com/salud/ciencia/2018/03/28/no-publicar-embriones-congelados-y-el-comienzo-de-la-vida-dos-debates-colaterales-alrededor-del-aborto/> [Última consulta 16/01/2019]

³³ Los DESC al igual que la CEDAW hacen referencia a la igualdad como elemento fundante.

³⁴ Como señala Pautassi (2011) “En síntesis, el principio de igualdad y no discriminación ha sido interpretado por los órganos del sistema de Derechos Humanos como un principio absoluto, que no admite excepciones, y por lo tanto, aquellas normas, políticas o programas que establecen distinciones arbitrarias fundadas en categorías tales como el sexo, raza, religión, idioma, opinión política o posición económica del individuo, deben interpretarse con los alcances descritos respecto de las normas y medidas regresivas en materia de derechos sociales. Es decir, la ley, programa o política en cuestión se presume inválida, y es el Estado quien debe demostrar la necesidad y racionalidad de tal distinción.” (Pautassi, 2011: 287)

La igualdad como eje temático en la discusión de la Ley, era invocada cuando se buscaba defender el acceso universal a la cobertura de salud de las TRHA, siendo un argumento de gran peso el vinculado a la variable económica, remitiendo a una noción liberal de igualdad. De esta manera se señalaba que aquellas personas que tenían los recursos económicos para costear un tratamiento de fertilidad, eran en definitiva quienes podían acceder a los mismos, creándose una situación de inequidad de acceso. Para defender esta posición, algunos discursos basados en leyes provinciales que determinaban la ampliación de la cobertura, hacían referencia a la importancia de la *igualdad de oportunidades* de las personas para formar una familia y a la *no discriminación* por una situación económica:

“Me parece que hay un avance cualitativo. Por eso reivindico al Congreso de la Nación, que obviamente va a evitar la judicialización, **dado que los sectores de escasos recursos de la sociedad argentina tenían que verse obligados a recurrir a la vía judicial para lograr un trato igualitario.** Entonces, tiene que ver con el principio de igualdad, de acceso amplio a los derechos” (Senador Morales- 24/04/2013).

La presente cita hace referencia a técnicas clínicas que en el año 2012 tenían un costo inaccesible para personas de sectores medios y populares (de hasta treinta mil pesos), lo cual demuestra una gran desigualdad económica en las posibilidades reproductivas:

“Tenemos un 15 por ciento de parejas que después de un par de años de relaciones sexuales sin protección no pueden concebir un hijo, y esto genera una enorme preocupación, un enorme dolor y, **además, una enorme erogación de dinero –por parte de aquéllos que disponen del mismo– para tratar de tener cobertura de estos tratamientos, los cuales cuestan entre 25 y 30 mil pesos cada uno**”. (Lores, Sesión Ordinaria de la Honorable Cámara de Senadores 24-04-2013)

Así también, la noción de ciudadanía superó la consideración de igualdad como “igualdad de acceso por condición económica”, en aquellos discursos que buscaban en su definición una mayor universalidad en el acceso a estas técnicas. De esta manera, el discurso

de igualdad llegaba a sus límites cuando quedaban excluidas de esta cobertura, quienes no fueran parejas heterosexuales casadas o que demostraran cierto tiempo de convivencia, pero que tuvieran un diagnóstico de “infertilidad” definido por la OMS como “enfermedad”:

“Sr. Cano.: ...Porque en el Senado había distintos proyectos, incluido alguno del oficialismo, y venimos debatiendo esta cuestión que nos parece central, **ya que de lo que trata fundamentalmente es de garantizar derechos, aún con los matices y las opiniones que pueda haber en cuanto a si debe ser declarado enfermedad, como plantea la Organización Mundial de la Salud, o no.** Y también estamos abocados al tratamiento de la modificación de la Ley de Discapacidad, que no es una cuestión menor. Así que la decisión política del bloque de la Unión Cívica Radical es avanzar en estos dos temas” (Senador Cano- FPV- Sesión 15/08/2012)

Ello implicó según Farjii Neer (2015), poner en juego la definición de salud por parte de los legisladores, lo que permitió a otras posiciones argumentar a favor de la ampliación de acceso. De esta manera, se denunciaba que seguir sosteniendo una noción de salud restringida implicaba vulnerar el principio de igualdad, planteando así un discurso que vincula salud y bienestar. De esta manera, en la defensa de la igualdad acompañaban otras ideas en relación a salud, tal como señalaba la senadora Higonet:

“La salud integral **no solo es la ausencia de enfermedad sino que también comprende la situación de bienestar general.** Cuando aprendemos sobre el ciclo de la vida, cuando entendemos lo que es la conformación de una familia, nadie puede desconocer ni dudar sobre la importancia que tienen los hijos, nuestra herencia, nuestra semilla”. (Sra. Higonet - Sesión 24/04/2013)

Pensar este derecho de igualdad desde una mirada no heteronormativa, implicó a su vez otro movimiento discursivo que tuvo que disputar la noción de infertilidad la cual legitima el acceso a las TRHA en base a una “enfermedad”, estando en juego en cualquier caso, el deseo de tener un hijo y no la superación de una enfermedad. Aquí la noción de

igualdad implicó pensar el principio de *igualdad y la no discriminación* por estado civil u orientación sexual.

En este sentido, reconocer la existencia de la ley de Matrimonio Igualitario fue lo que permitió que aquellos proyectos de ley previos basados en la pareja cis heterosexual, fueran descartados. A partir de allí, se invoca continuamente esta ley para justificar la ampliación de la noción de infertilidad de la OMS, la cual se vuelve excluyente:

“... se sancionó **la ley de matrimonio igualitario**. Y esta norma ha contemplado ese concepto, porque claramente los proyectos anteriores tenían que ver con el concepto que **plantea la Organización Mundial de la Salud, entendiendo las cuestiones de la infertilidad como una enfermedad**. Y en ese sentido, **este proyecto contiene requisitos o limitaciones referidos a cualquier exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios**, y el artículo 6º también implica un avance importante, vinculado con la realización de campañas tendientes a promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y varones”. (Senador Cano- FPV- Sesión 24/04/2013)

Disputar la definición de la OMS, fue una de las batallas ganadas en este debate, ya que esta organización trasnacional constituye una fuente de legitimidad a la matriz heterosexista, que continua limitando en las provincias, como se analizará posteriormente, la restricción de la cobertura.

Argumentos familiaristas

Algunos argumentos que defendían la ampliación del Plan Médico Obligatorio en Argentina con la incorporación de las TRHA, versaban sobre la necesidad de una legislación sobre esta materia, ya que eran frecuentes los casos de judicialización de este derecho ante un vacío legal en esta área. El “Derecho a formar una familia” y el “Derecho a procrear” son traídos de forma recurrente como caso paradigmático, donde la corte Interamericana de Derechos Humanos sanciona a Costa Rica por vulnerar el acceso a las TRHA. Estas

argumentaciones son frecuentemente retomadas por los legisladores para legitimar en el debate, la ampliación de la noción de salud:

“Denegar el derecho a procrear implica vulnerar el derecho a la salud, pero también implica una discriminación. Así lo dijo la Corte Interamericana de Derechos Humanos (...) en el Caso Artavía Murillo y otros c/ Costa Rica” establece que ese país era responsable internacionalmente por haber avasallado, entre otros, el derecho a la vida familiar, el derecho a la salud sexual, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico y el principio de no discriminación, que es justamente la otra perspectiva. Entonces, hablamos de violación del derecho de salud; y no aprobar esta iniciativa es violar el derecho a la salud de los habitantes de la Argentina pero, además, implica violar la no discriminación, la garantía de igualdad”. (Senadora Escudero- Justicialismo de Salta- Honorable Cámara de Senadores-Sesión ordinaria del 24/04/2013)

Como señalaba anteriormente, Argentina se caracteriza por una tradición familiarista en la conquista de derechos y beneficios sociales (Esping Andersen, 1990) y en este sentido no es casual que la mayoría de los discursos de los legisladores que se encontraban a favor de la ley lo hicieran desde esta perspectiva. De esta manera si bien el acceso igualitario a la salud sin discriminación constituyó un argumento importante, el derecho a “formar una familia” tuvo un peso central en la manera de construir legitimidad a esta demanda, convocando la noción de familia como un significante que en el marco de una sociedad patriarcal no es cuestionado.

Este discurso familiarista se hace visible en las numerosas ocasiones en que los legisladores hacen referencia a la familia o a la pareja para justificar el uso de estas técnicas. En claro contraste con ello, son pocas las ocasiones donde se nombra en el debate, a las personas que quieren acceder a las mismas sin una pareja. Más aún, cuando se invoca a la “familia” es notoria la manera en que la misma aparece con toda su idealización, vinculada a las nociones de “sueño” y/o “deseo”, pero que no es pensado de forma igualitaria sino que es un deseo claramente generizado:

“Creo que como muy bien dijo acá el senador Petcoff Naidenoff, quizás esta norma no solucione en su integralidad la cuestión de **esta frustración tan importante que tienen fundamentalmente las mujeres al no poder procrear**; naturalmente, también nosotros, en la cuestión de no poder tener descendientes. Pero **creo que mayormente son las mujeres las que sufren con mayor importancia esta enfermedad, como la ha denominado la Organización Mundial de la Salud** (Senador Roldan- Honorable Cámara de Senadores-Sesión ordinaria del 24/04/2013) [La cursiva es propia]

En este sentido, el significante “familia y reproducción” circula como equivalente a la idea de “mujer” “y “maternidad”, desconociendo los numerosos casos de infertilidad masculina, sin plantearse siquiera nociones más inclusivas como “personas gestantes”(Lucía Ariza, 2017) Como señala Lucía Ariza (2017), estas discusiones dan cuenta de un debate donde la centralidad estuvo puesta en la pareja cis heterosexual y estando sancionada la ley de Identidad de Género, no dio lugar a plantear siquiera la reproducción de las personas trans.

En esta línea familiarista es que los legisladores recuperaban la militancia de las asociaciones de la sociedad civil, muchas de las cuales politizaron su demanda a partir de esta línea basada en una mirada biologicista de las mujeres como “reproductoras naturales”, lo cual es recuperado por el Senador en su discurso:

“Voy a terminar con **dos testimonios provenientes de las muchas asociaciones** que han participado en la audiencia pública para que, finalmente, podamos dar un paso más en la sanción de esta norma y para que el Estado garantice el acceso y el derecho a la salud. Voy a leer: “Ya existe una sanción y hay una determinada coyuntura política. **Sinceramente tenemos miedo de quedarnos nuevamente con las manos vacías, porque los brazos y los vientres ya los tenemos suficientemente vacíos.** Como sabrán, nuestros **relojes biológicos se detienen implacablemente y no entienden ni de tiempos políticos ni de tiempos legislativos.** Por eso, les pedimos, por favor, la urgente sanción de esta norma” (Senador Cano- FPV- Sesión 24/04/2013)

Habiendo prevalecido entre los discursos a favor de este tipo de argumentaciones familiaristas durante el proceso legislativo, se puede señalar un recorrido interesante en la discusión. Se parte de un debate legislativo donde no se ponía en cuestión el derecho “natural” –particularmente de las mujeres- de conformar la institución familiar, para llegar a una ley como la actual que hace referencia al derecho de la persona a acceder a una tecnología reproductiva sin discriminación por estado civil, situación económica, y orientación sexual.

De esta manera, el análisis de estos discursos permitió realizar un primer acercamiento a aquellos argumentos que en el debate legislativo por la Ley de Reproducción Asistida resultaron decisivos en su sanción, más allá de que la ley de TRHA terminó siendo superadora por sus sentidos, universal, despatologizante y en ruptura con la heteronorma.

Más allá de los argumentos del debate, se advierte el paso de una política enmarcada *en* la familia, a una política basada en un derecho de base individual, donde cualquier persona puede acceder a estas técnicas si así lo desea. No obstante, ello no significa que la familia como centro de los debates y de las políticas haya perdido relevancia, sino que de alguna manera se advierte una interpretación “individualista” del “derecho a formar una familia”, apareciendo la matriz heteronormativa y familiarista en la base de estos reconocimientos (Gonzalez et al., 2004; Sunkel, 2006).

Así lo indica el senador Filmus en su discurso, entendiendo que la ley por sancionar “avanzó” con lo que se constituyó como debate en el Congreso Nacional, retomando algunos núcleos temáticos señalados anteriormente. Por un lado, la garantía de igualdad y la superación de la idea de conyugalidad y de infertilidad, aspectos que dentro de un orden heteronormativo resultan centrales en la defensa de una cosmovisión conservadora:

“¿Qué es lo que estamos discutiendo? La sesión comenzó con un debate sobre el papel del Estado frente a las inundaciones. Y, en este caso, en **buena medida, se discute el papel del Estado respecto de la igualdad**. Porque el eje central del debate de hoy **es si todos tienen el derecho** al uso de las técnicas de reproducción asistida para ser madres y padres. Ese es el elemento central. No nos cabe ninguna duda de que algunos lo tienen, pero el tema aquí es si el Estado va a intervenir para que todos tengan este derecho (...). En mi opinión, **las dos palabras que más se mencionaron en**

el debate no figuran en el eje central del proyecto en consideración. No figura ni la palabra **fertilidad** ni la palabra **pareja**. Voy a leer el artículo 7º: Beneficiarios. Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida toda persona mayor de edad que, de plena conformidad con lo previsto en la Ley Nº 26.529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya explicitado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer. **No escuché las palabras pareja, género e infertilidad. Se trata de una ley de otro tipo”** (Filmus 24 de abril de 2013).

Se podría señalar que aún en los términos en que este debate se produjo, los derechos consagrados en la ley constituyen un avance para pensar en el acceso a la ciudadanía y en la política sexual y reproductiva, antes restringida a la patologización de la reproducción y la familia. Un elemento pendiente en el tratamiento de estas temáticas, fue el debate sobre el estatus moral del embrión producto de estas técnicas. Podría haberse constituido en un aporte relevante frente a estos vacíos legales, como para otras discusiones tales como la legalización del aborto en el año 2018, donde diversas miradas sobre el estatus del embrión aparecieron nuevamente en la escanea pública.

2.4 Reglamentaciones y prácticas sobre TRHA en Argentina: la letra chica de la reproducción asistida

En Argentina, el decreto reglamentario (956/2013) que la regula La Ley de Acceso a la Reproducción médicamente Argentina (2013), establece un conjunto de lineamientos para la cobertura de las técnicas. Junto con los protocolos de la Sociedad Argentina de Reproducción Asistida (SAMER), que funciona como un control de pares y acreditación, existe la Asociación Argentina de Centro de Reproducción Asistida (AACERA), la cual cuenta con una comisión Asesora (CATRHA)³⁵. El Programa Nacional de Reproducción Médicamente

³⁵ <http://aacera.com.ar/catrha-comision-asesora-en-tecnicas-de-reproduccion-humana-asistida/> [Fecha de consulta 18/12/2018]

Asistida creado en el año 2016 a partir de la reglamentación de la Ley de Reproducción Asistida (2013)³⁶, señala que el sistema de salud cubre a cualquier persona mayor de dieciocho años que demande los tratamientos, estipulando determinados números de intentos por tipo de tratamiento³⁷. Así también, determina el respeto de una gradualidad en el uso de las mismas, pasando de una técnica de menor a mayor complejidad, teniendo su correlato en los costos. De esta manera, es esperable que una usuaria que comience con los tratamientos, transite un recorrido que comience con la inseminación artificial, como la más simple y accesible, mientras que comenzar desde una técnica de mayor complejidad – fecundación in vitro o ICSI- está sujeto a criterios médicos que así lo justifiquen adecuadamente:

“Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las técnicas de mayor complejidad. A efectos de realizar las técnicas de mayor complejidad deberán cumplirse como mínimo TRES (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad” (Art.8 Decreto 956/2013).

Respetar la progresividad de estos tratamientos supone por otra parte, la tensión de que los más complejos pueden ser más efectivos sin la necesidad de someter a las usuarias a múltiples tratamientos menos efectivos.

Este aspecto se vincula a lo que Mariana Viera Cherro (2015) advierte en relación a la medicina reproductiva en Uruguay, donde se estarían propiciando dos actividades “preventivas”: la criopreservación de ovocitos, así como una intervención cada vez más temprana de las técnicas de alta complejidad que suponen el uso de donantes de óvulos

³⁶Y de acuerdo al Decreto 956/2013.

³⁷“CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos”. (Art. 8 Decreto 956/2013)

(Viera Cherro, 2015). Como se analizaba anteriormente, esta tendencia supone mayor medicalización de la reproducción en términos de una buena gestión reproductiva.

En las últimas reglamentaciones del Ministerio de Salud³⁸ se establecieron otras novedades vinculadas a la Ley de Reproducción Asistida. La Resolución 1044/2018 del Ministerio de Salud, determina desde el año 2018 límites de edad para la fecundación In vitro, mientras que aquellas mujeres que contaran con óvulos criopreservados pueden hacer uso de ellos con una menor restricción de edad, “premiando” de esta manera a la mujer previsora. A su vez, la argumentación está fundamentada en la lógica de control de calidad y tasa de éxito de los procesos reproductivos que caracteriza el campo biomédico (Franklin, 2006)³⁹.

Un tercer aspecto que continua siendo un interrogante, es el efectivo acceso de sectores sociales antes excluidos por el elevado costo de estos tratamientos. Si bien la Ley de Reproducción Asistida, abre la posibilidad a su uso a personas que no tienen cobertura de obra social y que se encontraban excluidas por su orientación sexual, o estado civil o conyugal (Lucia Ariza, 2017), en la ciudad de Córdoba se observa cierto perfil de las usuarias asociado a mujeres heterosexuales, en pareja, de sectores medios-altos, de acuerdo a lo que reportan las clínicas de reproducción asistida de la ciudad⁴⁰. En este sentido, si bien se han introducido algunos cambios que implican una mayor cobertura de los tratamientos y

³⁸ Ver Resolución del Ministerio de Salud 1044/2018
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/310000-314999/311206/norma.htm> [Fecha de consulta 18/12/2018]

³⁹ <https://www.infobae.com/salud/2018/06/06/establecieron-un-techo-a-la-edad-para-cubrir-tratamientos-de-fertilizacion-el-limite-es-bueno-y-de-sentido-comun/> [Fecha de consulta 18/12/2018]

⁴⁰ Si bien no se cuenta con datos oficiales, los principales centros de Reproducción Asistida declaran en medios gráficos, que “El perfil de estas pacientes tiene tres características básicas: una edad promedio de 37,5 años, trabajo estable y apoyo familiar” así mismo señalan que se ha incrementado el número de mujeres que acceden desde la monoparentalidad a las TRHA, aunque no constituyen la mayoría. Una clínica reporta que en el 8.3 % de sus usuarias que se realizaron tratamientos entre el mes de enero de 2017 a diciembre del 2018 no tenían pareja.
<https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/reproduccion-asistida-mujeres-solteras-ya-representan-1-de-10-casos> [Última Fecha de consulta 21/01/2019]

medicamentos⁴¹ cabe preguntarse sobre el impacto que ha tenido en el acceso de estos sectores sociales a las TRHA.

Las maneras en que desde las políticas de salud se configuran las posibilidades reproductivas de diferentes sectores sociales, habilitando o restringiendo el acceso a una política, tiene sus avances y reveses en el escenario argentino. Por un lado, en diferentes ciudades del país se han inaugurado centros de medicina reproductiva en el marco de la salud pública, como por ejemplo el Centro de Fertilización del Hospital Universitario de la Maternidad Nacional, creado en Córdoba en el año 2015⁴².

Más allá de este creciente acceso, también se advierten limitaciones para algunos sectores que cuentan con cobertura de salud⁴³ y no puede pagar de forma privada los costosos tratamientos, persistiendo el obstáculo para la cobertura en algunas obras sociales que burocratizan el proceso. En el caso de Córdoba, como la provincia no adhirió a la ley nacional de TRHA, aunque algunas obras sociales se rigen por las normativas del Ministerio de Salud, muchas prestadoras se basan en este motivo para restringir su cobertura. La obra social APROSS (Seguro de Salud de los Empleados de la Provincia de Córdoba) es un caso paradójico, ya que habiéndose reconocido la cobertura desde el año 2010⁴⁴ y previo a la ley sancionada, reconoce la cobertura sólo desde la situación desde la heteronormatividad conyugal: sólo por infertilidad diagnosticada en la mujer, en el marco de una pareja que compruebe convivencia. Quedan excluidas entonces, aquellas personas sin pareja, parejas de lesbianas, personas con enfermedades crónicas y casos donde la infertilidad es masculina por no cubrir la donación de gametos⁴⁵, motivo por el cual algunas personas usuarias judicializan esta demanda logrando su cobertura de acuerdo a lo estipulado en la ley.⁴⁶

⁴¹ Ver Resolución del Ministerio de Salud 1045/2018
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/310000-314999/311207/norma.htm> [Fecha de Consulta 18/12/2018]

⁴² <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/fertilizacion-ya-comenzaron-los-tratamientos-gratuitos> [Fecha de consulta 10/01/2019]

⁴³ Desde la salud pública solo se admite a quienes no cuenten con una cobertura de salud.

⁴⁴ <http://www.apross.gov.ar/Multimedios/pdfs/354.pdf> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

⁴⁵ <http://www.apross.gov.ar/37-Fertilizacion-Asistida.note.aspx> [Última fecha de consulta 10/01/2019]
<https://lmdiaro.com.ar/noticia/76505/los-limites-cordobeses-a-la-fertilizacion-asistida> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

⁴⁶ <https://comercioyjusticia.info/blog/justicia/apross-debera-cubrir-un-tratamiento-de-ovodonacion-a-mujer-mayor-de-41-anos/> [Última fecha de consulta 10/01/2019]

Con respecto al uso de gametos donadas en los tratamientos, también supone un acceso diferenciado de acuerdo al sector social, porque las obras sociales resisten a la cobertura de su uso y deben ser costeadas en la mayoría de los casos por las personas usuarias, en contradicción con lo legislado por la ley de reproducción asistida en su artículo 8, donde se indica su cobertura.

Así también, más allá de lo previsto en la ley, la ubicación geográfica configura un acceso diferenciado a los gametos de acuerdo a las facilidades clínicas disponibles para preservarlas, lo que lleva a que las personas usuarias transiten experiencias diferenciales.

Particularmente, en la ciudad de Córdoba la donación de gametos se realiza de dos maneras. Puede ser a través de la intermediación de la clínica de fertilidad que trabaja con una lista de espera, donde las donaciones se realizan de forma programada debido a que las muestras no son criopreservadas, o se puede realizar a través de la compra de una muestra a un banco de gametos ubicado en la provincia de Buenos Aires, Argentina. En este último caso el acceso a los gametos funciona “a demanda” y al encontrarse las muestras criopreservadas se puede coordinar la fecha del tratamiento, lo cual les brinda a las mujeres receptoras mayor poder de decisión sobre el momento de realizar el procedimiento. Por esta razón, algunas usuarias que cuentan con los recursos económicos para hacerlo, deciden acceder a estos bancos de forma particular.

Por otra parte, el acceso a estos bancos abre otras posibilidades en relación a la identidad de las personas donantes, más allá de lo contemplado por la ley vigente. Como refiere Mariana Rodríguez Iturburu (2016), en la reforma del Código Civil argentino se contempla una solución “intermedia” si se la compara con las resoluciones de otros países. No hay una total prohibición sobre el acceso a la identidad de la persona donante, ni una total apertura sino que se trata de una solución “equilibrada”, dado que ésta garantiza por un lado la existencia de donantes que en otras condiciones no accederían a donar y por el otro, el derecho del niño nacido por TRHA a conocer su origen genético (Rodríguez Iturburu, 2016: 1). Esta posibilidad solo se abre de acuerdo a la ley, cuando sea relevante para la salud de la persona nacida por TRHA o por decisión judicial debidamente fundada.

Uno de los bancos de gametos de Argentina, si bien refiere al anonimato señalado por

la ley, también ofrece el programa de identidad abierta⁴⁷, lo que significa que el futuro hijo al cumplir los 18 años, podrá conocer algunos datos más de su donante⁴⁸.

Así también, si bien la mayoría de las páginas de clínicas de asistencia reproductiva, hacen referencia al deseo de ser padres o madres, en aquellas correspondientes a los bancos de gametos (semen u ovocitos) de Argentina⁴⁹ pone su énfasis explícitamente la idea de “elección del donante”, donde se ofrece a los futuros pacientes a prestar atención a este aspecto “material”⁵⁰, haciendo referencia a las características físicas como un aspecto fundamental para la elección de la muestra.

Estos aspectos dan cuenta de que más allá de lo que se contempla en la ley, persisten algunas prácticas que difieren con ella y configuran un conjunto de opciones para las personas usuarias como se analizará a lo largo de esta investigación.

Así mismo, este conjunto de prácticas y regulaciones posteriores a la ley de TRHA, permiten evidenciar que la ruptura con los sentidos patologizantes y heteronormados sobre la reproducción y la familia, así como constituyeron nudos críticos en el debate por la legislación de las TRHA, aún son resistidas en Argentina, a través de estos diversos mecanismos.

Como se trabajó en este capítulo, ello se expresaba en los debates legislativos a través de los discursos de los senadores, mediante la disputa por un acceso restringido a un

⁴⁷Como señala la página del banco de gametos: “Según nuestra experiencia, la probabilidad de que una persona opte por PIA varía en función del tipo de pareja; de las personas que eligen donante PIA el 12% fueron parejas heterosexuales, el 23% pareja de dos mujeres y, en mayor medida, el 65% fueron mujeres solteras, en busca de la maternidad sin pareja.” Extraído de <http://repro-tec.com/reprobank/pia.html> [Fecha de consulta: 14/07/2017]

⁴⁸ Los datos a los que puede acceder bajo este programa de identidad abierta son: “nombre completo, documento nacional de identidad, lugar y fecha de nacimiento, fotografías de la infancia, informe de personalidad, ensayo motivacional escrito por el donante mismo, entre otras cosas. Esta opción de develación de identidad puede solicitarla única y exclusivamente la persona nacida por donación y sólo a partir de cumplir la mayoría de edad”. Extraído de <http://repro-tec.com/reprobank/pia.html> [Fecha de consulta: 14/07/2017].

⁴⁹<http://www.cryo-bank.com.ar/index.php/busqueda-de-donantes> [Consultada el 07/09/2015]

⁵⁰ “la manera de elegir un donante responde a una variada concepción espiritual y material que, combinadas, nos brinda un amplio espectro de selección.” <http://www.cryo-bank.com.ar/index.php/busqueda-de-donantes> Consultada el 07/09/2015

diagnóstico de “infertilidad” comprobado para asegurar la heteronormatividad de la reproducción. Así también, esta noción de infertilidad constituye una categoría biomédica que remite a una noción del parentesco basado en un orden natural y biológico, el cual es defendido por diferentes actores al entender que estas transformaciones sociales y tecnológicas constituían una afrenta sobre el parentesco hegemónico y la estabilidad del orden social.

Con las últimas reglamentaciones, esta noción de reproducción basada en el parentesco “natural” y heteronormativo, es reforzada desde algunos prestadores de salud que limitan su cobertura por orientación sexual, por edad y por solicitar un diagnóstico de infertilidad. De esta manera, esta noción de infertilidad continúa operando como una categoría que en la práctica tiene efectos de exclusión y de definición de reproducciones legitimadas y formas de reproducción no admitidas.

Lo mismo sucedió en los debates legislativos cuando se pusieron en tensión diversas definiciones de *salud* (Farji Neer, 2015) y de *identidad*, algunas restringidas a un aspecto biológico/genético, lo cual se corresponde con una noción de familia “natural” como garantía de “certeza” y otras desde una mirada integral, perspectiva que terminó primando.

Así mismo, aunque la ley argentina determina el anonimato de la persona donante de gametos, la importancia que se le asigna a la identidad “genética” sigue vigente mediante las prácticas efectivas de los bancos de gametos. De esta manera, no resulta sorprendente que desde los bancos se creen programas de “Identidad Abierta”, donde se ofrezca como un servicio extra la posibilidad de conocer la identidad de la persona donante.

Así mismo, la edad se constituía en una de las variables relevantes que algunas posiciones en el debate legislativo utilizaban para fijar exclusiones, desde una idea de naturaleza reproductiva. En las últimas reglamentaciones se ha vuelto a fijar como límite para algunas personas. Lo interesante de ello es que a la vez que limita su acceso, promueve una ética de responsabilidad y previsión reproductiva en las mujeres, cuando determina que el límite de edad se extiende sobre quienes cuentan con ovocitos congelados.

Finalmente, aquellos discursos que desde la ampliación de ciudadanía lograron poner en entredicho estas nociones de naturaleza bajo otras concepciones de salud integral (Farji Neer, 2015), lograron revertir la manera en que hoy se define legalmente su acceso. Cabe mencionar que aún constituyen debates que no se encuentran del todo saldados.

El derecho a formar una familia se constituyó en una argumentación que si bien no implicó transformaciones radicales en las formas de entender las relaciones sociales y sexuales, no obstante componen argumentos “legibles” en el marco del contexto parlamentario (Lucía Ariza, 2017), permitió avanzar en la discusión hacia un reconocimiento de corte universal con el que cuenta hoy Argentina, aún con las limitaciones señaladas.

Así mismo, las regulaciones pendientes sobre el embrión no implantado, constituyen un interrogante y sus debates instaurarán una oportunidad para analizar si se han modificado algunos sentidos sobre la reproducción y la autonomía reproductiva de las mujeres o si persisten los argumentos naturalistas y personalistas sobre el embrión.

Capítulo 3. En búsqueda del sentido inicial: relatos biográficos de usuarias de TRHA que deciden maternar.

Presentación del Capítulo

La posibilidad de las mujeres de elegir la maternidad de forma autónoma, constituye una temática que aún tensiona los debates feministas, dado que el énfasis de este movimiento ha estado en la disputa de las mujeres por su autonomía sexual y reproductiva lo cual históricamente se ha constituido en la fuente de opresión. Estos debates contrastan en cierta medida con las experiencias aquí analizadas: mujeres que con gran determinación deciden ser madres y recurren a las TRHA como una alternativa que posibilita este objetivo.

A su vez, también disiente con estas formas de opresión, porque aparece como una decisión a través de un proceso de reflexividad que se manifiesta en los relatos de diferentes maneras.

Para comprender la complejidad de esta decisión en un contexto social que sitúa a las mujeres como madres desde un mandato patriarcal, este capítulo se propone analizar desde un enfoque biográfico y recuperando la palabra de las mujeres entrevistadas, la decisión de maternar en las usuarias de TRHA. . Se recupera la palabra de las mujeres usuarias con el fin de reconstruir esta decisión, que en el caso de las usuarias de TRHA, supone un punto de partida común. El mismo, vinculado a la búsqueda de un recurso tecnológico que permita resolver la maternidad, tampoco supone homogeneidad en la manera en que direccionan y dan sentido a la búsqueda de tener hijos.

En este sentido, los relatos biográficos de las usuarias dan cuenta de la reflexividad presente a la decisión de maternar, narrada como una experiencia de búsqueda (3.1) que en cada historia se articula de forma diferencial. Es por ello que posteriormente se recuperan los diversos sentidos biográficos sobre la decisión de maternar (3.2), retomando diferentes énfasis en la decisión. Ello implica que algunas experiencias no respondan necesariamente a la búsqueda de una identidad materna, por lo que se hace referencia a maternar y no a “ser madres”, ya que los propios relatos proponen una diversidad de formas de nombrar y dar sentido a esta decisión.

Por último, estas narraciones no pueden descontextualizarse de un conjunto de condiciones sociales mediante las cuales el maternar se vuelve inteligible y aparece manifiesto en un deseo y una decisión, en un determinado momento de sus biografías y no en otras: se reconstruirán las condiciones sociales sobre la decisión de maternar desde cada biografía (3.3), teniendo en cuenta la edad, la educación, el sector social y la presencia o ausencia de una pareja, como algunas intersecciones relevantes que surgen de los relatos. Para ello, se tomarán los diversos recursos narrativos mediante los cuales las usuarias transmiten la decisión de tener hijos y que dan cuenta de la tensión que atraviesa sus reflexiones: por un lado el énfasis al transmitir la construcción de una decisión de carácter autónomo, pero que al mismo tiempo no se desprende de las condiciones que posibilitan la configuración de esta autonomía reproductiva.

3. 1 Las TRHA y la reflexividad biográfica en la decisión de maternar

La sexualidad, la reproducción, la configuración del parentesco y la familia, lejos de quedar intactas a las transformaciones sociales e históricas, también fueron atravesadas por la reflexividad creciente de las sociedades modernas (Bourdieu, 1997) que se manifiesta en nuevas formas de reflexividad del yo (Giddens, 1997) sobre estos procesos. Uno de los ámbitos donde se hace patente esta creciente reflexividad es el área de la propia identidad e intimidad, así como en la configuración de los vínculos afectivos como es la maternidad y el parentesco (Giddens, 1995). La reflexividad sobre la maternidad no supone, como indica Susana Rostagnol(2012), que la decisión de ser madres se encuentre guiada por una lógica de planificación racional. En ocasiones puede ser una decisión no planificada así como en otras, puede estar guiada por una racionalidad emocional.

Las TRHA a su vez, suman a la decisión de maternar una experiencia diferencial que tiene efectos para aquellas personas usuarias de reproducción asistida. A diferencia de otras formas de búsquedas para la maternidad, el tratamiento tiene un efecto en la manera en que se decide ser madre, que se podría identificar como una mayor intencionalidad sobre la decisión de maternar, dado que implica apelar a las TRHA como un recurso social y cultural para tener hijos. En ocasiones, esta reflexividad está asociada a que el propio trabajo

reproductivo(Franklin, 1997) supone un proceso a realizar de forma práctica, a sostenerlo, a tomar decisiones que afectan a las personas usuarias y en ocasiones, a sus parejas.

Se hace referencia a una decisión intencional, porque que se advierte que la decisión de la maternidad mediada por la tecnología reproductiva, implica el despliegue de un conjunto de procesos que marcan una diferencia con la experiencia de aquellas usuarias que no pasan por un tratamiento. Esto es así porque la maternidad en este contexto, implica una ruptura con el supuesto patriarcal de que los cuerpos de las (cis) mujeres son “naturalmente” fértiles (Lucía Ariza, 2014), así como la suposición heteronormativa de que la sexualidad, la reproducción y la conyugalidad, forman parte de un mismo encadenamiento. Sin embargo, aún en estos casos, la reflexividad, la conciencia y la intencionalidad de ser madres no supone necesariamente una decisión de cálculo racional.

Si bien, pasar por una experiencia con tratamientos de reproducción asistida no hace de este grupo de mujeres usuarias un grupo homogéneo –por el contrario aparecen grandes diferencias en cada relato- las TRHA como tecnologías de género permite poner en evidencia que la decisión de ser madres/tener hijos, se encuentra siempre atravesada por un proceso de reflexividad en su decisión, desde diversas posiciones de género, generación y orientación sexual. Ello puede suponer una reflexividad que implica cierta conformidad con las normas de género, pero también en ocasiones conduce a resignificar algunos aspectos de la maternidad como de su propia identidad, tal como lo han señalado algunas investigaciones (Lucía Ariza, 2014; Jennings, 2010). Este “dar cuenta” o proceso reflexivo, supone también un análisis sobre los mandatos patriarcales. Como señala Elaine Denny (1994), las mujeres usuarias son conscientes de las presiones sociales que existen sobre la maternidad y eso puede llevar a que re-examinen sus decisiones. Es por ello que si bien son diversas las maneras en que las mujeres se vinculan con la maternidad, existe una distinción asociada a la decisión de maternar en este contexto. Así también, esta reflexividad se hace presente en las formas de narrar la decisión de ser madres.

Como se señaló en el apartado metodológico, narrar la experiencia con TRHA también supone dar cuenta de sí mismas y de las propias decisiones. Poder explicar cómo se construye el deseo de ser madres, tiene como consecuencia el preguntarse por la construcción social o la naturalidad de esta decisión, construyendo “teorías de actor”, como trabaja Ernesto Meccia (2013): *“con las que se guía y resuelve asuntos de inteligibilidad y*

acción en el marco de su vida cotidiana” (Meccia, 2013: 40). Esas teorías reflexivas de las usuarias, por momentos dialogan con las discusiones del feminismo de la segunda ola (Chodorow, 1978; De Beauvoir, 1949), quienes se preguntaban si era posible para las mujeres construir cierta autonomía reproductiva.

En síntesis, se entenderá la reflexividad de los relatos de las mujeres usuarias en este doble nivel análisis: el paso por las TRHA como una instancia reflexiva en búsqueda de la maternidad, y la entrevista biográfica como dispositivo que permite a las usuarias dar cuenta de las resignificaciones de la propia identidad (Lucía Ariza, 2014). Esto se expresa en el modo de contar, en el énfasis de sus relatos, en los recursos biográficos, en los recursos culturales, así como en las posiciones –desiguales- desde donde maternar, que aparecen en el horizonte de posibilidad para las usuarias. Para ello se presentarán cinco relatos de mujeres que dan cuenta de diferentes maneras en que las usuarias relatan este proceso de reflexividad de la decisión de maternar y que en el marco de la entrevista biográfica, intentan reconstruir sus pasos reflexivos.

Para la mayoría de las mujeres usuarias interesadas en lograr un embarazo a pesar de todos los obstáculos y lejos de desanimarlas, transitar por este tratamiento *potenció la decisión y búsqueda de maternar* como un objetivo que en ese momento vital se volvió prioritario. Este es el caso de Catalina, una profesional de 38 años, casada con un varón, quien al momento de la entrevista había tenido a su hijo de dos años, mediante las TRHA. Su relato señala cómo si bien la decisión de maternar había sido reflexionada conjuntamente con su pareja, la misma fue reforzada en el proceso del tratamiento, donde la maternidad comenzó a poner en juego su realización personal. Para Catalina, esta reflexividad llevó a que la maternidad en ese momento de su vida, pasara a ser su prioridad:

“C: ah yo decía, ah yo aunque no me case no me importa, pero yo mamá quiero ser. O sea era como un... bueno siempre, charlábamos después con mi esposo, y todo, y yo me muero y yo... llego al cielo no se [se ríe] y Dios me dice “¿cómo te fue en la vida?” y yo decía “todo bien, la pase bien pero no soy feliz, no fui feliz porque no llegué a...” “Yo lo máximo para mí en la vida era ser mamá y no lo logre”. **“Así divino, me encanta tener trabajo, amigas, la familia, todo bien pero para lo más lindo de todo es ser mamá y no lo logre”**. Entonces como que no iba a llegar a la felicidad y eso sí, me

pareció horrible pasar por la vida, **sin haber llegado a mi objetivo máximo**, o sea lo que yo consideraba..." (Catalina, 38 años).

Si tomamos el relato de María, profesional de 43 años, casada con un varón, quien fue usuaria de TRHA durante algunos años y que abandonó el tratamiento cuando finalmente logró adoptar, se produce otro proceso de reflexión. Ella cuenta cómo el tratamiento y las decisiones involucradas, implicaron ser consciente de esta decisión y que esto tuviera como consecuencia que **se preguntara por el origen de su deseo y por la intensidad de su búsqueda de tener hijos**: "...charlábamos de esto, si esto no sería un mandato social o si yo realmente tenía el deseo de, independientemente que no diera, yo quería ser madre por acá o por allá (...) como el que el deseo de un mandato social" (María, 43 años).

A la vez, su relato da cuenta de cómo este dispositivo de las TRHA como tecnología de género, es el que habilita algunas reelaboraciones personales que el mismo tratamiento implicó para lograr tomar decisiones complejas:

"M: fue un **proceso muy largo, de muchas decisiones, y de ir quebrando esquemas**, que fueron así muchos. Porque para pasar a hacer inseminación, hacer en in vitro, de in vitro a la ovodonación, a la embriodonación. **Fueron como muchos quebraderos de cabeza, muchas decisiones a tomar, que implicó cambios.**" (María, 43 años)

Posteriormente se analizará el proceso de toma de decisiones que suponen las TRHA: las consecuencias para la salud, repercusiones éticas que en ocasiones ponían en cuestión aspectos de la propia religiosidad, llevó a algunas entrevistadas a suspender los tratamientos o a transformar ideas previas.

Así como lo refleja el relato de María, el proceso de acceso a un tratamiento reproductivo de forma electiva, supone una búsqueda reflexiva sobre este deseo, que en ocasiones conduce a repensar la importancia de la maternidad en diferentes escenarios y temporalidades personales. El paso del tiempo es una dimensión central para comprender estos procesos reflexivos.

Un tratamiento con TRHA supone un proceso que en ocasiones se da durante un tiempo prolongado -algunos durante diez años-, donde diversos acontecimientos vitales y familiares suceden en el transcurso del mismo, lo cual demanda una disposición personal que sostenga el deseo de maternar y se reevalúe la importancia que se le otorga a la maternidad.

Tal es el caso de Luz, profesional de cuarenta y cinco años, que junto a su pareja varón, se encontraba en busca de un embarazo habiendo tenido con anterioridad varios intentos fallidos. Su relato da cuenta de un tratamiento con TRHA prolongado, conectado a los acontecimientos vitales y familiares que modificaron las prioridades personales y resignificaron la decisión de ser madre.

Aquí, el trayecto –y la dimensión temporal- del tratamiento, constituye un eje central para pensar la reflexividad de Luz. Ella cuenta cómo el fallecimiento de su padre que aconteció en el marco del tratamiento, hicieron repensar la decisión de ser madre,

“L: ...en ese momento mi cabeza era de vida o muerte tener un hijo ¿entendés? Y no, dios me puso en el camino “esto es de vida o muerte”. Tener un hijo o no, es traer vida o no traer vida, pero no es la muerte ¿entendés? Porque yo sentí que el mensaje era ese, o sea, esto es la muerte realmente. Tener o no tener un hijo no es la muerte, está bueno, vas a ser muy feliz, pero no es la muerte, esa fue mi enseñanza, digamos, que había cosas que yo valoraba mucho más que eso.

E. más importantes, claro

L: que no tener hijos, si bien era y es mi deseo, logré posicionarlo en que no es de vida o muerte, es más, hoy contándotelo es como que digo, lo recuerdo, ¿entendés? No es de vida o muerte, es muy importante pero no es de vida o muerte. Entonces bueno, en febrero hicimos otro intento de in-vitro, que siempre pienso que podría haber esperado un poquito más...” (Luz, 45 años)

Pero no sólo se advierte cómo se produce en ella cierta ruptura sobre las maneras de abordar la decisión de maternar de acuerdo a este acontecimiento familiar, sino también, cómo la entrevista es un momento que da cuenta de este proceso reflexivo, donde el poder

“poner en palabras” refuerza la posibilidad de pensar qué lugar ocupa en su vida el proyecto de maternidad.

Esto mismo le sucede a Luz cuando a causa de un accidente, debe interrumpir los tratamientos:

“L: entonces esa pata en alto, dije: “bueno, esto es una señal que tengo que frenar”. Un mes con la pata en alto a pensar, porque no podía hacer otra cosa. Entonces ahí la terapeuta con la que estaba yendo me ayudó mucho en: “sentate a pensar ¿Qué querés de tu vida? Esto no es una carrera contra el tiempo, **está bien que busques un bebé pero hay prioridades**” bueno, **qué sé yo, estuve ese mes pensando y bueno, dijimos: “vamos a esperar un poco”** dejamos pasar un poco el tiempo (Luz, 45 años).

Otro relato que da cuenta de que la decisión también pone de manifiesto la reflexividad de las usuarias sobre la maternidad en diferentes momentos vitales, es el de Silvana, profesional de 43 años, quien estableció una relación sexo-afectiva con una mujer y tuvo una hija junto a su pareja, dos años antes de la entrevista. Ella cuenta que “*siempre había querido ser mamá*” y que en todo este proceso pasaron diversos años y formas de búsqueda: en relación con un varón, luego había intentado con fertilización asistida sin estar en pareja y sin resultados, contando con embriones fertilizados congelados. Hasta que tiempo después, encontrándose en pareja, deciden que ésta sea la gestante de esos embriones criopreservados, como un proyecto de maternidad conjunta:

“S: fue in-vitro, cuando me dio negativo en el primer intento dije no, **voy a parar, me voy a hallar y voy a dejar que la vida me diga que tengo que hacer**, a lo mejor será que no tenga que ser mamá y bueno, **ahí dejé que la vida decidiera, me dediqué a hacer otras cosas, mi trabajo, conocer gente, y bueno, hasta que con Sonia, nosotras éramos amigas hace tiempo y bueno, nos encontramos y nos empezamos a conocer, y bueno hasta que nos pusimos en pareja** y ella tenía una nenita (...). Bueno, empezamos a salir, fue pasando el tiempo hasta que nos consolidamos como pareja y

empezamos a formar una familia, (...) entonces [su pareja] nunca había soñado con tener otro hijo (Silvana, 43 años)

En este hacer reflexivo de Silvana, si bien señala que “la vida” decide por su maternidad, también da cuenta de su propio accionar y búsqueda, de una decisión que atraviesa diferentes rupturas vitales, que toma diversas formas en distintos momentos personales ya sea con un varón, sin pareja o con su pareja actual en un proyecto de co-maternidad, lo cual implicó nuevas rupturas desde donde pensar la maternidad, como se analizará posteriormente.

Otro relato que da cuenta de este proceso de búsqueda y decisión sobre la maternidad es el de Hillary, una profesional de 49 años, quien se autodefine como lesbiana y que al momento de la entrevista contaba su experiencia de monoparentalidad elegida (Jociles Rubio & Villaamil Pérez, 2012). El relato de Hillary, como sucede en otros relatos de usuarias, muestra un proceso de reflexividad poniéndole el acento a lo espiritual. Ella relata cómo el acompañamiento de su grupo de práctica budista fue central para decidir, mediante la espiritualidad, afrontar el tratamiento, ser madre soltera y repensar su decisión en estas condiciones:

“H: pasó en un momento en que estaba en pareja, como empezando una crisis de pareja y yo me planteé que quería tener una familia y eso terminó siendo con el tiempo, ni siquiera como así planteada pero terminó siendo lo que llevó a distanciar la relación (...) **después de un tiempo yo empecé a plantearme concretamente la posibilidad de tener hijos, en eso también, bueno en esta organización [budista] que yo practico, es como que uno dialogue mucho** sobre las cosas de la vida cotidiana con los compañeros de la práctica y especialmente con las personas que son más veteranos de la práctica que muchas veces te ayudan a darle un enfoque desde la filosofía a una cuestión que por ahí es muy de la vida cotidiana y que a veces a uno le cuesta verla desde una mirada que la atraviese, digamos desde otro lugar ¿no?. **Muchas de esas charlas para mí fueron muy significativas para poder recuperar de algún modo ese deseo de ser mamá** (Hillary, 49).

Desde la espiritualidad budista, como una forma de reflexividad que supone una conciencia pero no un cálculo racional, es que Hillary pudo repensar la posibilidad de ser madre, la cual había sido considerada en un momento de su vida pero que luego de separarse de su pareja, comenzó a ser repensada desde un nuevo contexto vital.

Estos relatos dan cuenta entonces de que aún con diferentes acentos y direccionalidades, la reflexividad sobre la decisión de maternar está presente en ellos y donde la experiencia con TRHA, por los propios desafíos que implica, en ocasiones ha potenciado mayor conciencia sobre la decisión. Desde la espiritualidad, desde la idea de logro personal, como proyecto de pareja, es posible dar sentido a una búsqueda, donde el dispositivo médico modifica las condiciones de reflexividad materna. Ello supone tomar decisiones, así como una disposición y determinación por parte de las mujeres usuarias, lo cual no es menor frente al conjunto de obstáculos que se presentan durante el tratamiento.

La reflexividad del relato también se hace presente en la siguiente sección, donde las usuarias, como señala Ernesto Meccia (2013), construyen “teoría de actor” sobre los sentidos asociados a su decisión de ser madres. Aquí, la propia biografía y las propias experiencias, aparecen en los relatos como recursos que vuelve inteligible la decisión. Así también, se evidencian las formas en que las usuarias comprenden la relación con la estructura y los “mandatos maternos” como su propia agencia, es decir, la posibilidad de construir autonomía reproductiva, relatado como “deseo propio”.

3.2 Distintos sentidos biográficos sobre la maternidad.

Otro aspecto a analizar en cada biografía tiene que ver con la significación que tiene en cada relato la decisión de tener hijos, la cual si bien supone como obvio resultado el ser madre, no implica que todas las usuarias expresen de forma homogénea cómo se construye y significa este transitar hacia la maternidad.

Para la mayoría de las usuarias, la direccionalidad está puesta en el logro de la maternidad como logro personal y más aún, como identidad que se hace cuerpo. Para otras, la maternidad tiene que ver más bien con la construcción de una relación y una tarea de cuidado (Ortolanis, 2017), mientras que algunas consideran que la maternidad es relevante porque habilita la posibilidad de conformar un nuevo grupo social, una propia tribu o familia.

Las presentes categorías que se presentan a continuación no son cerradas, sino que expresan diferentes énfasis y acentos que las usuarias transmitieron en sus relatos en relación a la pregunta por la decisión de la maternidad.

La Susanita como espejo del ser: mandatos o decisión individual

Un primer acento que atraviesa la respuesta a esta pregunta, tiene que ver con la conformidad de la mayoría de las usuarias frente a la idea de maternidad como identidad social valorada y buscada. Sin embargo, esta conformidad no es lineal en sus relatos sino que se encuentra atravesada por un conjunto de ambivalencias y tensiones desde donde las usuarias en ocasiones se distancian o se acercan más al ideal de maternidad como sinónimo de completud femenina. Como señala Susana Rostagnol (2012), la decisión de ser madres puede ser ambigua y marcada por contradicciones, aspecto que no es ajeno a la manera en que las usuarias reflexionan sobre esta decisión.

La tensión a la que se hace referencia recuerda a la pregunta que el feminismo radical se formuló desde el inicio de su posicionamiento frente a las TRHA, es decir, si sus elecciones estaban sustentadas desde una ideología pronatalista, como un mandato sobre todas las mujeres (Denny, 1994). Si bien se advierte esta ambivalencia en las narraciones de las usuarias, es decir que las mujeres manifiestan conciencia del peso de la ideología dominante sobre la maternidad, al mismo tiempo la diversidad de formas de habitar esta experiencia da cuenta de una relación diferente.

Una categoría que apareció en algunos relatos y que fue utilizada por las usuarias como un modelo para espejarse, es el personaje de “Susanita” del artista gráfico Quino de la tira Mafalda. “Susanita” es recordada como aquella niña que desea ser madre como único modelo idealizado para su adultez, frente a una “Mafalda” intelectual, cuestionadora y que desea que su madre tenga una carrera y se libere de la carga del trabajo doméstico y de la maternidad.

Es interesante cómo en diversas entrevistas esta figura aparece como una forma de explicar su relación con el mandato social de la maternidad, donde existe conciencia de su imposición social, pero donde también las usuarias se distancian cuando se reconocen como mujeres con agencia y deseos propios.

Ello se refleja claramente en el caso de Alcira, una profesional jubilada de sesenta y tres años, casada con un varón, quien al momento de la entrevista relata su experiencia sucedida veinte años atrás, como usuaria de las TRHA en las primeras prácticas realizadas en el país. En su relato, la maternidad aparece como un deseo personal pero a la vez se reconoce que formaba parte del itinerario de género normativo, que esperaba que las mujeres siguieran el proceso noviazgo-casamiento-maternidad.

Alcira cuenta que tener hijos constituía un proyecto de pareja, un deseo personal, pero a la vez reconoce que experimentó una fuerte presión social por no poder quedar embarazada, lo que la condujo a buscar diferentes alternativas.

Resulta interesante en este relato la reflexividad que se produce en relación al mandato materno, donde la mujer que reproduce dicho precepto heteronormativo, aparece plasmado en la figura de “Susanita”:

“E: no te daba lo mismo [adoptar]

A: no me iba, no lo iba a no querer al hijo adoptado, por favor de ninguna manera, desde mí era algo que sí quería

E: claro que quería vivir

A: que quería vivir esa experiencia, este la de ser mamá... **probablemente te repito soy setentista alguna Susanita en el medio, pero si era un experiencia que en ese momento quería vivirla, claro.** (Alcira, 63 años)

Así también Sandra, una profesional de 44 años, casada con un varón, fue usuaria de las TRHA quince años atrás. Ella abandonó los tratamientos cuando finalmente adoptó a sus hijos. Sandra también utiliza la figura de “Susanita” para diferenciarse de la misma, siendo un personaje que le permite hablar de este vínculo complejo entre mandatos y deseo, tomando los propios modelos femeninos de su familia de origen. En así que ella reconoce en su biografía modelos de mujer madre y de mujer profesional y a partir de ello explica que la maternidad no es un aspecto impuesto, sino una construcción propia de deseo.

S:- Nunca lo sentí así [una imposición], mira te digo, como para que tengas una idea.

Mi mamá son nueve hermanos, son todos profesionales, ninguna de las hermanas de

mi mamá ha sido ama de casa, que se ha dedicado a los hijos. **La madre de mi mamá era profesional universitaria, viajaba todos los meses porque era bióloga, viajaba por todo el mundo. No estaba el concepto ese de la mamá Susanita que tiene que tener los chicos y dedicarse, nunca.** Mi mamá laboraba como loca todo el día, nosotros muchas veces hemos estado con empleadas, o sea, no estaba instalado.

Yo creo que en realidad era una necesidad mía, en ese momento yo sentí que quería armar mi familia y formar mi familia y quería tener chicos. Y te digo más, si yo pudiera, a veces tengo ganas de tener otro (Sandra, 44 años.)

En esta misma línea de reflexiones, para Catalina (38 años) la maternidad constituye, como se analizó anteriormente, un ideal en su vida. Ella es consciente de un conjunto de mandatos sociales mediante los cuales se educa a las niñas y niños de forma generizada y que no todas las mujeres adscriben: es decir reconoce cómo las "Susanitas" son producto de una socialización de género. Pero así también Catalina identifica que este modelo forma parte constitutiva de su identidad, como una decisión que en su adultez ha sido deseada por ella.

"C: ...Vos cuando sos chica y decís "ay me voy a casar y voy a tener hijitos". No estás pensando "ay voy a trabajar...", y **después terminas haciendo que se yo, una misión en el África, no sé son cosas que la misma sociedad... celebro la gente que no se deja llevar por la sociedad. A mí porque me gusta, pero otra gente que tiene hijos porque sí, porque la sociedad lo dice... pero estamos en una sociedad que a la nena se le compra la muñeca, la cuna... los cuentos, y toda la vida de uno fue te prepara y te lleva la sociedad para ser madre...** Entonces... yo creo que hay gente que ni la piensa, va. Yo la... **para mí es así es intrínseco, así como tengo que estudiar una carrera, cosas, mandatos, y además la quería,** pero decir que yo tenía que adoptar o hacer un tratamiento, nunca fue "¿che hacemos un tratamiento?" No. Era no podemos, y si vayamos a consultar un médico, o sea los dos somos en ese sentido cero rollo." (Catalina, 38 años)

Sin embargo Catalina reconoce una construcción personal frente a este mandato materno, entendiendo que no es algo deseado por todas mujeres, pero sí una opción elegida por ella:

“C: yo sé que si, yo sé que hay gente que no, como que lo tiene como opcional y como que capaz se va llenado o no con otras cosas, no lo mío era... eso” (Catalina, 38 años).

Recapitulando lo anterior, poner en palabras la decisión de maternar en los relatos de mujeres usuarias, lleva a que muchas manifiesten su ausencia de conflicto con la decisión, pero expresando los obstáculos que presentan para ser madres, razón por la cual acuden a las tecnologías reproductivas.

La figura de “Susanita” constituye un recurso narrativo de la cultura, que permite transmitir a las usuarias diferentes tensiones frente al mandato materno, aún en los relatos donde existe mayor adscripción a este modelo se lo comprende como una decisión personal. La figura de Susanita en este sentido, funciona en la cultura argentina como un personaje que hiperboliza el deseo materno y refiere claramente a la ideología pronatalista o patriarcal hecha cuerpo, modelo ideal frente al cual las mujeres entrevistadas se reflejan y se distancian. Ello significa que las usuarias son conscientes de los atravesamientos culturales y patriarcales que pesan sobre la educación y socialización de las mujeres, pero a la vez distinguen el mandato de su decisión de ser madres.

Aún en gran conformidad con este modelo, el énfasis subjetivista (Dias Duarte, 2009) y biográfico que las usuarias hacen en sus relatos sobre la decisión, pone a la maternidad ideal en otros términos. Siguiendo el planteo de Teresa De Lauretis (1989), una mirada microsocial permite encontrar las grietas de los aparatos del poder-saber, descubriendo una variedad de experiencias que no se alinean totalmente a esta ideología.

El hacer la maternidad: cuidar como construcción de la maternidad

Contar la experiencia con las TRHA tampoco supone que todas las mujeres usuarias signifiquen la búsqueda de la maternidad como una identidad principal en su vida. Ello se expresa en un énfasis diferente donde la búsqueda ha estado puesta desde el lugar de la

socioafectividad y del cuidado. Estas experiencias en ocasiones pasan desapercibidas en el discurso cultural y en la academia, cuando los marcos teóricos con los que se ha comprendido la maternidad y la paternidad, han sido por largo tiempo funcionalistas y de corte heteronormativo mediante las categorías de “rol” y “función”, tal como señala Eduardo Ortolanis (2017).

El acento de la narración de algunas usuarias ha estado puesto como indica Nancy Chodorow (1978), en el hacer materno, en el “maternaje”. Para muchas de ellas, la decisión de ser madres se configuró en situaciones que las han posicionado como cuidadoras y educadoras, lo que hoy en su narración le otorga inteligibilidad a su determinación de ser madres.

Es así que es recurrente que para algunas, este deseo aparece vinculado a la profesión o a diferentes trabajos asociados a la infancia o a la docencia. Así algunas expresan: *“siempre me gustaron los niños”* o *“quería ser maestra jardinera”* como experiencias personales que configuraron un deseo, como así también procesos que en su relato, permiten dar coherencia a su trayectoria y búsqueda posterior mediante las TRHA. Así lo cuenta Silvana, Luz, María y Juliana, como una instancia en donde empieza a construir el deseo de maternar:

“L: no, no, no, yo siempre, siempre deseé tener hijos, es más, cuando yo decidí ser [profesión actual] yo estaba entre ser [profesión actual] o ser maestra jardinera porque me encantaban los niños. Durante la secundaria pensé en ser pediatra, pensé en ser neonatóloga, siempre relacionado a los niños ¿entendés?” (Luz, 45 años).

“J: mirá, bueno, yo quiero ser madre más o menos desde los diecisiete años. Siempre fui, me encantan los niños, calculá que tengo una guardería. Entonces, siempre, pero bueno, siempre surgían otras cosas, él estaba estudiando, no teníamos nada. Pero bueno, era un deseo de decir: “ay, qué lindo sería”, los años se fueron pasando, también yo, mi idea era terminar de estudiar, tener un trabajo, como ir proyectando, como el mejor momento que uno busca ¿no?” (Juliana, 37 años).

En el relato de María, se suma la experiencia de trabajar en una guardería mientras que otro de los matices con los que se expresa esta decisión, se vincula a la idea de

conformar una familia como una experiencia social. María, salió de una comunidad religiosa por su deseo de formar una familia, narrando su decisión de tener hijos asociada a la imagen de mesa familiar compartida:

“M:tenían una guardería, un jardín de infantes, entonces eso fue la experiencia fundante, aparte viendo la experiencia de mi madre, aparte viendo los bebés, como que se movilizó mucho, creo que ahí estaba, formar una familia, tener hijos...

E: ahí te empezaste a plantear...

M: claro, plantearme tener hijos... que yo quería, quería una familia, vivir esos de familia, esos domingos que siempre nosotros estábamos, comer asado, en el ámbito si bien en la comunidad religiosa era como una familia, no llegaba a ser esa. Entonces creo que desde ahí empezó”. (María, 43 años)

Una experiencia que da cuenta de la construcción de la decisión desde cuidado, y donde la ruptura de la heteronorma profundiza esta posición desde un “hacer” y un “maternaje”, es el caso de Celeste, de treinta y seis años, una profesional que en el marco de una relación sexo-afectiva con una mujer, deciden emprender un tratamiento con TRHA para tener un hijo juntas. En un principio su pareja iba a ser la madre gestante, pero por posibilidades físicas terminó siendo Celeste. Es interesante cómo relata el proceso de decisión, separando de forma discursiva la identidad materna con el proyecto de crianza y cuidado. En este sentido su relato plantea una ruptura diferencial, desplazándose de la idea de un sustrato biológico o natural como sustento de esta posición, como cuestionaba Nancy Chodorow(1978) sobre el maternaje.

Celeste cuenta que el hecho de ser consciente de que el proyecto de tener un hijo podía implicar que fuera ella o su pareja la madre gestante, da cuenta de un proceso de ruptura con la heteronorma y los “roles preestablecidos”, pero que a la vez pone el deseo en el vínculo y el peso de la decisión en la crianza:

“C: bien, no, no tenía el deseo, o sea, **no es que no tenía el deseo, no puedo configurar hoy todavía a donde estaba el deseo de ser madre, no sé si es que existió así como tal, la verdad, no sé si quería ser madre o tener un hijo, no sé si son cosas**

(...). Sinceramente hoy lo que creo es que este deseo de ser madre surgió más que nada por una necesidad concreta y es que [mi pareja] no podía tener, o sea, no estaba como en las óptimas condiciones sus óvulos como para ser madre, sino que me tocaba ser a mí”(Celeste, 36 años).

El énfasis que Celeste coloca en lo socio afectivo, en el cuidado, implica desde su perspectiva que la identidad materna entendida desde los sentidos hegemónicos, no era el eje de su decisión:

“C: y yo quería ser mamá pero creo que un poco más adelante y como te decía recién, creo que quería más que haya un hijo acompañándonos, o que pudiéramos nosotros acompañar, que ser madre en sí” (Celeste, 36 años).

Esta experiencia de alguna manera, rompe con el recorrido esencialista que se da por supuesto para toda mujer que utiliza las TRHA: se inicia con un intenso deseo de ser madre, luego se plasma en un proyecto de pareja y esa maternidad es completa cuando se da una conexión biológica y se constituye además en la gestante. En el caso de esta pareja se reflejaría un proceso inverso: el primer deseo es el de la crianza, la cual aparece desanclada de la biología. Ella señala que era su pareja quien se “conectó más con el embarazo”:

“C: pero igual que sepa donde fue deseado, porque a él sí lo deseamos, no por ser madres sino porque él esté, digamos, y así fue más o menos esto de lo del donante. Igual por ejemplo sí pasaba esto de que vos hablabas antes del deseo de ser madre, que [su pareja] lo pensaba o incluso cuando estábamos, cuando yo estaba embarazada ella estaba mucho más segura que estaba embarazada que yo, incluso avanzado el embarazo estaba mucho más conectada con el bebé que yo, pero muchísimo más conectada” (Celeste, 36 años).

En este sentido, la idea de “ser madre” como identidad, tiene un peso cultural tan importante que se manifiesta en el acto de relatarlo y encontrar otra manera de transmitir como vivencia la maternidad desde estos lugares de cuidado, como le sucede a Celeste:

“C: ...de hecho si hoy me tuviera que definir si uno de los adjetivos que pondría **me describiría como madre pero antes como mujer como investigadora y compañera de mi compañera y creo que después vendría el de madre o ahí, en ese tercer lugar, digamos, pero primero como mujer.** Pero no ha sido algo así definitorio... “. (Celeste, 36 años)

El relato de Celeste, en relación a los anteriores, resulta disruptivo en cuanto puede pensar el deseo materno en ruptura con la heteronorma que exige a las mujeres desear la maternidad desde un lugar esencialista. Sin embargo, existe cierta continuidad con los relatos previos, en cuanto a que el énfasis de la decisión está puesto en el *hacer* y no en la esencia materna, aspecto que no es menor en una sociedad patriarcal que reinscribe constantemente la maternidad desde la “esencia femenina”.

De esta manera, hablar de estas experiencias si bien implica relatar deseos, recorridos, decisiones, dilemas y “experiencias con” las TRHA, suponen diferentes acentos y direccionalidades en la búsqueda: algunas asociadas a la maternidad, otras al cuidado y otras poniendo el acento en la construcción familiar como espacio desde donde se piensa la reproducción. El énfasis subjetivista de estos relatos biográficos, tampoco debe ocultar que este transitar no se construye de forma aislada e individual, sino que es preciso analizar las condiciones sociales en las cuales las usuarias relatan la construcción de la decisión de maternar.

3.3 Las condiciones sociales para la maternidad: intersecciones que configuran un marco de inteligibilidad

Otros aspectos de los relatos sobre la decisión de la maternidad en el marco de sus biografías, tiene que ver con condiciones sociales y vinculares que dieron lugar a la decisión de ser madres y a las posibilidades de que esta decisión se vuelva inteligible en determinado momento de sus vidas. La inteligibilidad de la decisión responde a dos aspectos centrales: la posibilidad de construir el deseo de tener hijos, así como la posibilidad de contar

efectivamente con los recursos que sostengan esta decisión. Para abrir estas respuestas se tomarán las principales intersecciones que surgen de los relatos de usuarias como parte relevante en su decisión: el sector social de pertenencia, la trayectoria educativa, la edad para pensar la maternidad y para comenzar con un tratamiento, la presencia o no de una pareja, así como la sexualidad de las mujeres usuarias, todas variables que van configurando distintos acentos de la misma experiencia. Todos estos aspectos, que aparecen en sus relatos como condiciones de posibilidad para la maternidad, resultan en un entramado social y cultural que hace inteligible la decisión para las usuarias y para su entorno en determinado momento vital.

El sector social

Como se señalaba al inicio, la decisión de maternar no es un cálculo racional, consciente y totalmente planificada, pero se encuentra atravesada por ciertas pautas culturales y sociales que van marcando los momentos “apropiados” para este deseo.

Una variable que se relaciona con el sector social y la experiencia de buscar un embarazo mediante las TRHA, tiene que ver con la posibilidad de acceso y de disponer de recursos como tiempo y dinero para realizar el tratamiento. Para la mayoría de las entrevistadas que realizaron el tratamiento antes de la ley de Fertilización Asistida (2013), implicó la inversión de un capital económico. Así también, se entrecruza la dimensión de tiempo que es necesario para esta tarea reproductiva, es decir, contar con “tiempo libre” o disponer de un tiempo laboral para el tratamiento, posibilidad que por el sector social de pertenencia, no todas las usuarias tienen.

En el caso de Sofía surge la tensión de compatibilizar su trabajo con el tiempo requerido por el tratamiento. Ella señala la importancia de que la mujer se encuentre “disponible” para el tratamiento. Esto le sucedió al momento de coordinar el tratamiento en función del ciclo biológico de la donante de óvulos:

“S: ...Entonces sincronizar con la donante es difícilísimo, y además... es difícil por esto de... o sea la fecha la determina el ciclo biológico de la donante. Entonces uno en el momento que te avisan, te aparece, tenés que estar disponible.

Bueno eso yo que, este... esto para mí las cuestiones laborales siempre fueron así como muy importantes dije "no eso está muy complicado" (Sofía, 44 años),

De igual manera sucedió en el caso de Catalina, quien cuenta sobre la decisión de renunciar a uno de sus trabajos para poder destinar su tiempo al tratamiento. Este tiempo, no sólo hace referencia al tratamiento médico en sí, sino el transitar por el conjunto de instituciones y obras sociales que garantizarían su cobertura, aspecto que forma parte central en los sectores medios como condición material de posibilidad:

“C: Y mi esposo dice, como era yo bueno, tengo como, soy más eléctrica y ahí nomás como busco y voy, y te digo los médicos, y llamar, y de nuevo... y después si me cubrían... **y voy a acá y voy allá, te preguntaba en cinco laboratorios, a ver en cuál me iba a salir menos, y mi esposo “anda a cualquiera”, por el desgaste.** Yo como que desgaste de más creo [se ríe] todo el día andaba. **Mis mañanas, yo a la mañana trabajaba hacía integraciones escolares [y renuncia a este trabajo]**” (Catalina, 38 años).

Catalina reconoce el trabajo reproductivo destinado al tratamiento, al que menciona como un trabajo, como parte de su rutina diaria (Jelin, 2010). Como señala Franklin (1997) en su investigación, la rutina propia del tratamiento hace que las TRHA se vuelvan “un estilo de vida” para las usuarias, donde otros aspectos comienzan a acomodarse en función de las TRHA. Este trabajo reproductivo implica: *“consumo, trabajo corporal, emocional, y psicológico, la fecundación In Vitro puede ser descripta como una forma de trabajo reproductivo, o la profesionalización del managment de la fertilidad”* (Franklin, 1997:125) [La traducción es propia] .

De esta manera no se puede obviar que para las usuarias constituye toda una inversión de recursos:

“C: **si era un laburo. Yo dejo de trabajar para hacer esto.** (...)Es una falta de compromiso total, entonces dejo ese trabajo. Y me dediqué... **y realmente me resultó**

un gran trabajo, que en vez de plata me la quitaba [se ríe] no hice un buen negocio”

(Catalina, 38 años).

Melina, una profesional de 41 años, quien relata cómo se había endeudado para cubrir los tratamientos previos a la existencia de la ley, señala que la existencia de dicha legislación no la alivió totalmente a nivel de tiempo y recursos destinados, ya que continuaba luchando por su cobertura con su obra social. Como se señaló en un capítulo anterior, las obras sociales en la Provincia de Córdoba aún presentan resistencias y límites a la cobertura reconocida a nivel nacional. Es por ello que para Melina disputar la cobertura, supone al menos disponer de tiempo para acceder a las diversas opciones que posibilitarían ser madres, ya sea el tratamiento con TRHA como la adopción en su caso:

E: así que no han comenzado todavía otro tratamiento sino que estás viendo el tema de la cobertura, de pelearla.

M: estamos viendo la pelea de la cobertura. Que no tengo muchas es... ninguno de los dos tenemos muchas esperanzas de que prospere, como que ya estamos con la cabeza de que bueno... sacaremos plata de algún lado y lo pagaremos, pero lo vamos a volver a intentar, el año que viene.

E: al año que viene, 2017.

M: si lo vamos a volver a intentar y ahora en enero que estoy más desocupada, me voy a ocupar del tema de... de la inscripción para adopción. Estamos abriendo todas las posibilidades, todo el abanico de posibilidades que tenemos" (Melina, 41 años).

El sector social también se vuelve claro cuando se advierte que algunas usuarias deciden costear de forma privada un conjunto de aspectos, con el fin de evitar el tiempo necesario para gestionar el recurso. Ello, además de dar cuenta de un capital económico, podría señalar también una cierta estrategia de compensación de las usuarias ante el discomfort de los tratamientos y los trámites requeridos, aspecto que se simplifica si se costea de forma privada. Así lo reflexionaba Celeste, donde poder cubrir algunas prestaciones de forma privada, les permitió acelerar el proceso:

“C: También el trámite con la obra social fue bastante rápido, (...) [una obra social cubría] el noventa por ciento y pretendían que el otro porcentaje lo cubriera la otra obra social, la otra obra social dijo no, o sea, “yo si lo cubro, lo cubro en otro centro” al cien por ciento, **pero nosotros decidimos directamente pagar esa diferencia en lugar de cambiar de centro, que era otra posibilidad. Y bueno, nada, hicimos esos estudio allí la obra social lo aprobó rapidísimo** y el médico dijo bueno, empezar el tratamiento ahora, estábamos a mediados de octubre suponte” (Celeste, 36 años).

Si bien en Córdoba desde el año 2015 se realizan tratamientos en la Maternidad Nacional de forma gratuita, donde sectores sociales que no cuentan con obra social han podido acceder a las TRHA, la mayoría de las usuarias entrevistadas dan cuenta de una amplitud de recursos de tiempo y económicos propios de los sectores medios. Estos recursos –económicos, sociales, educativos y de disposición de tiempo- se hicieron visibles en los relatos como capitales necesarios para sostener el tratamiento de forma efectiva. Del mismo modo, los presentes relatos dan cuenta de que las TRHA como recursos resuelven necesidades propias de un sector social medio incluido (Gonzalez C., Nucci, N., Soldevila A., 1999), quedando abierto el interrogante por las necesidades que las TRHA como recurso resuelven en otros sectores recientemente incluidos en el acceso a las THRA y que superan el desarrollo de esta investigación.

Para algunas usuarias implicó esperar a la Ley como *condición de posibilidad para realizar los tratamientos*, como es el caso Cintia, de cuarenta y cuatro años, quien por no contar con una obra social realizó el tratamiento en el Hospital de Clínicas, con la cobertura total de los mismos. Si bien ella tenía hijos y se había realizado una ligadura tubaria, al conformar una nueva pareja y al enterarse que podía revertirla con un tratamiento de reproducción asistida, es que decidió buscar un embarazo en el marco de esta nueva relación:

“C: Llegué por una amiga, que ella tiene las trompas tapadas, y ella me dice: **“che mirá, vos sabés que en la maternidad, fue la Carolina Rabolini en esa época, dice bueno, ahora se puede usar y es gratis”** y ella me explicó. De hecho fui a la maternidad, me interioricé sobre el tema, qué papeles necesitaba, ninguno de los dos teníamos que

tener obra social, fuimos al ANSES presentamos toda la documentación que nos pidieron que fue: fotocopia de DNI, el papel de ANSES, donde vivíamos, todo. Bueno quedamos en el segundo grupo me acuerdo

E: ¿Cómo es eso?

C: porque era por grupo, claro te anotas y quedas en una lista de espera, cosa que fue rapidísimo, muy rápido porque a mí me llamaron como al segundo mes de haberme anotado" (Cintia, 44 años).

En este caso, la maternidad se vuelve efectivamente una posibilidad por el acceso a un recurso tecnológico en una institución de salud pública, siendo este aspecto el mayor condicionante material para Cintia. Sin embargo, en su relato este derecho reconocido aparece significado como una *posibilidad*, un recurso que ahora sí estaba a su alcance, sobre el que no se refirió estrictamente como un derecho sino como una nueva posibilidad antes negada. Del mismo modo cuenta María quien gracias a la cobertura de su obra social por la Ley de Reproducción Asistida, pudo acceder al tratamiento, siendo crítica del monopolio y el mercado reproductivo que se había generado:

"M: me puse tan contenta por la Ley, porque en ese sentido, pude, pude hacer eso sino no hubiera podido, es carísimo, ahora debe estar arriba de 50, 60 mil pesos... ahora debe salir muy caro. Por eso digo yo, la ley vino justo para desarticular el monopolio, es un monopolio, solamente gente selecta podía participar y hacer... y tener la posibilidad. Yo la tuve gracias a Dios., digo en ese sentido y gracias a la Ley, que pude al menos... ellos estaban odiados de que existiera la ley. Porque acá en Córdoba hay tres centros, que acaparan todo" (María, 43 años).

Por lo reciente de la ley, la mayoría de las usuarias habían costado los tratamientos sin ningún tipo de cobertura o con coberturas parciales, encontrando algunas experiencias donde la aparición de la ley hiciera posible un nuevo intento, que por sus propios medios no podrían costear. Así Juliana relata que tuvo la cobertura total, pero al igual que las demás usuarias implicó cierta "burocracia" que supone mayor trabajo reproductivo:

“J: no, mirá, la verdad que súper agradecidos, **sobre todo el tratamiento que me cubrió completo, que gracias a eso los puede hacer**, simplemente que bueno, por ahí la información primera fue uno en la vida, tuve que ir a pelear, como que hay mucha burocracia. Pero no, maravilloso, o sea, que exista esta ley y que ayude a tanta gente me parece muy buena, tenés que luchar un poquito, o sea, tenés que renegar un poco. (Juliana, 37 años)

Todos estos relatos dan cuenta de la necesidad de contar con un volumen de recursos, así como de disponer de tiempo y posibilidades para llevar a cabo este trabajo (Jelin, 2010). Aún aquellas usuarias que luego de la Ley de Fertilidad tendrían garantizada su cobertura, deben disputar el acceso al tratamiento. En este sentido, para aquellas usuarias de sectores medios que cuentan con obra social, pero sin posibilidades de costearlo de forma privada, existe un conjunto de obstáculos para poder llevar cabo este trabajo reproductivo, debiendo sortear las resistencias de las obras sociales, las coberturas parciales y las trabas económicas.

La educación

Así también, la educación y los logros profesionales interseccionados con el sector social, constituyen una característica común de casi la totalidad de las mujeres usuarias entrevistadas.

Este aspecto se vincula a lo que Margulis, Urresti, & Lewin (2007) analizan como la racionalidad de los sectores medios en la planificación de la maternidad. Ello se manifiesta en la exigencia de una carrera profesional, donde la maternidad no puede interferir con este proceso. Al mismo tiempo exige a las mujeres maternar en determinadas condiciones: con recursos y posibilidades, donde la maternidad y paternidad es una inversión de tiempo y recursos (Margulis et al., 2007).

Como señala Ana Gual Martí (2011), esta decisión implica visualizar y compatibilizar en un momento vital, la vida personal y profesional con la maternidad. El acceso a la educación superior o el desarrollo de una carrera profesional, es una dimensión que como se indicaba anteriormente, forma parte de las razones que atraviesan la decisión de maternar en los

relatos de las usuarias: porque implicó posponerla o porque la misma carrera implicaba que las usuarias tenían otros objetivos previos. En este sentido, en dichas experiencias la educación y la carrera profesional ocupan lugares relevantes en la configuración de su identidad, donde la identidad de “madres” no es la principal. Ello es claro en lo expuesto por Celeste, cuando señalaba ***“me describiría como madre pero antes como mujer como investigadora y compañera de mi compañera y creo que después vendría el de madre o ahí, en ese tercer lugar, digamos, pero primero como mujer”*** (Celeste, 36 años).

Así como Celeste, casi la totalidad del grupo de usuarias entrevistadas son profesionales y/o cuenta con una trayectoria educativa extensa. Muchas de ellas actualmente ejercen la docencia en diferentes niveles, son investigadoras o profesionales, casi ninguna de ellas se ha dedicado a las tareas domésticas o de cuidado de forma exclusiva.

Como se señalaban anteriormente, la recurrencia de relatos de infancia de las entrevistadas dan sentido y coherencia a sus visiones actuales sobre la maternidad y su relación con el desarrollo profesional. Leticia explica que el aspecto profesional aparecía de forma más patente, antes que la maternidad:

“L: no, no, yo al contrario, no era una nena de esas que jugaba a tener hijos, sí en algún momento pero yo jugaba a ser secretaria, jugaba a ser maestra, jugaba más bien a cuestiones... y durante bastante tiempo, digamos, no pensé mi vida así, inclusive cuando yo estudiaba yo pensaba: “bueno, voy a ir a trabajar en otro lado” o sea pensaba mi vida, más bien en una... en una... en un desempeño o en una cuestión más profesional pero bueno, después en algún momento, este, sentí la necesidad, qué sé yo” (Leticia, 48 años).

Sofía, una profesional con estudios de posgrado, relata cómo ella decide ser madre junto a su pareja, luego de los cuarenta años con una carrera afianzada, comparando con el modelo familiar donde sucedió la experiencia opuesta:

"S: bueno lógicamente te digo, lo que me llega a mí de eso, porque la información que me llega de mi mamá es fuertísima. Porque ella [su madre] por ejemplo, toda su vida, yo le he escuchado decir que ella eligió y no se arrepiente de haber dejado su carrera

profesional, para criar a sus hijos. Y yo lo de mi hermana no sé... pero si el mensaje ese de mi vieja creo que fue así como impactante” (Sofía, 44 años).

"Y para mí en realidad no recuerdo haber tenido un deseo muy grande de ser madre, y si siempre, fui desde la, desde que me acuerdo, desde que me recibí siempre me interesó mucho estudiar, formarme, formarme me abrió las puertas a viajar, entonces me encantaba viajar, y tengo la noción por ahí también de haber pasado mi discurso, me acuerdo de tener treinta años y decir "bueno sí, algún día voy a tener hijos" y después cuando me decidí a tener hijos... era como tarde. Tarde en el sentido biológico” (Sofía, 44 años).

La intersección de la educación, da cuenta de cómo algunas usuarias como Celeste y Sofía construyen, más allá de la maternidad, otras identidades socialmente valoradas en el marco de su profesión, al igual que para otras usuarias donde la prioridad estuvo en el desarrollo laboral y educativo. Como se marcó anteriormente, este aspecto podría dar cuenta de la configuración de nuevos mandatos, donde al mandato materno sobre las mujeres se le suma en sectores medios y altos el mandato del éxito profesional, pero al mismo tiempo pone de manifiesto que las entrevistadas como usuarias de TRHA encontraron en las técnicas, una posibilidad de extender temporalmente la autonomía reproductiva y construir la maternidad desde un lugar no prioritario o esencial en su identidad.

La edad

Como lo expresa Sofía en la cita anterior, el hecho de que durante sus vidas se priorizaran aspectos personales y profesionales hicieron que luego, tener hijos fuera “tarde en el sentido biológico”.

A su vez, el relato de Sofía ilustra cómo la educación, el género y la edad de forma interseccionada, conforman un desvalor para las mujeres en su capacidad reproductiva y al mismo tiempo un llamado de atención bajo la definición de un tiempo “correcto” para maternar y un tiempo donde es demasiado “tarde”.

La idea del “*paso del tiempo*” en el curso de vida de las mujeres, aparece conectado a cierto perfil educativo de las mujeres usuarias, que se traduce en expresiones que dan cuenta de que la maternidad se vio *pospuesta* por diferentes motivos profesionales y de educación, como se señaló anteriormente.

La edad de las mujeres usuarias, como una dimensión que se vivencia de forma estigmatizante, da cuenta de las transformaciones y posturas en disputa que responden a los sentidos hegemónicos de maternidad en Argentina. La “edad biológica” de las mujeres, el momento vital, el tiempo de la pareja que desea tener un hijo, son factores que van organizando los recorridos de las mujeres usuarias que intentan clarificar el diagnóstico médico, muchas veces ambiguo. Ello produce que el paso del tiempo se signifique de forma negativa, por entenderlo como la disminución de posibilidades de lograr un embarazo.

Cuando se hace referencia a la “edad biológica”, se da cuenta de la intersección particular que tienen las variables género-edad para las mujeres. En estos casos, esta intersección aparece en sus relatos como un condicionamiento en la decisión de usar las TRHA, donde la infertilidad es un mal a evitar. De esta manera, la edad se vincula a un tiempo subjetivo, cargado de las significaciones que las mujeres usuarias le otorgan tanto al paso del tiempo como a su propia edad. Un tópico frecuente en las usuarias que hace referencia a la edad, se vincula al “envejecimiento de los óvulos”, como un aspecto que por su expresión biologicista se vuelve un decreto sobre la propia reproducción e identidad.

Estos sentidos de los gametos afectan directamente las decisiones de este grupo identificado. La decisión de usar TRHA, aparece en la búsqueda de un recurso que potencie aquello que se visualiza como disminuido por el paso del tiempo. Ello es muy claro en el relato de Sofía (44 años), donde articula claramente las variables de género, edad y fertilidad con el paso del tiempo.

“S: emm, bueno empezamos a intentar el embarazo y no se dió, y como que muy rápido empezamos a intentar, ponele que hayamos tenido cuarenta y uno, cuando nos dimos cuenta de que no podía habré tenido cuarenta y dos, y entonces como que... claro **no es lo mismo tener treinta y no poder quedar embarazada que tener cuarenta y dos. En el sentido de la posibilidad biológica, se sabe que a partir de los treinta y cinco, ya disminuye muchísimo la fertilidad, pues a los cuarenta ya es ínfima.**

Entonces en seguida nos planteamos el tema de fertilización asistida. Y después, ya entrás en eso, y perdés totalmente las chances de la naturalidad" (Sofía, 44 años).

La idea que Sofía señala como "perder las chances de la naturalidad", motiva a las mujeres a buscar la maternidad a determinada edad, entendido como un ultimátum de la naturaleza. En las usuarias ya se anticipa la idea de "infertilidad", cuando hacen referencia a la edad como una variable que fue considerada para pensar la maternidad, lo cual se analizará en un capítulo siguiente.

Por ejemplo, el relato de Hillary (49 años) que tuvo a sus hijos a los 46 años y el de Sofía quien fue madre a los 43, comparan la edad como una variable similar entre la experiencia de maternidad de sus madres y las de ellas. Para Sofía, crecer con padres "grandes" es un aspecto que puede ser estigmatizante, por vincularlo con su experiencia vital:

"S: eso es **lo que más me preocupa**, a pesar de que cualquier mamá por más joven que sea la atropella un auto en la esquina, pero bueno, la ley de la vida, es esto, ahora a los treinta años ya no tenía a mi papá y a los cuarenta mi mamá no puede disfrutar de mi hija porque... porque no ve, porque no la puede cuidar, no sé que... **entonces bueno es probable que yo lo repita. Y bueno es algo que, lo que me cuestiono en todo caso, es que es una decisión que nosotros tomamos por ella, que va a tener padres viejos (se ríe)** entonces digo, así como yo me acuerdo que cuando era adolescente me fastidiaba un montón porque envidiaba a mis amigas que tenían papás jóvenes y mamás jóvenes, le cuestioné toda la vida a mi viejo que fuera medio mi abuelo" (Sofía, 44 años).

De esta manera, el acceso a las TRHA en su caso les permitió tener hijos, pero como les sucedió a sus madres, constituye una ruptura con lo socialmente esperado. Para Hillary por el contrario, la experiencia de su madre constituyó una posibilidad de pensarlo como posible:

"H: mi mamá ahora tiene casi noventa años y me tuvo a mí a los cuarenta, en una época en que tener un hijo a los cuarenta era "¡ah!"

E: claro, mirá

H: o sea que en un punto no, a mi me dio a los cuarenta y cinco, dije quiero tener un hijo, tampoco era..." (Hillary, 49 años).

A la vez, el relato de Hillary permite mostrar cómo la maternidad de su madre a los 40 años y su maternidad a los 45 años, continúan rompiendo concepciones de los tiempos vitales en donde es lo posible o socialmente deseable la maternidad:

"H: parece que hay algo ahí que despierta... y después también me he encontrado con mucha gente que me dicen ah, mirá le voy a contar a la tal o porque es común también que las mujeres después de los cuarenta y pico desistan de la idea de tener hijos, no porque no quieran sino porque está como muy instalado esto de que no van a poder".

De esta manera, Hillary identifica este proceso de ruptura de su madre con el propio, encontrando cierta continuidad, vinculada a la intersección de la edad en la maternidad:

"H: y tiene que ver con eso, por eso para mí que mi vieja me haya tenido a esa edad fue todo un gesto, en esa época, que hoy todavía es fuerte, en la época de mi mamá eras una vieja a los cuarenta para tener un hijo" (Hillary, 49 años).

De alguna manera, tanto en Hillary como en Sofía, la edad es un aspecto que no les pasa desapercibido y supone un proceso personal, donde las usuarias se permiten pensar en otras formas de desencionalizar la maternidad asociada a la juventud y comienzan a formar parte de un repertorio de decisiones de la madurez vital.

La Pareja

Desde otras posiciones, la edad, no era significada como una limitación sino vinculada a **un momento vital** donde se construyó la decisión de tener hijos, asociada a la consolidación o conformación de una pareja. El relato de Sandra, más típico de los sectores

medios por la lógica de planificación, da cuenta de la intersección de otros factores, donde la decisión de materner se produce en un entramado de condiciones materiales, vinculares y personales que posibilitan tener un/a hija/o en el marco de una pareja:

“S:- Sí, bueno surgió juntos, siempre lo hablamos, de tener hijos y formar una familia juntos, siempre estuvo ese proyecto. En lo personal, a mí de repente me dio, yo nunca estuve con esa cosa en la cabeza, yo nunca fui Susanita de decir: “Yo quiero tener hijos, o quiero tener tantos hijos”, nunca fue algo importante para mí. Pero bueno, después llegó un punto de mi vida, en una determinada edad, empecé a tener ganas de hacer mi familia y tener hijos” (Sandra, 44 años).

Este relato permite pensar entonces que esta ecuación no es lineal, lo que se refleja en que no siempre las mujeres usuarias se refieren a posponer –por la carrera, por conformar una pareja- sino que refieren que el deseo de ser madre no estaba presente hasta determinadas situaciones vinculares. En este sentido, el término “posponer” no sería apropiado para todos los casos sino que se expresa más bien con la configuración de un escenario de lo posible y deseable, que generalmente se corresponde con el ideal heteronormativo de materner junto a una pareja. Si la maternidad no aparecía en los horizontes de posibilidad de algunas usuarias, no se vinculaba a la dedicación, a su educación o su carrera profesional sino a que querían ser madres en el marco de una relación de pareja.

Por ello, la presencia o ausencia de una pareja es una variable que atraviesa todos los relatos de decisión sobre la maternidad. La ausencia de una pareja para materner surge como un tópico frecuente en los relatos de las usuarias, más allá de que en pocos casos finalmente las entrevistadas lo llevaron a cabo desde la monoparentalidad. Así lo cuenta Melina, quien trae en su narración la construcción de la maternidad como un deseo individual, donde consideraba la posibilidad de ser madre sin una pareja, a través de las TRHA o de la adopción:

"M: no de antes pensaba igual, es más yo a los veintipico, yo siempre decía a mis amigos, yo llego a los treintisiete, treintiocho, treintinueve y **no tengo una pareja, voy y busco un instituto y me hago una inseminación**". (Melina, 41 años)

"M:... Y la **maternidad siempre estuvo entre mis planes de vida. No estuvo condicionada a una pareja, a ver no es que no me importara tener una pareja,** sobretodo la soledad que la soledad pesa muchas veces. Pero el... ser mamá... estaba por encima de la pareja. Yo decía bueno: conozco a una persona, me enamoro, seda de que soy mamá y bueno si no sigue funcionando la relación es como que no me importaba. **Mi idea de maternidad iba más allá, de poder estar en una relación con otra persona.**" (Melina, 41 años)

Del mismo modo, Nadia también trae este escenario hipotético en su relato, aunque como expresa luego, su decisión de tener hijos se produjo en el marco de una relación de pareja:

"N: **si para siempre fue una aspiración, siempre, siempre, fantasear incluso con esto de que si no me casaba embarazarme sola, digamos, buscar alternativas, siempre fue una aspiración,** incluso fantasear esto de que aun estando de novios, si llego a quedar embarazada no hubiera sido un problema, nunca me lo planteo como un problema, más allá de las concepciones religiosas de aborto, no aborto, las posibilidades esas, porque nunca... siempre había sido una aspiración ser mamá. De querer ser mamá, siempre" (Nadia, 50 años).

Sin embargo, tanto en Melina, Nadia, así como en otras entrevistadas, la experiencia se produce en otro sentido, es decir, comenzaron la búsqueda de un/a hijo/a una vez que sintieron consolidada una relación de pareja. Allí fue cuando el deseo de ser madre apareció nuevamente como una posibilidad, pero además, como una expectativa que solo puede ser cumplida en determinado momento vital.

Más allá de que en la mayoría de los relatos la búsqueda de un embarazo se realice en consonancia con el modelo de familia nuclear heterosexual, y en este sentido no se

advierten grandes rupturas, cabe señalar que el hecho de que las usuarias expongan en su relato la opción de maternar sin una pareja da cuenta de cierto resquebrajamiento de la hegemonía de la familia nuclear heteronormativa. Ello es así porque hasta hace no pocas décadas atrás, los niños nacidos fuera de este marco eran reconocidos como “naturales o ilegítimos”, como indicaba el derecho patriarcal romano (Galeazzo, 2015) y hoy es pensado como una alternativa.

Sin embargo, esta alternativa de pensarse sin una pareja más que una posibilidad concreta o una opción posible, también puede ser leída como recurso narrativo de las mujeres para enfatizar cierto *ethos* subjetivista propio de los sectores medios (Duarte, Jabor, Gomes, & Luna, 2008) en la construcción autónoma del deseo de maternar. Así lo expresa Catalina:

“C: y cuando estaba sola, yo decía “ay yo quiero ser mamá igual”. O sea no sé si lo hubiese hecho, esta complicado ser madre sola [se ríe] y aparte por el hijo, porque también me gusta la función paterna que tenga, no sé si lo hubiese hecho no creo. Por como soy, no creo, pero me hubiese quedado, como si me hubiese quedado soltera, también el mismo deseo y pendiente.” (Catalina, 38 años).

Efectivamente, lo que aparece como decisión de ser madre tiene que ver con el reconocimiento de un conjunto de factores que hacen posible y deseable el ser madres, por ejemplo en la idea de “construir una familia” con una pareja o terminar su educación.

La importancia de la pareja en la construcción de este deseo, aparece también en aquellos relatos donde la maternidad se vio postergada por el fallecimiento y/o separación de una pareja y como contracara, la decisión es tomada en el marco de la consolidación de una nueva relación. El deseo de la pareja en este sentido, es un motor que lleva a que muchas usuarias se propongan ser madres, lo cual fuera de este escenario vincular no estaba presente:

“y después cuando estuve con Pedro, ahí sí porque teníamos cuarenta años, y entonces ahí sí, apenas vimos que estábamos bien y él además, él si realmente tenía una, unos deseos importantes, de hecho **yo creo que entramos en los procesos de**

fertilización asistida porque él sobretodo mostraba muchas ganas, me apoyó muchísimo, y en eso vos decís, bueno... capaz yo no estoy muy segura pero me conmovía las ganas de ser padre de él, así a toda costa (Sofía, 44 años)

Ese es el caso de Cintia y su pareja, si bien se precisaron condiciones sociales y económicas para acceder al tratamiento de forma gratuita, la razón por la cual ella relata tener nuevamente un hijo y revertir su ligadura tubaria, fue con el objeto de que su pareja viviera la experiencia de la paternidad:

“E: y ¿cómo ha sido? ¿Fue una cuestión de pareja que decidieron tener un bebé?

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

En relación a ello, no es casual que algunas de las entrevistadas cuenten cómo este deseo aparece en el marco de una pareja, que no sólo responde a las posibles presiones de la pareja, sino también porque se comienza a pensar la maternidad como un proyecto compartido que puede ser gratificante (Gual Martí, 2011:277).

Para quienes relatan una experiencia desde la monoparentalidad por elección (Jociles Rubio & Villaamil Pérez, 2012), la decisión de maternar sin una pareja da cuenta de un proceso de transformación subjetiva, donde la conyugalidad como requisito hegemónico para la maternidad, es una variable que debió ser revisada pero no ignorada.

En el caso de Candelaria (36 años) y de Hillary (49 años), quienes decidieron maternar sin una pareja, aparece una revisión de este aspecto valorado, pero no elegido en sus historias:

“H: no es que no tenga la experiencia de que se pueda hacer [la monoparentalidad], en fin, creo que por eso me animé a tirarme así, digamos, pero también **me parece que hay una cosa en el compartir que también está buena, es más, ahora que estoy atravesándolo me parece que está buena, el poderlo compartirlo con alguien pero si no es condición no es condición**, qué sé yo. Creo que es preferible también estar sola y

estar bien a estar en pareja solamente porque los chicos tengan una imagen de pareja y que no se sostenga realmente, por eso es un entendimiento sobre mí” (Hillary, 49 años).

De esta manera, lo que cuestionan las entrevistadas no es la conyugalidad en la maternidad sino la idea de maternidad en pareja como una “condición para”, lo que supone ciertas rupturas sociales y culturales que se analizarán en mayor profundidad en el capítulo seis, sobre las transformaciones de la familia y el parentesco.

Como se analizó a partir de las diferentes intersecciones, no es posible desvincular la decisión de ser madres de las mujeres usuarias de ciertas condiciones sociales, como condición de posibilidad para la maternidad: por los recursos materiales y no materiales que el acceso a estas técnicas involucran, tal como daban cuenta las usuarias que hacían referencia al tiempo de trabajo reproductivo destinado al reconocimiento de la cobertura.

Más aún, aquellas condiciones para la maternidad que parecieran estrictamente personales, por ser relatadas desde la propia experiencia individual, no pueden descontextualizarse de los sentidos sociales que se le asignan y que la hacen o no posible en determinadas sociedades y en momentos históricos particulares (Cosse, 2007). Más aún, forman parte de las condiciones que hacen inteligible la decisión de maternar para las usuarias como para el medio social del cual forman parte. Tiene significados sociales distintos maternar en diversos momentos vitales, ya sea por ser considerada “demasiado joven” o “demasiado grande” y en clara intersección con el sector social, como sucede con la estigmatización de las maternidades adolescentes de sectores empobrecidos. Tampoco es igual el sentido de maternar con una pareja o sin pareja, donde la monoparentalidad es una realidad históricamente estigmatizada y desprotegida por las políticas de cuidado; como así tampoco se valora de igual manera maternar con algunos logros personales afianzados como una carrera o estudios, sino que en los sectores medios se suma la exigencia a las mujeres de cierta planificación sobre la decisión.

En este sentido, la decisión de maternar supone comprender el conjunto de dimensiones señaladas que como intersecciones atraviesan el género, como categoría que articula las maneras en que se configura el mandato de la maternidad en cada experiencia.

Esto significa que no se puede obviar que la sociedad exige a las mujeres ser madres, pero también exige que lo haga en determinadas condiciones donde es legítimo (Margulis et al., 2007). Esto también se expresa en las maneras y posibilidades en que se lleva a cabo el tratamiento, porque como se señalaba anteriormente, las diferentes intervenciones, estudios, controles médicos de embarazos, como la maternidad, implica un tiempo y disposición para realizar el trabajo reproductivo.

Todos estos aspectos que emergen de sus relatos, responden a circunstancias que en determinados contextos vitales de las usuarias se constituyen en dimensiones relevantes que precisan ser revisadas como condiciones de posibilidad y que luego se manifiestan en sus experiencias con las TRHA, como se analizará posteriormente.

Capítulo 4. Experiencias con TRHA: recorridos y sentidos sobre los cuerpos reproductivos

Presentación del capítulo

Comprender la experiencia de las usuarias de TRHA, no supone simplemente comprender los recorridos en el campo biomédico, las fases del tratamiento o las diferentes alternativas reproductivas. Por el contrario, implica analizar la manera en que el poder biomédico se hace cuerpo, las formas diversas de vincularse con la medicina reproductiva así como el despliegue de estrategias y decisiones complejas en el marco del tratamiento. Por ello mismo, este capítulo se propone analizar las experiencias y recorridos de las usuarias con las TRHA en sus efectos subjetivos. Cómo acceden a las TRHA, cómo significan su experiencia reproductiva en los diferentes momentos de su tratamiento y cómo se posicionan las usuarias ante la creciente medicalización y control del cuerpo que experimentan mediante las TRHA.

En primer lugar, una diferencia central a la hora de narrar esta experiencia supone identificar dos puntos de partida distintos entre las usuarias, que configuran experiencias disímiles con las TRHA. Estos puntos de partida permiten debatir con las teorías feministas radicales que ocasiones pierden de vista que las mujeres no constituyen un colectivo homogéneo: existen diversas intersecciones que configuran en el tratamiento no son variables menores para comprender la relación de las mujeres con la tecnología reproductiva. Por ello, en un primer apartado (4.1) se buscará conocer la decisión de usar TRHA distinguiendo entre las usuarias dos tipos de relatos: un tipo de relato vinculado a la idea de reparación de un estado de naturaleza de fertilidad perdido, asociado a la experiencia de mujeres en parejas heterosexuales (4.1.1), y otro relativo a la apertura de una posibilidad antes negada donde las TRHA suponen la posibilidad de pensar posible la maternidad, y que superan las narrativas de infertilidad (4.1.2), encontrando en este relato la decisión de las madres solteras por elección (Jociles Rubio & Villaamil Pérez, 2012) y la decisión de las mujeres lesbianas.

Por otro lado, este proceso involucra un conjunto de dimensiones que complejizan este recorrido y dan cuenta de las particulares maneras en que los procesos de medicalización y control se hacen cuerpos. Para ello, en un segundo apartado (4.2) se analizan los itinerarios y trayectorias de las usuarias en el campo biomédico. En una primera instancia, se analiza la manera en que “se hace cuerpo” el control de la biomedicina: la responsabilización y medicalización de la reproducción en las mujeres, la desigualdad, el procesamiento y clasificación de los cuerpos mediante la lógica de “calidad” y eficiencia. Así también se examina la desigualdad de género en el trabajo reproductivo, que las usuarias denominan en sus relatos “poner el cuerpo”. A partir de ello se diferencia la experiencia de las usuarias con la tecnología de acuerdo a los diferentes tipos de relatos o puntos de partida de este proceso y vinculado a la llamada complejidad de las técnicas.

Otra sección en este capítulo se vincula a la preocupación por el desarrollo de los embriones y fetos, como un tema que avanzado el tratamiento se vuelve un interés central entre mujeres usuarias y médicos. Este “cuidado” del feto nunca es directo, junto con la interpretación de la medicina, la mujer usuaria se vuelve intérprete, encontrando diferentes maneras de subjetivizar los embriones. Las clínicas desean implantar embriones de “calidad”, que tengan tasas de éxito aseguradas, y las mujeres usuarias quieren lograr sus objetivos reproductivos de forma simple. Así mismo, este embrión para muchas parejas, puede ser su última oportunidad de ser padres de forma bioconectada. Esto se condice con que durante el tratamiento el cuidado y vigilancia del cuerpo de las mujeres se intensifica una vez implantado el embrión, es por ello que es este capítulo se analizará cómo durante el proceso de las TRHA, estos cuidados están centrados en el embrión, en lugar de la mujer. Allí proceso que las usuarias significan este cuidado de diferentes maneras, algunas asumiendo esta responsabilidad ante la intensidad de su determinación de ser madres y otras cuestionando la excesiva responsabilización, como otra faceta más de la medicalización de los cuerpos femeninos.

Así también se pondrá en discusión desde los propios relatos, los sentidos –y la transformación de sentidos- sobre el embrión, el feto y los gametos. Para ello se analizarán las diferentes formas de nombrar y comprender el estatus, la “pérdida” del embrión, el tratamiento del embrión, la mirada sobre la criopreservación, la relación con las tecnologías de visualización, así como la resignificación del embrión en el marco de su experiencia con

las TRHA. Ello dialoga con las maneras en que el feminismo ha cuestionado cómo las tecnologías reproductivas han fomentado la excesiva subjetivización del embrión, mostrando otras facetas de este proceso en cada experiencia, ya que no suponen necesariamente la personificación del embrión en ese contexto por parte de las usuarias.

Del mismo modo se analizan los sentidos que las usuarias le otorgan a los gametos, se analizan los significados por la donación y las resignificaciones biográficas sobre las mismas. Los gametos adquieren sentidos diversos en este contacto y suponen un desafío para las usuarias y sus parejas a la hora de tomar decisiones sobre el proceso reproductivo.

La dificultad de concebir con los gametos propios, los convierte en un elemento biológico valioso para algunas usuarias, mientras que para otras parejas implica la conciencia de cierto producto biológico que se puede transferir, como en la donación de órganos. De esta manera, estas percepciones aparecen en sus relatos atravesadas por el género, como es el caso de la donación de ovocitos. Es notable también, cierta conciencia de las usuarias del trabajo reproductivo que involucra la donación de ovocitos para las personas donantes, lo que lleva diversos procesos de significación de los mismos habiendo atravesado el proceso de TRHA.

4.1 La decisión de usar TRHA: relatos de reparación y relatos de simultaneidad.

Del mismo modo en que las usuarias a lo largo de sus relatos significan de diferentes maneras la maternidad, también significan y se vinculan de formas diversas con las tecnologías reproductivas. Esto quiere decir, todas utilizan la tecnología reproductiva con el fin de ser madres, aunque las TRHA tengan un sentido diferente entre las usuarias que se encuentra asociado principalmente a un conjunto de intersecciones de género que definen de antemano sus posibilidades reproductivas.

De esta manera, la relación con las TRHA configura un punto de partida diferente para la experiencia con la maternidad como con las tecnologías biomédicas. Se pueden reconocer como un corte analítico, dos tipos de relatos que dan cuenta de dos formas diferentes de articular la decisión de la maternidad con la decisión de usar TRHA.

Encontramos un tipo de relato que se llamará “relato reparador” donde las usuarias en el marco de una pareja heterosexual, acuden a las TRHA con el fin de subsanar una “función natural reproductiva”, bajo la categoría estigmatizante y patologizante de “infertilidad”. Este tipo de relatos supone una vinculación con las TRHA desde el lugar de asistencia o apoyatura a la naturaleza reproductiva, ya que la búsqueda materna comienza sin el dispositivo de las TRHA y se llega a esta como un recurso para gestionar el escaso tiempo reproductivo. Ello se traduce en sus relatos en que la decisión de maternar, constituye una decisión diferente y previa a la decisión de usar las TRHA.

Por otra parte, se encuentra otro tipo de relato que se llamará “relato de simultaneidad”, que generalmente se corresponde con experiencias de familias no heteronormativas y donde las TRHA constituyen la condición de posibilidad de la maternidad: no hay una búsqueda “natural” y luego una asistencia a esta naturaleza: la maternidad es posible porque existen las TRHA. De esta manera desde estos relatos no se amplifica ni subsana una naturaleza dada, sino que se abre una posibilidad imprevista sin el acceso a la tecnología. En sus relatos se traduce en un relato único, donde se narra se forma simultánea la decisión de maternar con la decisión de usar las TRHA.

4.1.1 Relatos de reparación y construcción de la infertilidad

Estos relatos vinculados a la experiencia de la infertilidad, son aquellos donde el proceso de las TRHA supone un proceso de ruptura de las nociones de mujer, biología y maternidad como parte un mismo constructo.

Ante la asunción heteronormativa de que las mujeres son reproductoras “por naturaleza” y a las parejas heterosexuales como “naturalmente fértiles” (Viera Cherro, 2015), la falla de esta norma se expresa en las usuarias como sorpresa, frustración y malestar por no poder cumplir con aquello que se daba por sentado como parte de la “naturaleza femenina”.

En este sentido, no es coincidencia que este tipo de relatos que se llamarán “reparadores”, aparecen centrados desde la idea de que la fertilidad es un recurso biológico escaso, y que las TRHA amplifican, reparan y/o permiten subsanar este recurso, o como señala Strathern (1992) “asisten a la naturaleza”.

Ello se refleja en su modo de narrar: aquí nos encontramos con un relato que desdobra y separa el deseo de ser madre con la decisión de usar TRHA, como una decisión posterior. En su forma narrativa, las usuarias suelen reconstruir un deseo individual, que luego comienza a formar parte de un proyecto de pareja heterosexual en un determinado momento vital. Esta decisión se diferencia del proceso que llevan adelante con el fin de diagnosticar, y tratar aquello que se vive como un obstáculo reproductivo y donde las TRHA constituyen una alternativa de resolución. A continuación se analizarán las principales características que aparecen en este tipo de relatos.

Subyace la noción de infertilidad

Si bien en estos relatos la categoría de infertilidad⁵¹ prácticamente no aparece mencionada por las propias usuarias para hablar de sus obstáculos reproductivos o de sí mismas como “infértiles”, dado su carácter estigmatizante, si coincide con algunos sentidos que las usuarias le asignan a las tecnologías reproductivas en este tipo de relato. Esto es, existe una expectativa de embarazo y de un lazo biológico-genético que no se cumple de “forma natural” y que desencadena una búsqueda de resolución mediante la tecnología reproductiva.

Son pocas las entrevistadas que pueden relatar con exactitud el origen de la “infertilidad” o el porqué de los obstáculos para el logro de un embarazo en cada caso. La llamada infertilidad es un diagnóstico siempre ambiguo, en ocasiones inicia con una duda, que lleva a la decisión de hacer un tratamiento con TRHA, el cual cabe señalar que no siempre resuelve efectivamente. Así fue que Rosa, una profesional de 37 años, que luego de casarse, junto a su marido deciden buscar un embarazo sin obtener resultados. A raíz de esto comenzó con estudios que dieron lugar a los tratamientos de fertilidad:

[Ante la pregunta de por qué comienzan con el tratamiento]

“R: de si estaba todo bien o no. sí, **yo quería sacarme la duda.**”

⁵¹De acuerdo a la SAMER (2015), y siguiendo la definición del la OMS, la infertilidad es entendida como “la falla en obtener una embarazo clínico luego de 12 o más meses de relaciones sexuales sin protección”.

R: y ahí fuimos acá a [clínica de fertilidad], en realidad yo había empezado a ir a una ginecóloga de ahí, porque me habían, yo, o sea, no conocíamos a nadie, entonces preguntábamos a la gente de acá mismo de [lugar de trabajo], entonces me recomendaron dos ginecólogos, el primero que fui me dijo eso, entonces saqué también en la otra pero tenía mucha espera, yo no sabía por qué tenía tanta espera, pero porque ella ya atendía en un centro de reproducción asistida, que es [clínica de fertilidad] por eso tenía tanta espera, **entonces cuando llegó el turno de ella también fui a ella. Y ella sí me dijo: “yo empezaría con los análisis”** (Rosa, 37 años)

Del mismo modo Sabrina, de 35 años, relata cómo llega al tratamiento luego de una serie de estudios siendo muy joven, con 28 años, al poco tiempo de casarse con su actual marido. Como se puede advertir en su relato, esta búsqueda se caracteriza por ser una búsqueda incierta que provoca un recorrido que tiene mucho de exploración, desconocimiento y temor frente a lo que acontece con el propio cuerpo y frente al diagnóstico médico.

“S: y nosotros, bueno, yo tomaba pastillas, me cuidaba por medio de pastillas, dejé las pastillas y pasó un año y nada. Entonces empezamos a averiguar con ginecóloga, a ver qué, por qué tanto tiempo de un año que no nada. Y bueno, llegamos a [clínica de fertilización] y hablamos con el médico de ahí [nombre del médico] que es uno de los fundadores y bueno, nos atendió él y bueno, empezamos a hacer estudios, **dicen que a partir del año sí se puede empezar a hacer estudios pero no desesperados, digamos, es tranqui empezar a investigar si hay algo.** Y bueno, empezamos con estudios, él y yo, ambos, a él le sale que tiene varicocele, que puede ser uno de los factores de los cuales afecte, que no era la totalidad, pero podía ser. (...) bueno, empezamos, viste, de a poco, cada vez más, habían pasado dos años y seguíamos con el tema” (Sabrina, 35 años).

Esta duda que expresa Rosa en su relato, Sabrina lo nombra como una “obsesión”. Esta sensación se desencadena ante ese desconcierto que generan los obstáculos reproductivos en las mujeres que se encuentran en una relación sexo-afectiva con un varón, de quien se

espera sean “naturalmente fértiles”. Por ello cualquier obstáculo se vive, como dice Sabrina, de forma muy negativa y contraproducente para las mujeres y en sus relaciones de pareja:

“S: pasa que yo, qué sé yo, depende de lo que vos quieras y cómo te sucedan las cosas calculo, porque a **mí fue como muy particular el decir: “bueno dejo las pastillas” y que no pase nada, que no pase nada, que no pase nada, te haces estudios y no tenes nada, y no pasa nada, te haces la inseminación y no pasa nada, como que te vas obsesionando cada vez más, que al principio no era tanta la obsesión pero es como que con el tiempo vas, viste, pensando cada vez en lo negativo**, en realidad, porque si uno pensara positivo yo creo que no te pasaría pero como que es todo negativo, negativo, negativo y eso te mata la cabeza. **Te obsesionas con algo que capaz no era tu obsesión eso, pero bueno, te van sucediendo las cosas que hacen que te obsesiones”** (Sabrina, 35 años).

Frente a esta dimensión de lo incierto, expresado como duda, como obsesión, las TRHA se presentan como una respuesta que implica entrar a ciertas lógicas de gestión como se analiza a continuación.

Es parte de un proceso de gestión del tiempo reproductivo

Así como la edad constituye una variable de peso y de presión en la decisión de ser madres, en el marco de un tratamiento reproductivo y bajo la lógica del campo biomédico, la edad adquiere un valor considerable cuando se comienza a entender al cuerpo reproductivo de la mujer como un recurso escaso. De esta manera a partir de esta duda e incertidumbre por no lograr un embarazo, en el marco de estos tratamientos se desencadena una carrera mediante la cual se busca ganarle una partida a la pérdida de la fertilidad. Aquí la edad –y el paso del tiempo- puede ser entendida como una variable que se impone desde el discurso médico como la pérdida de las posibilidades de lograr un embarazo.

Una característica de este tipo de relatos tiene que ver con una lógica de previsión y de gestión de las posibilidades reproductivas por parte de las propias mujeres, responden a la lógica mediante la cual operan las TRHA como dispositivo biomédico, dentro de la medicina

del control (Armstrong, 1995; Franklin, 2006). Cabe señalar que esta perspectiva se vuelve clara en Argentina mediante un conjunto de restricciones recientes al su acceso vinculadas a la edad de las mujeres usuarias, como se analizó en un capítulo previo⁵². Esta lógica mediante la cual opera el control de estas tecnologías se hace cuerpo en las subjetividades de las usuarias, y se expresa como pánico y temor que desencadena que rápidamente demanden un tratamiento de fertilidad. En coincidencia con la investigación de Elaine Denny (1994), el uso de la tecnología reproductiva aparece como una forma de tomar control sobre estos procesos (Denny, 1994: 71) y en los relatos recabados, el iniciar los tratamientos es visibilizado como una acción y control sobre la propia reproducción, al decir de Nikolas Rose (2007) la biomedicina exige pacientes “activos”.

El relato de Rosa explica claramente que la posibilidad de hacer un tratamiento de fertilidad era una manera de agenciar en relación a su reproducción, cuya contracara supone quedarse en una posición pasiva. Para evitar esta situación y la reducción de posibilidades, se desencadena una carrera contra el paso del tiempo mediante los tratamientos.

E: y te dio positivo, y ahí ¿Qué explicación te dieron?

R: no, a mí lo que me decían era: “nosotros sabemos que vos podés quedar embarazada, pero no sabemos cuándo”

E. ah, claro.

R: el tema es que **ahora hay mucha gente que se le sugiere o se lo hace por tema de edad, para apurar.**

E: de tiempo.

R: **de edad también.**

E: de edad.

⁵² Ministerio de Salud. Resolución 1044/2018. De 01/06/2018. Dentro de las implementaciones de las TRHA en Argentina, desde el Ministerio de Salud de Argentina existen límites a de edad para los tratamientos, criterio basado en las tasas de “éxito” que informan las redes argentina, latinoamericana y estadounidense sobre reproducción asistida. Así también estos límites están justificados en los riesgos para la vida de las mujeres como para los “fetos y neonatos”. Se toma como límite los cuarenta y cuatro años para quienes utilicen óvulos propios, y cincuenta y uno cuando hayan sido con ovocitos donados, a excepción de que se cuente con óvulos criopreservados.

R: de la mujer, **ya empiezan a hablar de que suben las chances de malformaciones genéticas**” (Rosa, 37 años).

En el caso de Catalina, sucede algo similar. Ella relata que luego de transitar por una clínica de fertilidad, donde se realizó tratamientos de baja complejidad, le recomiendan a ella y su marido por la complejidad de su caso que “no pierdan tiempo” y pasen a uno de mayor complejidad. Estos dos factores manifestados desde las propias clínicas de fertilidad, sirven para orientar las decisiones, pero a la vez tienen como efecto generar una “urgencia reproductiva” noción que Mariana Viera Cherro (2015) utiliza para explicar la intersección del aplazamiento de la maternidad como un fenómeno social y que tiene como respuesta acortar cada vez más los plazos para la espera de un tratamiento.

Es así que Sabrina, ante esta sensación de obsesión que ella relata, comienza muy pronto los tratamientos, lo que da cuenta de una forma en que la “urgencia reproductiva” se hace cuerpo:

E: ¿cómo fuiste pasando todo eso?

S: no, **una locura, mal. Primero que te obsesionas, porque es algo que vos decís: “yo lo quiero, lo quiero, lo quiero” y todos los meses llorando cada vez que me venía, porque era una realidad**, hacerte evatest y al otro día te venía y así fue, para mí eso debería ir con un psicólogo al lado, por lo menos en mi caso, que lo tomé muy así, porque uno, **creo que es algo que si haces todo eso es porque lo querés realmente y te obsesionas**. Y ya la pareja no, también es como que hay un chisperío siempre porque no es ni culpa de uno ni de otro, pero bueno, no está pasando y todos los meses era llanto y estás mal. **Y todos, encima casados, “¿y cuando vienen los hijos? ¿Y cuando vienen los hijos?” que ya al último yo decía de que no podía tener hijos, para que no me pregunten más, porque era algo ya traumático para mí sola**” (Sabrina, 35 años).

Lo que resulta claro en el caso de Sabrina, es que no es un diagnóstico médico certero lo que motiva el inicio del tratamiento, sino la llamada urgencia reproductiva manifiesta en el temor a no lograr un embarazo rápidamente. Sabrina relata que comenzó los tratamientos

por su propia insistencia, y en este sentido ella visualizó en las TRHA un dispositivo que facilitaría el proceso y permitiría lograr en un corto plazo el embarazo.

No obstante, iniciar un tratamiento, no siempre tiene como efecto un tratamiento simple o rápido: si bien el tratamiento permite accionar y canalizar la presión social y la expectativa de ser padres, en ocasiones implica destina mucho tiempo y dinero en los tratamientos. De esta manera, como el caso de Sabrina y otras parejas, luego de varios intentos con las TRHA deciden abandonar los tratamientos y luego de ello quedan embarazadas:

“S: Y bueno, decidimos dejarlo todo a un lado y ver durante el año que pasaba, y antes de irme de vacaciones me entero que estaba embarazada naturalmente, digamos, nosotros dejamos, no sé si en agosto, octubre, una cosa así y en enero yo quedo embarazada, de la nada digamos, naturalmente, que fue cuando decidimos relajarnos realmente, dejar de pensar y volvimos a nuestra vida normal, sin pensar en eso por lo menos y quedé (...)

E: ¿Y qué te dijeron en la clínica? ¿Qué te dijeron los médicos?

S: y como que no, que es normal, que la cabeza influye, digamos, como **que no le echaron la culpa a nada, obviamente porque no había**, ellos me decían que en la parte médica está todo bien, **no hay un por qué no quedar, hay que o darle tiempo o seguir**, que es más, **medio como que uno apuraba la cosa, si hubiera sido por el médico, lo hubiera estirado mucho más, digamos, a todo ese proceso**”. (Sabrina, 35 años).

Del mismo modo, Rosa, a quien se mencionó anteriormente, queda embarazada una vez que deja los tratamientos. En este sentido reflexiona que existe un “sobre uso” de las TRHA, vinculado a esta urgencia reproductiva que se señalaba anteriormente:

“R: claro, es como que entras en un, digamos, yo en un montón de cosas a mi doctora la re quiero, es como que ahora la critiqué un montón pero me parece que hay un montón de cosas que hizo bien, pero el lugar en sí y me parece que hay un sobreuso,

esto ya es una opinión personal, **hay un sobreuso de estas técnicas. Yo quería, por eso cambié de médico hasta que me dijeron lo que yo quería** (ríe).

E: claro, vos querías probar.

R: **yo quería probar, pero estaba bien lo que me decía el otro médico, me hubiera salvado de todo esto.**

E. ah, mirá, volviendo atrás decís que no estaba mal ese primer consejo de esperar un poco.

R: porque no sé si la operación tuvo un impacto o no, no se puede saber, y más allá, yo podría haber tenido la operación y no los tratamientos” (Rosa, 37 años).

Estos relatos también dan cuenta, como se señaló antes, de la ambigüedad del diagnóstico de “infertilidad”. Las mujeres usuarias no saben con certeza cuál ha sido la causa de la “infertilidad”- propia y en el caso de una pareja, de la pareja- como así tampoco puede explicar si estos tratamientos tuvieron algún efecto con su embarazo posterior.

Por otra parte, permite reflexionar sobre el hecho de que si bien permite a las mujeres agenciar sobre un proceso que se vive como incierto, la otra cara de esta situación muestra más bien que lejos de facilitar, en ocasiones genera otros obstáculos emocionales, físicos, y de “pérdida de tiempo” realizando durante años tratamientos que en ocasiones no tienen resultados o retrasan otras situaciones como la adopción o el mismo embarazo sin el tratamiento.

Así también este conjunto de relatos ponen de manifiesto de que la manera en que las TRHA moldean una demanda frente a la presión social que muchas personas experimentan frente a la maternidad y que no siempre constituye una respuesta efectiva para ello.

Medicalización y responsabilización de las usuarias

Otra dimensión común en este tipo de relatos reparadores, se vincula con la idea de que dejar pasar el tiempo hasta conseguir un embarazo sin el tratamiento, es significada como una actitud poco responsable frente a la propia reproducción. Luz, que al momento de la entrevista llevaba varios años en tratamiento y sin resultados habla de su responsabilidad en esta situación: del tiempo que esperó hasta encontrar una pareja con quien quisiera

tener hijos, de no haber congelado sus óvulos cuando “debió” hacerlo, en sus propias palabras “me tomé demasiado tiempo”.

“L: yo, o sea, quería elegir el padre de mis hijos, quizás eso... **sigo pensando que fue un acto de responsabilidad para con los hijos pero a la vez pienso que me jugó en contra**, por el tema de la edad y de la edad biológica y la edad de los óvulos y todo eso; (...) Pero no era mi proyecto de vida, pero bueno, me llevó demasiado tiempo, **me tomé demasiado tiempo**. Pienso que no teníamos la información que hoy hay con respecto a la edad biológica de la mujer, que si a mi alguien me hubiese dicho a los treinta y cinco años, (...) “che, treinta y cinco años ¿vos has pensado en tener hijos? ¿Querés tener hijos?” si esa profesional me hubiese dicho... yo le hubiese dicho: “no, mirá, ahora no tengo pareja, mi proyecto de vida es formar una familia” “bueno, ¿Por qué no guardas tus óvulos? Porque en esta edad los tenés buenos, y quizás cuando llegue tu proyecto a los cuarenta años no los tengas buenos” (Luz, 45 años).

Una opción previsor, de acuerdo al relato de Luz, hubiera sido congelar óvulos, como se ofrece desde las clínicas de fertilidad. Lo mismo le sucede a Juliana, que por un problema ginecológico atraviesa una operación a sus veinte años, y afecta luego sus posibilidades de quedar embarazada. Cuando años después decide ser madre y no lo consigue, esta situación es vivenciada con un sentimiento de culpa, donde la autoridad de la medicina deposita y refuerza este mandato. Ella relata que durante una consulta, el médico le explica que ella habría tenido la posibilidad de quedar embarazada más joven, cuando apenas había sido operada, pero como esperó no era posible:

“J: **claro, capaz que fue, jugó en contra, dije. “Capaz si me hubieses buscado apenas te operaste, eso hubiese sido diferente”** me dice, porque hacía muy poco y quizás volvían a funcionar. Bueno, todo mal, digamos, con los médicos, lo que pasó ahí. Imaginate fue un baldazo de agua fría, todo tenía que coincidir para que yo pudiera, por el otro tema” (Juliana, 37 años).

Este discurso médico enmarca a la decisión de maternar como ligada únicamente a una posibilidad biológica. Así también confirma la presión de las mujeres sobre su responsabilidad en la gestión de su reproducción –que incluye la gestión del tiempo- y desliga a la medicina de no contar con otra explicación. Estos discursos condicionales tales como “si hubieras tomado otra decisión...” resultan frustrantes para las mujeres que terminan asumiendo la culpa por no haber decidido tener hijos como prioridad, como es el caso de Juliana.

De esta manera, las TRHA presentan una tensión que por un lado posibilitan agenciar a las mujeres en su reproducción y abren posibilidades reproductivas, pero también funcionan como tecnología de género que produce efectos en las subjetividades, asigna responsabilidades y moldea una forma de ser mujer asociado a la eficacia de la autogestión reproductiva.

Este tipo de relatos al mismo tiempo permiten advertir cómo la medicalización de la reproducción y las TRHA como una alternativa, no constituyen necesariamente en un recurso que permite el logro de la maternidad. Lo que ofrece como respuesta es un dispositivo médico que se presenta como la mejor opción frente a las dificultades reproductivas, ante el imperativo social de agenciar y no quedar “pasiva” frente a la propia reproducción.

4.1.2 Relatos de simultaneidad entre el uso de la TRHA y la voluntad reproductiva.

Se llamarán relatos de “simultaneidad” entre las TRHA y la voluntad reproductiva porque en estos relatos la decisión de ser madres y de usar TRHA forma parte de una misma construcción narrativa, es decir se diferencian de los relatos anteriores porque en general no hay un itinerario de búsqueda de un embarazo “natural” como prioridad que luego lleva a las TRHA. De esta manera no se vinculan a la idea de infertilidad, sino que la mayoría de los casos aquí analizados dan cuenta de cierta ruptura con la heteronorma y/o la conyugalidad como requisitos para maternar.

Este el caso principalmente de las mujeres que deciden tener hijos sin una pareja, o que se encuentran en una relación sexo-afectiva con otra mujer, pero también encontramos casos de mujeres en una relación sexo-afectiva con un varón, que por diversas circunstancias

de imposibilidad física los tratamientos de fertilidad constituyen una posibilidad antes no prevista para pensar la maternidad, no parten de un supuesto de fertilidad o de reparación de natural. Son los casos que Mariana Viera Cherro (2012) llama “los inoportunos” y para quienes el dispositivo de las TRHA no había sido concebido desde su desarrollo. Como señala Micaela Libson (2012) siguiendo a Weeks, Heaphy y Donovan (2001) este tipo de relatos pueden ser entendidos como relatos de la imposibilidad, sobre todo en las experiencias de parentalidades gays y lesbianas.

A continuación se presentarán algunas de las características de estos relatos, como dimensiones centrales que aparecen desde las mismas construcciones narrativas de las usuarias.

Simultaneidad en la decisión de maternar y la decisión de usar TRHA

Este tipo de relatos se caracteriza porque la decisión de maternar previo a las TRHA era considerada como señala Micaela Libson, como impensable. La posibilidad concreta de acceder a estas técnicas, puede significar en el caso de una usuaria en una relación heterosexual la posibilidad de tener hijos, como algo imposible de desear previamente. Así se expresa en el relato de Cintia (madre de tres hijos), quien como se había señalado anteriormente, se había realizado una ligadura tubaria, estando la maternidad fuera de sus planes. Sin embargo, habiendo conformado una nueva relación sexo-afectiva con un varón, se entera de la posibilidad de acceder de forma gratuita a los tratamientos en el Hospital de Clínicas y se plantea nuevamente tener un bebé:

“C: **llegué por una amiga**, que ella tiene las trompas tapadas, y ella me dice: “che mirá, vos sabés que en la maternidad, fue la Carolina Rabolini en esa época, **dice bueno, ahora se puede usar y es gratis**” y ella me explicó. De hecho fui a la maternidad, me interioricé sobre el tema, que papeles necesitaba, ninguno de los dos teníamos que tener obra social, fuimos al ANSES presentamos toda la documentación que nos pidieron que fue: fotocopia de DNI, el papel de ANSES, donde vivíamos, todo. Bueno quedamos en el segundo grupo me acuerdo” (Cintia, 44 años).

La conjunción de estos factores, hace que para Cintia todo forme parte un mismo proceso, y no tiene que ver con una búsqueda previa de la maternidad a la existencia de la posibilidad de acceder a las TRHA. Ella siendo madre de tres hijos, decide buscar un embarazo en el marco de una nueva pareja y al enterarse de las posibilidades de acceso, como algo no previsto previamente.

El caso de Celeste y su pareja Ana dan cuenta de este aspecto con claridad, cuando en su narración aparece como una misma decisión el hecho de tener hijos en y la decisión de acudir a un centro de fertilidad. Aún cuando en este caso se puede presentar una dificultad clínica o biológica en las usuarias, estos relatos no se enfocan en el problema de fertilidad como eje motivador del uso de las TRHA. De hecho, poder hacer este tratamiento en un centro médico, permite en una pareja de mujeres considerar las posibilidades reproductivas de cada una, como fue el caso de Celeste y Ana, donde analizaron quien se encontraba en mejores condiciones físicas de llevar adelante el embarazo.

E: ¿Cómo fue la búsqueda de [nombre del hijo]? ¿Me decías que Ana no podía quedar embarazada, algo así?

C: sí, fue, la verdad que fue todo bastante rápido, **nosotras habíamos decidido el año pasado empezar a averiguar como para saber cómo era, cómo era el procedimiento. Fuimos** creo que en agosto o septiembre a un médico ahí en CIGOR, ese médico, **con pocas explicaciones nos mandó a hacer un montón de análisis clínicos a las dos**

E: ah, las dos

C: hicimos los análisis más que nada para conteo de óvulos y no me acuerdo que otra cosa y después de ese análisis ahí vimos que, a ver, **no es que Ana no podía quedar embarazada sino que las probabilidades eran más bajas**

E: ah

C: y como nosotros íbamos a aplicar, no, aplicar no, ¿Cómo se dice? **A solicitar la cobertura de la obra social, decidimos ir directamente porque tenía más chances yo y aparte porque el médico básicamente nos dijo que eso era lo razonable** y así hicimos, estábamos como autómatas, la verdad en esos momentos uno hace cosas que por ahí no está tan consciente". (Celeste, 36 años)

Maternar por fuera de la heteronorma, como se señaló anteriormente, implica correrse de los relatos de infertilidad que suponen un itinerario por momentos incierto en su diagnóstico. En el caso de Hillary, autodefinida como lesbiana y quien decidió ser maternar sin una pareja, nada de esto pasó, sino que ella es muy clara al respecto cuando señala que en la posibilidad de ser madre mediante las TRHA, supone que sea por definición intencional, buscada y decidida:

“H: igual sobre lo cual **tenes que hacer un esfuerzo consciente, no es algo que puede pasar en cualquier momento, no puede pasar por azar**

E: claro, no te llevas una sorpresa

H: no te llevas una sorpresa, **no te puede pasar sin que haya una intención**

E: la intención es todo

H: tiene **que ser intencional, no hay ninguna otra posibilidad, entonces me parece que eso también hace que entre en otro plano, digamos, la decisión**

E: si claro

H: que no es por ahí el plano en que está cuando se da accidental u ocasionalmente teniendo relaciones con varones” (Hillary, 49 años).

El caso de Hillary, esta intersección es doble. Su relato da cuenta de cómo la tecnología le permite plantearse un escenario de posibilidad, donde no existe el recorrido que se advertía en los relatos anteriores de ruptura con la naturalidad de la pareja heterosexual. En este sentido cualquier alternativa para ella, desde las inseminaciones “caseras”, las técnicas en clínicas de fertilidad son técnicas reproductivas, así como la adopción, hablan de una asistencia concreta. Más aun en las dos últimas alternativas, hacen forzosa la intervención profesional que se enmarca en instituciones médicas y jurídicas... Así lo señala Hillary:

“H: entonces desde un punto, ya desde ahí, digamos, para mí estaba presente esta posibilidad de pensar en una tecnología que asistiera pero nunca pensé que iba a ser tan complejo pero sí que de algún modo hubiera otra intervención, **ya cuando decidí a empezar a ver la posibilidad de tener hijos pasa esto, si sos lesbiana no hay otra posibilidad que no sea con alguna intervención, puede ser mayor o menor, si podes**

intentar inseminaciones mucho menos complejas y hasta puedes hacerlo en tu casa **pero de todos modos hay algo que no es naturalmente, no es sin que haya una intervención intencional**, entonces **era como que no podía imaginar una cosa de otra forma tampoco, era así o era adoptando, esa era la posibilidad**". (Hillary, 49 años)

Lo que la continuidad de estas decisiones –maternar y usar TRHA- de alguna manera expresan, es que las TRHA al igual que en los otros casos, no vienen a “colaborar con la naturaleza”, no tienen un carácter “restaurativo” de una condición natural, sino que tecnología-cuerpo forman parte de un mismo constructo, al decir de Donna Haraway (1984), se aproxima a la idea de cyborg, un proceso donde es difícil distinguir las fronteras entre máquina y organismo.

No es infertilidad es oportunidad

Como señalaba anteriormente, una diferencia que este tipo de relatos mantiene con las experiencias de los relatos “reparadores”, es que no parten desde el estigma que supone ser una mujer infértil, o encontrarse en una “pareja infértil”, lo cual configura una relación diferente con las tecnologías reproductivas.

Podría pensarse, que de alguna manera esta posibilidad configura una demanda efectiva, es decir Cintia se plantea una necesidad en función de los medios disponibles y de su relación de pareja. En su relato ella cuenta cómo transmite a otras mujeres esta información, que abre la posibilidad a otras para quienes por recursos y edad era impensable:

“E: así que acompañas y mandas a mucha gente a la maternidad

C: sí, yo por ser, hay mujeres que me dicen: “vos sabés que quiero tener un bebé, pero tengo más de cuarenta” bueno yo les digo: “proba” y yo les explico, les digo: “mirá, si no tenés obra social andá, pero si tenés te aconsejo que no vayas” porque yo sabía que la gente que tenía obra social no le hacían el tratamiento ahí” (Cintia, 44 años).

Este carácter impensable y la posterior apertura de una posibilidad, da cuenta del impacto que el reconocimiento de nuevos derechos a través de la ley sancionada en el 2013 produjo como transformaciones sociales en las subjetividades. Cintia fue la segunda cohorte que realizó tratamientos en el Hospital de Clínicas, y para ella que no contaba con obra social era imposible de pensarlo sin esta posibilidad.

Del mismo modo, el reconocimiento de algunos derechos en una política pública, llevan a que algunas usuarias como Candelaria, decidan que las TRHA podrían ser una alternativa para su proyecto de monoparentalidad por elección. Si bien Candelaria conocía otras formas de inseminación casera, la posibilidad de que se garantizara desde una política pública lo volvió para ella una posibilidad:

“C: que yo venía siguiendo a través de, yo tengo muchas amigas, en el grupo que yo me manejo, muchas amigas mías lesbianas, familias monoparentales y homoparentales, así que la reproducción asistida era hasta ese momento únicamente, lo siguen haciendo, una reproducción casera.” (Candelaria, 38 años)

A su vez, como bien ella señala, la existencia de una ley que regule estas técnicas y que efectivamente proponga la cobertura de los tratamientos sin discriminación por orientación sexual, situación conyugal, lo vuelven una posibilidad real y concreta, como una tecnología social y jurídica que hizo posible pensar esta alternativa:

C: **“...Cuando sale la ley de reproducción asistida yo averiguo, tengo una amiga en la obra social, le planteo que no hay pareja y me dice que ella me va a ayudar, la verdad que tuve suerte, igual [su obra social] hace esos tratamientos,** después me doy con que los hace, pero no tuve ninguna, nunca tuve una traba. Entonces empecé a averiguar, en el dos mil catorce me desvié un poquito (...) entonces yo dije: “no más, basta, no más” dos mil catorce. Empecé a averiguar, hablé con la obra social y me hicieron el expediente y en el dos mil quince fui a [centro de fertilidad], que es la clínica” (Candelaria, 38 años).

“C: y [clínica de fertilidad] estaba **a tres cuadras de mi trabajo**, porque yo trabajo en [nombre de trabajo] y está ahí

E: está ahí nomás, sí

C: era porque también, **esta cosa abnegada de sufrir y tomarme ocho bondis para ir a La Plata para el parto humanizado y tenerla a la Estela De Carlotto de invitada, no, no. Yo necesito que la vida se acomode a mí**, me quedaba perfecto...” (Candelaria, 38 años).

La posibilidad de que la obra social lo reconozca como parte de la cobertura médica tiene consecuencias subjetivas muy claras, la cobertura de la ley permite a Candelaria acceder al centro médico que quede cerca de su trabajo, incorporarlo en la vida cotidiana y salir de la búsqueda “heroica y sacrificial” de la maternidad de la cual ella se distancia.

Lo impensable heteronormativo

Como se señalaba anteriormente, aparecen como parte de este tipo de relatos, las experiencias de mujeres usuarias que suponen en su decisión de maternar una ruptura con la heteronorma familiar, esto es la maternidad para las mujeres en una relación sexo-afectiva con otra mujer, o aquellas que deciden maternar sin una pareja, más allá de su orientación sexual.

Como señala Luisa Peralta (2010), lejos de entender a las TRHA como un dispositivo que refuerza un mandato patriarcal materno que da por sentado la maternidad en las mujeres, para las personas que construyen otras formas de maternar por fuera de la heteronorma este mandato no es tal, sino por el contrario la maternidad le ha sido vedada a las mujeres lesbianas por “infringir el mandato de la heterosexualidad” (Peralta, 2010:3). Más aún, sus maternidades constituyen un desafío para las normas sociales, la construcción del deseo de ser madres fuera de la heteronorma constituye una transgresión, que en algunos escenarios hace esta posibilidad como una posibilidad impensable.

Tal es el relato de Hillary, de 49 años quien decidió ser madre soltera por elección, pertenece a una generación donde los tratamientos de TRHA no eran accesibles para la población y la posibilidad de pensarse desde la maternidad era incompatible con el

reconocerse como lesbiana. De esta manera ella dice que este deseo “desapareció” de su horizonte de posibilidades en el momento en que se reconoció como tal:

“E: y vos ¿por qué pensas que lo descartaste en su momento? [Al deseo de ser madre]
H: para mí **fue fuerte el momento en que claramente decidí y llegué a la comprensión de que era lesbiana**, completamente, creo que en ese momento era como más fuerte poder pensar en la posibilidad de tener hijos y que en ese momento **empecé a bajarle la intensidad hasta que en un momento desapareció, desapareció como deseo, no desapareció como idea y siempre me planteo como desde el mismo lugar**, si en algún momento quiero voy a hacer lo que tenga que hacer para quedar embarazada pero nunca había vuelto a aparecer el deseo fuerte” (Hillary, 49 años).

Del mismo modo, Silvana, contaba en su relato que “toda la vida había querido ser mamá” y justamente su orientación sexual había sido un obstáculo para pensarlo como una posibilidad. Siendo ella de una generación distinta a Hillary, la información de la existencia de las TRHA le permitió poder pensar que ello podía ser posible, pero salir del marco de una pareja heterosexual implicaba pensar su maternidad sin una pareja:

“S: o sea, **yo siempre me imaginaba sola, siendo mamá pero sola**

E: ah, como esa posibilidad

S: sí sola, **nunca me imaginaba ni siquiera con otra mujer**

E: pero

S: y después **yo siempre me metí mucho por internet**, entonces yo había visto que en Estados Unidos se hacían estos tratamientos y yo soñaba con esas cosas pero bueno”.

(Silvana, 43 años)

Esta decisión de maternar fuera de la familia heteronormativa, no pasa desapercibida para el campo biomédico, si se piensa los horizontes de lo que es considerado posible para las usuarias. Cabe señalar que el dispositivo psi contemplado por la legislación es un recurso

que algunas clínicas cuentan en ocasiones es vivenciado por las usuarias como un proceso de control y vigilancia⁵³.

Tal es el caso de Candelaria, quien si bien fue recibida sin conflictos por su médico que la acompañó en su elección de monoparentalidad, por esta misma elección desde la misma clínica la derivan a una psicológica. Así lo relata Candelaria quien lo vivió como un aspecto estigmatizante:

“C: ...porque me pareció injusto que alguien tuviera que evaluar si yo estaba capacitada o no para ser madre, alguien que no me conoce, que puede haber estudiado, que está todo bien, pero que no me conoce. Me enojé mucho, después con el tiempo, después, pero en ese momento yo llegué indignada” (Candelaria, 38 años).

Sin embargo Candelaria toma esta situación para poder reflexionar sobre su proceso, y fortalecer su postura lo cual desde su posición de relato es vivenciado de forma positiva, pero no implicó que no tuviera que dar cuenta de su decisión en el consultorio:

“C: y me preguntó cómo le iba a explicar el día de mañana, que no tenía padre y que era producto de una inseminación artificial. Y ese día había caído una bomba en no sé dónde y había qué sé yo, veintisiete mil doscientos treinta y seis nenes sirios en la tele, y entonces, me resulta mucho más difícil explicarle esto, si yo llego a estar viendo el noticiero y mi hijo me pregunta: “mamá ¿por qué pasan estas cosas?” a mí me va a resultar mucho más difícil explicarle esto. O sea, que le voy a explicar, que yo tuve ganas de tenerla y que fui y busqué las herramientas de las ciencias y de la medicina, para tenerla, o sea, a parte cuando, ¿usted leyó Galeano? Cuando yo me aprendo todas las respuestas me cambiaron todas las preguntas, y eso va a ser siempre” (Candelaria, 38 años).

⁵³ De acuerdo a la Ley de Reproducción Médicamente Asistida de Argentina y la reglamentación vigente, se incluye en la cobertura las “terapias de apoyo para la reproducción médicamente asistida” en las que se incluye la terapia psicológica. Por otra parte de acuerdo a las normas de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva SAMER, entre los profesionales que se requieren para acreditar los Centros, figuran los profesionales psicólogos. Para mayor información consultar: Normas para la Acreditación de Centros de Reproducción Asistida. (SAMER) Comité de acreditaciones. 2015. Pág. 14.

Una experiencia similar relataban algunas usuarias en relaciones heterosexuales, quienes eran derivadas a una consulta psicológica cuando en el marco del tratamiento decidían usar gametos donados⁵⁴. Más allá de las diversas formas en que las distintas usuarias pueden resignificar lo que allí se produce durante la consulta psicológica, lo que estos relatos señalan es que, el hecho de que el paso por la consulta psicológica sea un requisito de la clínica para el acceso a los tratamientos a aquellas personas que acceden a las TRHA fuera de la familia bioconectada o heteronormativa –como es el caso de las mujeres lesbianas y sin pareja- si bien se presentan como una forma de “prevenir los daños psicológicos”⁵⁵ también dan cuenta del particular modo en que la heteronormatividad opera en estos espacios.

De esta manera se produce un doble juego en estos espacios biomédicos: se promueve el uso de ciertas técnicas que vienen a romper la idea de familia parentesco heteronormado y biologicista, pero a la vez la consulta psicológica actúa como una forma de examen de las mismas. Y en este sentido, no es casual que quienes sean derivadas a esta consulta sean quienes se alejan de esta norma, y la consulta psicológica como dispositivo de confesión, al decir de Foucault [1976] (2002), no reprime ni prohíbe estas formas familiares diversas, pero le exige un recorrido clínico diferente que se convierte en un espacio de control, como registraron en su experiencia las mujeres usuarias.

La tecnología no es villana

Este otro orden de experiencias de mujeres usuarias con las TRHA también permite comprender otras formas de relación con la tecnología reproductiva, más allá de las posturas binarias que suponen que la ciencia es “salvadora o villana” parafraseando a Rayna Rapp (1999). Ello se hace claro en aquellos relatos que denominamos de “simultaneidad”. Tal es el caso Candelaria quien si bien no presenta una postura inocente frente a las relaciones de poder en el campo biomédico, tampoco desconoce cómo la tecnología reproductiva abre una posibilidad antes cerrada para ella:

⁵⁴ La SAMER lo sugiere como una buena práctica la evaluación psicológica. Para más información ver: “Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados”. http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5_guia_donacion.pdf

⁵⁵ Idem 54.

“C: no, no **seré yo quien luche contra la tecnología, no seré yo**, no, la ciencia existe, avanza, avanza, hay un montón de gente, yo soy así, bienvenidos, vengan investigadores del mundo a ver tu caso mi caso todos nuestros casos, nos investiguemos. Hay un montón de gente que se pasa el día estudiando, laburando, haciendo pruebas para que yo pueda tener un bebé, y yo tengo un bebé yo todas las noches no me lo puedo creer, hay veces que no duermo, no duermo porque me quedo mirándola (...) **la ciencia existe y hay que usarla porque está ahí a la mano** (...) la que nos ayuda la hizo un tipo pensando en hacerle la vida más fácil a la gente, que después esas herramientas las agarren (...) **para manipular y hacer mercado con eso es otra cuestión, pero la ciencia en sí misma no hace más que abrir puertas, nunca cerrarlas**” (Candelaria, 38 años).

También es el caso de Juliana, que como se presentó anteriormente, lejos de vivir el paso con las TRHA como un evento estigmatizante y patologizante, es consciente de la posibilidad que se abre para ella quien de otro modo no podría haber sido madre:

“J: fantástico, maravilloso, es increíble lo que esta gente logra, me parece maravilloso, **maravilloso que puedan darte la posibilidad cuando antes la puerta estaba cerrada para las personas que tenían el mismo problema que tengo yo**. El médico me decía: **“hasta hace diez años atrás esto no existía”** no existía y las chicas se quedaban sin tener hijos y perderse esa experiencia que realmente es maravillosa, yo dije: “lo que la ciencia ha logrado me parece increíble.” (Juliana, 37 años)

Las TRHA como tecnología es desarrollada en el marco de un sistema capitalista, en el que usuarios, proveedores, practicantes, están inmersos. Si bien el feminismo ha señalado el entramado de relaciones de poder presentes en un mercado reproductivo (Stolcke, 1986) y entendiendo que las TRHA como tecnologías de género generan efectos, las mismas no anulan la agencia de las mujeres, sino que como señala De Lauretis (1989) es necesario mirar estas resistencias cotidianas dentro, fuera y en los intersticios de la ideología.

Tomando en cuenta los dos tipos de relatos, el “restaurativo” y el de “simultaneidad”, se podría señalar que las TRHA como una vía para la reproducción humana, también abren nuevas posibilidades para algunas personas que ahora pueden disputar la accesibilidad a estos tratamientos, así como los sentidos sobre estos tratamientos. No sólo se encuentran personas que acceden a ella desde el lugar de estigma o patología, sino también abre una posibilidad que anteriormente estaba negada para aquellas personas que no podían hacerlo vía la reproducción bioconectada o heteronormativa y que se vinculan desde otra posición.

Sin embargo, junto con estas libertades, también circulan en las representaciones de las usuarias cierta tendencia normalizante: las TRHA como la vía óptima que facilita la maternidad mediante un vínculo biológico-genético, como la opción más sencilla frente a los dispositivos judiciales y de adopción, como la vía más rápida frente a la vivencia del “paso del tiempo” y la autogestión de la reproducción. Estos procesos manifiestan un aspecto contradictorio en sus efectos, vinculados al carácter de las TRHA como tecnologías de género: amplifican la posibilidad reproductiva pero a la vez acrecientan la responsabilidad reproductiva en las mujeres.

4.2 La medicalización y el control de los cuerpos en el proceso de las TRHA.

“Poner el cuerpo” para producir un bebé

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

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

De esta manera, es frecuente que las mujeres usuarias hagan referencia a sus cuerpos en tercera persona, como un ente objetivado y diferente a sí mismas. Este aspecto, esta forma de verse y experimentar el tratamiento, expresa nuevamente revisar esta tensión señalada anteriormente: la vivencia de un cuerpo ajeno y fragmentado -como señala de Beauvoir “alienado”- y a la vez la experiencia de la maleabilidad y la potencia del propio cuerpo para agenciar proyectos personales.

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

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

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

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

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

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

La idea de “cadena de producción” resulta otra metáfora que da cuenta del mismo proceso, refleja en algunas usuarias la sensación de pérdida de singularidad en el trato médico, por el poco tiempo, cuidado, por la magnitud y cantidad de pacientes y hasta de violencia en la experiencia con las TRHA de algunas usuarias.

Así lo expresa Rosa, una usuaria que se posiciona de forma crítica en relación al trato recibido en la clínica: *“Pero un poco yo lo veía como, bueno tiene quince minutos, veinte minutos para atender a cada una y es un negocio muy grande, mucha gente, mucha gente en [nombre de la clínica] esperando, así como, como en una máquina de hacer chorizos digo yo siempre”* (Rosa, 37 años). El relato citado, da cuenta de una experiencia de pérdida de “humanidad” así también de cierta conciencia de que el cuerpo operado por la medicina forma parte de un entramado comercial y productivo que, como comenta en su entrevista, le recuerda a la manera en que se fertiliza a la vacas, comparación que si bien ella relata en un tono sarcástico, expresa una crítica sobre el sistema médico. De esta manera, la metáfora del cuerpo-máquina es frecuentemente utilizada por las usuarias para hablar tanto del control como de las “fallas” de los cuerpos.

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

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

Esta vivencia de que el cuerpo es operado y transformado por otro, también puede ser comprendida desde la idea de plasticidad. La noción de plasticidad y maleabilidad del cuerpo se vuelve clara cuando se hace referencia a las hormonización necesaria para promover una ovulación extraordinaria o para preparar el útero en la implantación. Estos procesos dan cuenta de las posibilidades de operar sobre el cuerpo y transformarlo gracias a la tecnología, entendiendo al cuerpo en su carácter performativo (Butler, 2006; Preciado, 2008). En síntesis, es un cuerpo vigilado, pero por otro lado moldeable. Si se lo entiende como un sistema también es factible de ser “programado”, que nuevamente las hormonas permiten evidenciar.

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

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

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

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

Que el cuerpo siga “funcionando solo” o que se “pueda seguir con el cuerpo” y sin la medicación, se traduce desde las propias experiencias corporales de las usuarias en una relación intermitente entre la biología y la tecnología, como si fuera posible pasar de un estado de intervención tecnológica a uno de naturaleza plena, y donde la tecnología es la que asiste a la naturaleza como algo dado y estable. En este sentido, estos discursos médicos reproducen una ficción bajo la idea de que “el sistema ahora funcionaría sin la asistencia tecnológica” negando que el cuerpo es tecnológico desde antes de comenzar las TRHA y lo seguirá siendo ya que forma parte de las propias subjetividades desde antes de las TRHA (Preciado, 2008). No existe una “vuelta a la naturaleza”, sin embargo es interesante cómo la biomedicina busca siempre reproducirla.

Volviendo al recorrido transitado por Catalina, no resulta extraño que desconfíe de lo que su propio cuerpo produce sin los tratamientos, si ella entendió que la tecnología formó parte de lo que su cuerpo “aprendió” para lograr este embarazo. Sin embargo la medicina

vuelve a reforzar el modelo que indica que la “medicina asiste a naturaleza” y donde existe la idea de una “naturaleza reproductiva propia de las mujeres”. Este punto constituye uno de los núcleos centrales mediante los cuales la idea de “naturaleza”, aún en los escenarios más tecnologizados se refuerza en nuestra cultura patriarcal.

¿Quién pone el cuerpo?

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

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

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

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

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

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

E: claro

F: **muy desgastante** y creo, tengo gente conocida que ya en el primer tratamiento se cansaron y desisten totalmente, tenés que estar muy preparado y yo sinceramente no hice terapia pero hay gente que hace terapia o busca algún tipo de ayuda (Florencia, 32 años)”.

Así relata Cintia, como se comentó anteriormente era madre de tres hijos y comenzó el tratamiento por querer que su pareja viviera la experiencia de paternidad. Sin embargo, al fracasar el tratamiento, la pareja termina separándose:

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

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

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

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

E: si

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

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

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

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

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

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

Iniciando el trayecto: diferentes puntos de partida con las TRHA.

Aquellos relatos que podían identificarse dentro de los llamados de “reparación” y asociados a la llamada “infertilidad” y la búsqueda de un embarazo en el marco de una pareja heterosexual, generalmente se caracterizan por la narración de un itinerario médico donde se utilizan de manera progresiva tecnologías de menor a mayor complejidad hasta obtener los resultados deseados. Este transitar no es azaroso, sino que corresponde al marco normativo y a los protocolos médicos que definen el punto de inicio y el grado de complejidad requerida para cada situación, como se analizó en el Capítulo 2.

La forma en que se configura este itinerario, a su vez tiene efectos en las experiencias de las usuarias con las TRHA. Como se señalaba anteriormente, las experiencias de

“reparación”, que narran un recorrido que parte del diagnóstico de “infertilidad”, inician con estudios ginecológicos, de fertilidad, pasando por las técnicas de menor complejidad hacia las de mayor complejidad en caso de ser necesario, como un trayecto que suele ser más prolongado que las experiencias de “simultaneidad”.

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

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

E: ¿por qué decís eso?

B: y bueno, porque **justo en la primera parte, es la hiperestimulación ovárica, después extracción de los folículos, todas las hormonas como si estuvieras embarazada, y... vos estas embarazada, tanta lluvia hormonal, la verdad es que no la pasa bien.** Pero bueno...y que la transferencia embrionaria, hasta que te haces el test de embarazo. Y estas como embarazada, porque tenes inflamación mamaria, dolor en la cintura (...) **y después estas esperando veinticuatro cuatro horas hasta que te dan la beta... y te da negativo...”** (Brenda, 38 años).

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

“E: Y al momento de empezar con las técnicas tenías alguna expectativa, o alguna idea sobre las mismas, buena, mala.

B: la verdad que como yo no hice ginecología ni nada de eso, **fue una experiencia nueva. Me tuvieron que explicar todo**, qué era la ICSI, que era la fecundación in vitro, que era la fecundación artificial, todo distinto...

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

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

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

“S:- Y mirá, **habremos estado tres años, ponele, haciendo tratamientos. Y nos anotamos y seguimos intentando, seguimos haciendo tratamientos, hasta que un día yo dije basta**. Incluso, te digo, ya habiendo adoptado a Pedro, hicimos unos intentos más de una fecundación: la ICSI, que es la más, más, súper más tecnológica que hay y que se yo, y no logramos. Había posibilidades de hacer más, pero ya estaba Pedro. Estábamos nuevamente ahí, nomás que adoptamos a Pedro fuimos nuevamente ahí a anotarnos, a las dos semanas más o menos nos anotamos de nuevo y dijimos bueno, esperaremos. **Y yo dije no, basta, no me quiero seguir exponiendo a esto de que te genera tantas expectativas** y que es un gastadero de plata y que podía llegar por otro lado.

Cuando viví en carne propia que podía llegar por otro lado dije: **“¿para qué seguir con esta tortura?”**. Es torturante cuando no logras el objetivo, ¿entendés? Yo conozco mucha gente que logró el objetivo y feliz de la vida, no lo vivió así. Yo lo vivo hoy así, o lo veo así porque fue gastar un montón de plata que no teníamos, nos costaba muchísimo cada tratamiento que hacíamos. **Y también las expectativas que pones y después que no se da, que no se da por esto o por aquello**, y que buscan y que buscan. **Que puede ser por esto o por aquello. Es muy tedioso**”. (Sandra, 44 años)

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

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

“A consecuencia de esta tecnología específica la ciencia puede producir un bebé sin recurrir a gametos masculinos de un donante pero obliga a pasar por un proceso de alta complejidad, en lugar de uno de baja complejidad que era lo que se debía de transitar en la mayoría de los casos que ahora se abordan con ICSI. Se trata así de preservar la filiación biológica masculina aún a costa de la mayor medicalización del cuerpo de la mujer, necesaria para un procedimiento de alta complejidad” (Viera Cherro, 2015: 363)

En relación a ello, el relato de Florencia, es esclarecedor en este sentido. Florencia quien se encontraba en pareja con un varón, cuenta que a partir de la disminución de la fertilidad de su pareja, realizaron diferentes tratamientos orientados a tener un hijo con los gametos propios: dos tratamientos de alta complejidad y de fuerte intervención hormonal, aún cuando ella no tenía ningún problema en su fertilidad. En una sociedad donde la preservación de la filiación biológica masculina no fuera central, una mujer en las circunstancias de Florencia recurriría a un donante de esperma con un tratamiento de baja complejidad, que implicaría una mínima intervención en su cuerpo.

Este aspecto no es menor, ya que durante el tratamiento es un aspecto que genera conflictos en la pareja. Particularmente cuando se agotan todas las instancias de tratamiento con los gametos propios, algunos varones se resisten al uso de donante de espermatozoides porque se pone en juego su masculinidad desde una ideología de familia bioconectada.

Aquellas usuarias que realizaron un itinerario más breve, son aquellas que en general se corresponden con los relatos anteriormente llamados como de “simultaneidad” en donde no se parte de la idea de infertilidad. Comenzando algunas de ellas por las técnicas de baja complejidad o partiendo en menor medida con técnicas de mayor complejidad, son quienes relatan mejores experiencias con las técnicas en términos de invasión: las mujeres lesbianas, quienes realizaron la técnica desde la monoparentalidad, como aquellas que por un diagnóstico médico debieron comenzar el tratamiento con técnicas de alta complejidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

En este sentido para aquellas mujeres usuarias que cuentan haber realizado tratamientos con ginecólogos y especialistas de fertilidad resultan las experiencias de mayor incomodidad y control sobre todo en el aspecto sexual: la sexualidad se vive de forma “impuesta”, “programada”, “con un fin”, “repetitivo”, lo que resulta cansador y negativo para la pareja. La intromisión y el control de la sexualidad, es uno de los lugares

disciplinantes donde la medicina continúa operando, y en particularmente cuando menor es la complejidad de la tecnología reproductiva y mayor es la tecnología médica del consultorio.

F: "...pero sí trae problemas, trae problemas, trae momentos en que te haces mucho más fuerte pero son... yo **leí muchos libros en cuanto a esto de parejas que tenía problemas de fertilidad y por lo general pasa, pasa, a veces que lo logran y después se separan o pasa que pelean constantemente** porque nunca llegan al bebé, es algo muy desgastante. (Florencia, 32 años)

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

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

4.3 El control del cuerpo reproductivo: Cuidar el cuerpo, cuidar el feto

Una de las maneras en que se manifiesta el control de calidad propio de los sistemas de control biológicos que describe Sarah Franklin (2006), es mediante el control de calidad de los fetos y embriones. Como señala Viera Cherro (2012) estos controles tienen como objeto evitar la implantación de fetos con anomalías genéticas, pero en términos más generales supone que la centralidad de este control de calidad está puesta en el feto, que la autora describe como "feto supervalioso". Este feto, dice la autora, es considerado "valioso"

por la medicina porque fue difícil de conseguir, tanto que su valor se manifiesta en el tratamiento posterior: *“justifica maniobras como la cesárea programada para minimizar cualquier riesgo”* (Viera Cherro, 2012: 267).

Esta idea del valor del feto aparece en los relatos de las mujeres usuarias cuando hablan de la importancia de la criopreservación, así como Juliana para quien el embrión fecundado era *“tan valioso”* que guardarlo era una consecuencia *“natural”*.

E: ¿Cómo ibas viendo vos este proceso? Me decías, porque, cuando tuviste que decir lo de la ovodonación lo pensaste un poco por algunos factores, y esto de la criopreservación ¿Cómo lo viviste?

J: no, **me pareció súper natural guardarlo, me parecía que era tan valioso que estaba re bueno guardarlo**, así que no, sí todo bien, **lo guarde y dije: “será otra oportunidad”**. Se rompió, bueno, listo, y ahí dijimos: *“chau, no tenemos más plata”* (Juliana, 37 años).

Así también este valor tan alto que se le otorga al feto, se advierte en los procesos de control y de monitoreo, que tiene como consecuencia que las mujeres usuarias ocupen un lugar desjerarquizado en relación al feto que están gestando. Por un lado por el conjunto de procesos de control por el que transitan, que implica un *“seguimiento de cerca”* es decir ecografías y análisis clínicos, así como disponer de tiempo de reposo, de *“no exponerse a climas extremos”*, de *“no hacer fuerza”*. Este aspecto es relatado como un proceso que implicó para las usuarias de disponer de un tiempo central de su trabajo, por lo que relataban cómo debían programar estas transferencias de los embriones durante sus vacaciones laborales, ya que les resultaba difícil disponer del tiempo que exige este reposo extremo, por el cuidado del feto. Como señalaba Melina, el mismo proceso biológico de implantación sucede en los llamados *“embarazos naturales”*, sin embargo es el valor de este feto el que hace la diferencia:

M: ***“Naturalmente”*** [enfatisa] es distinto, porque la gente que queda embarazada y no sabe que queda embarazada no se anda cuidando y bueno digamos que estoy en un rasgo como de más cuidados, por la edad por todo esto, y más o menos una

semana de reposo, y hasta bueno el pre-embrión se prende al útero, al endometrio o no se prende." (Melina, 41 años).

Previendo estos controles, otras mujeres contaban que como mujeres trabajadoras, precisaban que la clínica les quedara cerca, fuera cómoda y accesible, *“que el tratamiento se acomodara a mí”* dice Candelaria, en este sentido hacía referencia a que el proceso no implicara tanta renuncia a su vida laboral y personal.

En el relato de Sofía, ella comenta una mirada particular sobre el cuidado del embarazo. Aún siendo consciente que la pérdida de un embarazo no se vincula necesariamente a la conducta de las mujeres, cuando logran un embarazo en estas condiciones tan complejas, la sociedad se encarga de recordar su papel de reproductoras y responsables del cuidado de esta reproducción de forma constante:

“S: los primeros tres meses que esta el riesgo de aborto no me podía no mover porque por más que yo estaba convencida, sabía porque tengo muchos amigos médicos, y bueno somos muy críticos de un montón de cosas, yo sabía que culpar a la mujer de un aborto, es un... este es una iatrogenia, digamos, es decir, si sucede un aborto, tenía que suceder, no es porque la mujer se movió o no hizo lo que tenía que hacer... pero bueno nadie me dejaba mover, en la familia, "no, no...." (...) cuidando que no me fuera... (...) te va cargando. Y si llego a tener un aborto, la culpa por supuesto va a ser mía.” (Sofía, 44 años)

Es interesante en el relato de Sofía donde ella plantea la hipótesis de qué hubiera pasado ante la ocurrencia de un aborto espontáneo: ella cuestiona que hubiera sido puesta en sospecha si efectivamente fue suficientemente cuidadosa, siendo responsabilizada socialmente por la pérdida del embarazo.

Es por ello que no resulta sorprendente que este extremo cuidado, no sólo se advierte en las prácticas médicas sino también es reproducido por algunas de las mujeres usuarias. El caso de Gisela, quien realizó tratamientos durante muchos años y cuyo embarazo fue considerado de “alto riesgo” la llevó mantener una rutina que en su vida cotidiana implicaba dependencia y cuidado de otras personas de forma constante:

“G: claro, no es que tenía que pasar en cama, pero sí como te digo, no salir de casa, quedarme, tratar de quedarte quieta, no estar haciendo cosas

E: y ¿ahí pudiste lograr una licencia?

G: claro, con licencia porque era embarazo de alto riesgo, entonces tuve con licencia todo el embarazo, entonces me las ingeniaba, ponele, por el balcón tiraba una sogá larga, larga que había atado con una bolsa y entonces pedía por cadete lo que quería. Quería comprar algo para hacerle para el cuarto de los chicos, mandaba a comprar. Y mi amiga que por ahí si ella me iba a buscar, “hoy está lindo, vamos al parque” entonces ella me buscaba y me llevaba, íbamos juntas y tomábamos mate en el parque pero era una sola vez al día”. (Gisela, 39 años)

Lo mismo cuenta Catalina, para quien lograr un embarazo mediante las TRHA fue un proceso muy complejo, y aunque este control extremo en ocasiones no aparece desde la lógica médica, son las mujeres usuarias que temen perder este embarazo, que como advierte Mariana Viera Cherro (2012) tiene un valor altísimo, que podría pensarse como de inversión afectiva pero también de tiempo y de recursos económicos.

“C: salí re contra... y no te querés mover. Te dan un día de reposo, tranquila y que se yo. Y yo “no deme tres”. Y me quedé tres así en la cama, sin moverme, creo que ni pis quería hacer, y ellos te dicen “podes moverte”. Bueno no, yo no quería hacer nada, re tranquila, cuidada. Hable con el trabajo, obvio, o sea aparte bueno vino un médico, me cubría la licencia” (Catalina, 38 años).

También se advierte del mismo modo en el relato de Silvana, quien cuenta que cuando su pareja Paula estaba embarazada ella estaba tan preocupada por las consecuencias, que reprodujo estos cuidados extremos con su pareja:

“S: pero yo estaba así como un poco, media ansiosa y con un poquito de temor, entonces como que no la dejaba hacer nada, yo le dije que se quedara en cama todo ese otro día todo el día y después el día domingo me dijo: **“no, si la mujeres en África**

se quedan embarazadas en esas condiciones, que les falta agua, yo me voy a levantar, voy a hacer vida normal y vas a ver que el embrión se van a prender, así que vos confía en mí” y se levantó y empezó a hacer vida normal y se iba a trabajar y todas esas cosas y yo le decía: “ay Paula por favor” yo la llevaba a trabajar, la iba a buscar, yo estaba en mi trabajo pensando que estaba haciendo, si estaba sentada, **yo le hablaba a cada instante, le decía: “por favor sentate, sentate”** (Silvana, 43 años).

Es así que cuando la mujer logra quedar embarazada, no termina el proceso de intervención sobre su cuerpo, las miradas, los cuidados, las advertencias y sospechas de su capacidad como gestante se refuerzan de forma particular. Más aún en ocasiones son incorporadas por las mismas mujeres, por saberse responsables del desarrollo de ese feto tan buscado. Este aspecto, es factible de sostener en aquellas mujeres pertenecientes a sectores sociales medios donde su trabajo es registrado y donde cuentan con licencias médicas. Sin embargo también se tensiona y genera conflicto con la vidas de las mujeres para quienes sus trabajos son centrales en sus vidas. Así lo señalaba Celeste, *“si este chico tiene que venir [hijo], tiene que venir con la madre que le tocó”*, y que en ese sentido cuestionaba las prioridades que se le imponen a las mujeres con este cuidado tan extremos.

4.4 Sentidos de las usuarias sobre los fetos y embriones: diversas formas de subjetivización.

El proceso reproductivo que se produce a partir de las TRHA implica para muchas de las usuarias interrogarse por el valor de los embriones desde distintas concepciones. Las formas de nombrar a los embriones, la presencia o ausencia de un vínculo afectivo, las situaciones que se viven como dilemáticas: decisiones sobre la cantidad de embriones que se implantan, los sentidos sobre aquellos que se “pierden”, las decisiones sobre los embriones que se criopreservan o descartan durante el proceso, las decisiones sobre los embriones “sobrantes” de las técnicas, todas situaciones que dan cuenta de diferentes cosmovisiones –en ocasiones en tensión- de las usuarias.

Como señala Franklin (2006), no es posible pensar los sentidos y miradas sobre los

embriones desconectados de las formas en que opera el poder en cada sociedad, expresados en los debates, en las formas de regulación y de control de los avances biotecnológicos. En las experiencias de las mujeres se advierten diversos sentidos sobre los embriones y fetos, que dialogan con estas concepciones sociales y que a su vez dan cuenta de la ambigüedad y contingencia de estos sentidos en escenarios más amplios.

La “pérdida” de los embriones

En coincidencia con lo señalado por Luna (2001) y Conklin & Morgan (1996) en los relatos de las mujeres usuarias de TRHA si bien persiste la idea de que el embrión es un individuo y por lo tanto persona como en la concepción occidental, también encontramos posturas que dan cuenta del carácter social y relacional de la producción de este embrión. Este carácter social se vincula con las diferencias que se advierten en estos relatos, así como con una escala de “grises” en el estatus del embrión que las mujeres construyen a lo largo de sus tratamientos: pre-embryones, embriones, fetos.

El proceso mismo de transitar por la experiencia con las TRHA, la conciencia de la cantidad de tratamientos que no funcionan, los embriones que se “pierden”, que no se implantan, que quedan congelados, se traducen en nuevas formas de comprender el estatus del embrión, incorporando nuevas ideas conocimientos que las mujeres adquieren sobre el propio cuerpo como sobre los procesos reproductivos.

La pérdida de un embarazo, constituye una de las experiencias que permiten reflexionar sobre estos sentidos. Algunas de las mujeres señalan que los embarazos perdidos a lo largo del tratamiento fueron significados como “hijos que no nacieron” porque los habían deseados como tales. Es decir, el investimento afectivo de las mujeres un aspecto clave para pensar su la subjetivización de los embriones y no una idea de individualidad. La búsqueda de un embarazo cambia el sentido y valor que tienen aquellos embarazos perdidos, es decir hay una conciencia entre la subjetivización de los embriones y el vínculo afectivo con estos, así lo explica María:

“M: no lo pueden explicar, porque una vez que te hiciste, yo no tengo problemas de sangre, de trombofilia, yo no tengo problemas de baterías en el útero, no tengo

problemas de nada, y sin embargo cinco tuve. **Cinco abortos... igualmente los cuento como hijos, hijos no nacidos, pero hijos al fin, porque los desee como hijos**". (María, 43 años)

Otras usuarias, como Melina, formulaban otras explicaciones. Ella describe la "pérdida de embriones" que sucede en el proceso de las técnicas como un aspecto que compara con la pérdida "natural" de embarazos en las mujeres y con la conciencia de que la fertilidad no es una característica intrínseca de la mujer:

"M: Pero... no es como que, de lo particular mío de **esos tres pre-embriones que se perdieron lo viví como natural, lo viví como puede pasar en la naturaleza.**

O sea no, obviamente no fue una situación normal, fue todo manejado por el hombre pero... lo viví como si fuese algo natural, porque en realidad, la idea que... me costó también, entender después, sobre todo después del primer intento que no funcionó, es de **que tenés muy poco porcentaje de crear, de procrear** o sea de que una relación sexual llegue y se concrete" (Melina, 41 años).

Otra forma en que las usuarias dan sentido al embrión, se vincula a que su existencia constituye una señal y una posibilidad de ser madre. En el caso de Sabrina, la pérdida de un embarazo durante el proceso de tratamiento significó una confirmación de su capacidad reproductiva. Ella relata que para sorpresa de su círculo social, ella estaba contenta por lo sucedido porque esa pérdida significaba que podía quedar embarazada:

"S: ...yo nunca me voy a olvidar que mi cuñada me decía: "¿por qué estás tan feliz?" que salimos del médico y me decía: "¿qué te dijo el médico?" –Nada, que fue un embarazo pero ya está, lo eliminé todo- ¿por qué estás tan feliz? Me estás mintiendo – me decía- no, no le digo, no estoy embarazada". **Pero la felicidad mía era que sabía que podía quedar embarazada, digamos, era como un paso para mí eso**". (Sabrina, 35 años)

Por el contrario, la alegría de Sabrina, tiene que ver con conocer la posibilidad de

quedar embarazada y no con la idea de pérdida de un hijo como socialmente se esperaba:

“S: sí. No, no, nunca me entristeció, como que no, también el hecho como que nunca me enteré de que estaba embarazada como que tampoco asumís algo que después lo perdés, **fue todo muy raro, triste en el momento pero para mí fue una alegría del saber que podía quedar embarazada**. No lo tengo ni como triste ni nada de eso, como que **quedó eso de saber de que podía tener hijos**.”. (Sabrina, 35 años)

También, en coincidencia con lo relatado por otras mujeres usuarias, el aprendizaje de que es frecuente perder embarazos, la baja fertilidad de la especie humana, también aportaba a las usuarias nuevos sentidos sobre los procesos reproductivos y no reproductivos: “hay mujeres que ni se enteran” dice Sabrina, o como señala Sandra *es difícil lograr un embarazo*:

“S: ...Bueno, uno cuando está en ese proceso entiende que no es tan fácil. Yo siempre **dije, pensé, bueno, todas quedaban embarazadas, no era difícil**. La verdad que uno comprende y empieza a ver tanta gente en esos lugares y **empezas a conocer tantas realidades iguales a las tuyas que te das cuenta que lograr un embarazo no es fácil**. Incluso hablando con médicos, **los mismos médicos te dicen**: “es muy difícil lograr un embarazo”, tienen que pasar tantas cosas juntas para que pase ese milagro, que no es fácil”. (Sandra, 44 años).

Así mismo, poder transitar por estas técnicas brinda a las mujeres usuarias la posibilidad de articular un conjunto de saberes en ocasiones asociados a experiencias cotidianas del propio cuerpo. Como relata Sabrina, cuando perdió el embarazo de forma espontánea, ella se encontraba en su casa y asoció el dolor que sintió con un dolor menstrual, por lo que ella explica que no vivió esta situación como una experiencia estresante o angustiante. En este sentido, se advierte en las mujeres usuarias cierta conciencia del carácter situado desde donde el feto es concebido o perdido.

La llamada “naturalidad” con la que las mujeres experimentaban las pérdidas de embarazos, el hecho de vivenciar la pérdida de los embriones implantados en las TRHA del

mismo modo que las pérdidas espontáneas de embarazos, comparar la experiencia con la menstruación, o el contexto mismo de pérdida de este embrión en el proceso de las TRHA, permite aliviar el peso moral que para algunas usuarias que entienden al embrión como persona.

De esta manera, si bien en algunos relatos se encuentran presentes sentidos morales y religiosos sobre el estatus del embrión, las experiencias con las TRHA les brinda a las usuarias todo un nuevo lenguaje científico con el que se expresan para diferenciar momentos del proceso. De esta manera se articula un saber científico con las propias creencias morales, que se expresa en el uso de un lenguaje médico que permite diferenciar “pre-embrión”, de “embrión” e “hijo/a”. Esta clasificación que no es usada en el lenguaje corriente, permite dar cuenta de un status moral distinto para el embrión en cada estadio.

La criopreservación

En el caso de los embriones criopreservados, aparece un proceso similar. Para algunas entrevistadas el valor de la criopreservación tiene que ver con dos dimensiones. Por un lado el valor que tiene el embrión congelado para la mujer como la posibilidad de un embarazo y la posibilidad de evitar atravesar el nuevamente un tratamiento desde el inicio hasta lograr un embarazo. En este sentido estos embriones son considerados embriones “supervaliosos” (Viera Cherro, 2015) por el trabajo que cuesta conseguirlos y por las posibilidades que abren a la mujer en el tratamiento.

Y la segunda dimensión se vincula a la pregunta por la decisión sobre los embriones congelados. Si bien las discusiones sobre la criopreservación se vinculan al interrogante por el estatus del embrión como persona, para la mayoría de las usuarias es una pregunta pragmática, es una pregunta por “no saber” qué es lo correcto de decidir en una sociedad donde aún no existe un marco legal que lo defina. A su vez, todas las mujeres usuarias son consientes de que durante las TRHA se producen más embriones de los que se espera que se implanten y en este sentido ninguna usuaria espera tener tantos hijos como embriones disponibles.

Con relación a la primera dimensión señalada, Sofía, una de las mujeres usuarias planteaba respecto a los embriones que tenía criopreservados que si bien para ella los

embriones no eran significados como “personas”, si relataba la transformación de sentido que esos embriones habían ido cobrando en diferentes momentos. En particular, luego del nacimiento de su hija nacida a partir de las TRHA, y en un contexto donde se estaba preguntado por deseo de tener otro/a hijo/a, esos embriones estarían cobrando otro valor por constituir la posibilidad más viable para el logro de un embarazo, pero no por considerar que había “personas” esperando nacer:

S: Pienso que voy a ir sin mucha expectativa, si funcionan [los embriones] va a ser una genial noticia, y si no funcionan, ya está. Creo que ahora, ahora que estamos hablando de esto y que me lo hacés pensar y cuestionar, este... me costaría un poquito más... descartarlos que...

E: que antes...

S: que lo que antes me costaba me constaba pensar en aprovecharlos. Como que esa relación se invirtió un poquito desde que estoy embarazada.

E: claro como que hay una cosa afectiva ahí...

S: si... no sé si afectiva, afectivo en el sentido del proyecto...

E: como proyecto...

S: pero... este... creo que son cuatro células... porque sino entraría en el cuestionamiento del aborto, si pensara que eso es un ser humano. No, no pienso que eso es un ser humano...

E: pero tal vez, te habilita un proyecto

S: proyecto, si más viable que yo puedo tener de quedar embarazada, eso. Es un pasito más adelante de un proyecto de un embarazo. Pero eso.

Son cuatro días más digamos de...” (Sofía, 44 años).

En el caso de otra usuaria, Leticia, se puede advertir cómo se ponen en juego ambas dimensiones. Para ella, pensar en la criopreservación les llevaba a reflexionar sobre el valor de los embriones tiene que ver con una intuición moral de que es erróneo por un valor de lo genético, como información diferenciada, usando un argumento científico. A la vez reflexiona sobre la complejidad que implica para las mujeres que tienen embriones congelados y no desean gestarlos:

“L: no sé, de hecho **ya una semillita de vida hay, digamos, hay un ADN que se diferencia en otro ser distinto al de los padres** y no, o sea, yo pienso que en el caso de las mujeres que han tomado esa decisión, bueno, de alguna forma tienen que intentar lograr embarazo con esos embriones, no matarlos, no descongelarlos; no sé muy bien si es una cuestión, más vale un sentimiento, digamos

E: sí, es como lo ves vos

L: sí, sí, digo, creo que **si realmente se les presentara complicaciones en la vida y no están dispuestos a asumir dos hijos más o qué sé yo**, debe ser muy duro tener que decidir bueno los descongelo y tenerlos congelados para siempre ¿para qué? Llega un momento en que la mujer no los va a poder tener más” (Leticia, 48 años)

Así también otra usuaria, Rosa, balanceaba ambas dimensiones, cuando relataba que su mirada sobre la criopreservación cambió a lo largo del tratamiento. Cuando realizó el tratamiento y no le quedaron embriones para criopreservar, lo vivió como algo negativo, relatando que en su lógica inicial, congelarlos era una decisión que facilitaría un resultado más pronto de un embarazo. Pero luego, al conocer situaciones de personas que relatan dilemas sobre los embriones congelados, hizo que se sintiera aliviada de no encontrarse en esa situación. Así también, Silvana refiere que comenzó el tratamiento y no logró quedar embarazada con sus embriones fertilizados, quedándole embriones congelados durante varios años. Para Silvana esos embriones eran “vidas congeladas”, pero a la vez su posibilidad de ser madre biológica. Luego, tres años después, estando en pareja con Laura decidieron que ella sea la gestante de los embriones de Silvana, dado que ella no podía hacerlo, lo que llevó un proceso de resignificación de los mismos.

“E: ¿te preocupaba a vos que pasaba con tus embriones congelados?

S: y... **constantemente pensaba, día y noche, a cada minuto, aunque trataba de hacer mi vida de otra manera, no podía dejar de pensar que había dos vidas ahí**, digamos, dentro de una heladera, por decirlo, yo siempre las sentí como vida a los embriones, así que, bueno, yo sabía que más de diez años no podían pasar y yo ya llevaba como tres, así que bueno, yo ya estaba con [su pareja] y ella es como que me contuvo, me

escuchó y bueno, me dijo que, entre las dos medio que lo elaboramos. Pero el doctor también sabía que yo estaba en pareja, entonces fuimos un día las dos, y bueno, le dijimos a él que si se podía hacer eso, que es una técnica que ya habían empezado a hacer en España (...) que es la transferencia de un embrión de una mamá a otra mamá” (Silvana, 43 años).

Descartar embriones o donarlos son decisiones complejas, que las usuarias no tienen resueltas, porque no es un debate que está saldado ni socialmente ni legalmente en Argentina, y que se refleja en las propias experiencias de las usuarias que expresan esta ambivalencia y ansiedad frente a un tema sobre el que no tienen certezas.

Los embriones y las tecnologías de visualización

La performatividad de las tecnologías de visualización, tienen como efecto la idea de “hacer el embarazo real desde adentro” (Rapp, 2007:613), donde la rutinización de esta técnica comienza a ser parte de la experiencia de “estar embarazada” y de la maternidad, formando parte de un ritual social en nuestra cultura.

A continuación se presentarán dos relatos que dan cuenta de dos maneras de vincularse con estas tecnologías: el relato de Sofía que da cuenta de un proceso crítico y de resistencia a este dispositivo visual, y otro que valora la manera que el papel social de estas tecnologías le permitieron construir su experiencia de maternidad, en el caso de gestación subrogada de Silvana y su pareja.

Sofía cuenta su asombro durante el tratamiento y su embarazo la cantidad de imágenes a las que accedió sobre el embrión en desarrollo. Ella relata que tiene una foto de embrión de dos días, imagen que no sabía cómo significar afectivamente:

“S: **y esta cosa de tener una foto**, porque esta cosa de... están la ecografías tres D, no sé qué. **[Mi hija] tiene una foto de embrión de dos días y de cuatro, celulitas...** así. Bueno eso son...

E: es impresionante...

S: son cosas impresionantes... que decís wow... **y decía y esto que va al álbum de fotos ¿o qué?, ¿Qué onda?"** (Se ríe)

E: ¿cómo se incorpora esto al álbum familiar?

S: no pero además incluso, **cuando vino el momento de la ecografía 3D yo decía "yo ni pienso... a mí no me interesa verle la cara, ya va a nacer"**. Y además veía las fotos de eco 3D porque además lo que te decía, [mi pareja] tiene sus hermanos y cuñados más jóvenes que nosotros, y estuvimos embarazadas tres mujeres de la familia al mismo tiempo...

E: ah mirá...

S: y ellas antes que yo... Y bueno una que se hacía la eco 3D, y "¿nos vamos a hacer?" "ay no mejor no". Y después pensé "**pobre [mi hija] porque yo soy así... a lo mejor después en la época de ella, todos los niños van a tener en su álbum familiar la eco 3D...**" (Sofía, 44 años)

La pregunta por la significación de estas imágenes, era expresada por Sofía pensando en el "álbum de fotos", decía Sofía, es decir, cómo hacemos parte de la biografía personal y familiar a estas nuevas imágenes que nos aportan estas tecnologías. Lo mismo sucedió durante la ecografía 3D, donde ella señala que no consideraba que fuera central conocer el rostro del feto o lo que se muestra del feto a través de la ecografía. Pero a pesar de sus resistencias y al advertir que otras mujeres cercanas embarazadas lo hacían, terminó aceptándolo por el carácter social ritual que tiene ese registro "fotográfico".

De esta manera las TRHA en esta instancia muestran su carácter plenamente social, donde el objeto de su uso se vincula a un registro más que crea un vínculo con la mujer gestante y una existencia social desde estadios cada vez más tempranos.

Por otra parte, como señala Rayna Rapp, las imágenes del ultrasonido, "no hablan por sí mismos sino que deben ser interpretadas" (Rapp, 2007:612), son imágenes socialmente mediadas por la interpretación de la medicina. En este sentido algunas mujeres encuentran desconcierto al no poder "reconocer" al embrión como se supone que debería por ser la gestante. De esta manera Sofía reproducía en su relato conversaciones que le permitían articular estas tensiones, siendo interrogada por su círculo social: "¿a quién la ves parecida?", "¿qué te pareció?", le preguntaban luego de la ecografía sus familiares. Mientras

que para ella era una experiencia donde las imágenes no eran claramente legibles y donde ella no encontraba singularidad de embrión en esa ecografía, actitud que contrastaba con la actitud de las demás personas que esperan una mujer esté dispuesta a dotar de personalidad al feto.

Es posible interpretar esta actitud de escepticismo a una mirada crítica de Sofía sobre el sistema médico y sobre la tecnología de visualización que prometía “ver a su bebé” sin intermediarios y que implica cierto “salto de fe” para “ver” lo que se interpreta desde las imágenes, que aún en los estadios más avanzados, precisa de la intermediación técnica. Pero este “salto de fe” que forma parte del uso de las tecnologías de visualización en la vinculación con el embrión, también puede ser usado a favor de una mujer que quiere vincularse con el desarrollo del embrión y construir su maternidad, cuando la maternidad de la misma está en duda por no ser ella la gestante, como es el caso de la pareja de Silvana y su pareja, segundo relato a analizar. La ecografía, hoy enmarcada en su hogar, forma parte de un recuerdo que Silvana comparte conmigo y que fue su primer regalo de “día de la madre” que le hizo su pareja y que le permitió construir sus primeros pasos en la experiencia de maternar. Silvana relata que acompañó a su pareja a la implantación de los embriones que ella había congelado –fertilizados con sus óvulos- y poder visualizar este proceso gracias a la tecnología permitió que el mismo fuera un momento afectivo para ambas, donde “vio” al embrión moverse en la implantación.

“Y yo siento algo, porque ese día llegamos al consultorio porque le hicieron la transferencia en [la clínica], bueno [mi pareja] se sentó en la camilla, viste la camilla de ginecología, y en una pantalla de un televisor que hay ahí en el consultorio te van mostrando como lo descongelaban a los dos embrioncitos y con una pipeta se los implantaban, te iban mostrando cómo, y cuando se los implantaron, yo, **me pareció, no sé, me pareció como que se movía así un poquito el óvulo que le implantaron**

E: ¿se movió el embrión digamos? ¿O que se movió?

S: **me pareció a mí, pero no sé si era toda la ilusión que yo tenía o toda esta carga emocional que yo tenía**

E: estabas presente viéndolo

S: si, estaba presente, la tenía a ella agarrada de la mano y bueno, agarró el doctor, se implantan siempre de a dos y estaba una compañera, entonces le dijo mirá: “yo implanto este y vos implanta el número dos, el más gordito” y ella dijo: “¿querés que lo implante acá o más arriba?” “no, implántalo bien arriba, el más gordito implántalo bien arriba” o sea, dentro de las paredes del útero...” (Silvana, 43 años).

Del mismo modo Silvana cuenta que cuando le realizaban la ecografías a su pareja, ella relata que “en esa ecografía me conecté mucho porque siempre esperé un varón y era una nena y como que wow, yo dije: “es una nena” una mujer igual que yo, igual que [su pareja], igual que [hija de su pareja], igual que mi mamá” (Silvana, 43 años).

Como señala Rayna Rapp (2007), la sexualización del feto a través del uso de las tecnologías reproductivas, aumenta la velocidad del embarazo, porque es un aspecto que permite personificarlo en estadios más tempranos. En este sentido Silvana y su pareja, que precisaban construir sus experiencias de maternidad en una cultura donde no existen guiones normativos para las parejas de lesbianas, hacen uso del carácter social de la tecnología. En este sentido, lejos de mostrarse críticas, ambas usaron las instancias disponibles de construcción social de la maternidad y de subjetivización del feto, para poder construir ese vínculo que en el aspecto biológico se encontraba fragmentado de acuerdo a los cánones hegemónicos.

Aunque presentadas como contrapuestas, las experiencias de Sofía y su pareja –varón- y la experiencia de Silvana y su pareja –mujer- no son en definitiva tan diferentes, sino que constituyen diferentes modos de vincularse con el carácter social y cultural de las tecnologías reproductivas, siempre sujetas a la interpretación y subjetivización.

Por último, el carácter situado, exploratorio, y de tensión que se evidencia en los relatos de las usuarias a la hora de valorar los embriones, confirma el carácter social y cultural que las tecnologías reproductivas permiten evidenciar en la construcción de toda maternidad y espacio familiar.

4.5 Los sentidos de las usuarias sobre los gametos y la donación

Como se trabajó anteriormente, la utilización de gametos donados en el tratamiento⁵⁶ ocurre tanto en aquellos casos que se identificaron como relatos de “reparación”, como en los relatos de “simultaneidad” y tienen relación con las razones que se recuperaban en los diferentes tipos de relatos. Ya sea para “reparar una pérdida en la reproducción” vinculado a la “infertilidad” o relativo a la “edad”, “envejecimiento” o baja “calidad” de los propios gametos de la pareja. También aparece como una posibilidad a la que acceden las usuarias que antes veían impedida su reproducción: personas con problemas genéticos hereditarios, casos de monoparentalidad elegida o en parejas de mujeres donde se usa donación de esperma, o situaciones como las de Silvana donde su pareja gestó el embrión fecundado con su ovocito.

En el caso de Juliana, quien como se señaló anteriormente, precisó utilizar donantes para no transmitir una enfermedad genética, el uso de ovodonación resultó en su experiencia un “alivio” por saber que no transmitiría esta enfermedad a su bebé, y como se señalaba anteriormente para ella el uso de las tecnologías de reproducción son positivas en su experiencia.

Si bien la donación de óvulos y espermatozoides es también utilizada por mujeres solteras o por parejas de mujeres, el uso de estas técnicas con la donación de ovocitos o esperma, genera sentidos diferentes en las parejas heterosexuales donde se espera la bioconexión. En los casos de monoparentalidad elegida, la identidad del donante generaría menores dilemas. Tal es el caso de Candelaria, quien por el contrario a los temores de otras usuarias, cuestionaba la importancia que se le otorgaba a las características de la persona donante:

“[cuenta su conversación con el médico] C: y ahí le dije: “¿y qué quiere que haga?”
dice: “bueno que me digas, vamos a completar una planilla con los rasgos del donante”
“¿con los rasgos del donante? Yo a ese hombre lo amo, yo no rezo pero mi mejor...
porque... **ella tiene un... no tiene un papá pero hay alguien que... bueno yo a ese**

⁵⁶ Como se explicó en una sección anterior, existen diferentes maneras de acceder a los gametos donados, dependiendo el acceso o no a bancos de criopreservación. En los relatos que se trabajaron, las clínicas de fertilidad y los bancos de gametos fueron los mediadores entre donantes y usuarias, al mismo tiempo que son quienes proponen los criterios a la hora de la selección de los donantes.

hombre le deseo la vida eterna, que sea feliz, que viva sano ¿Qué sea como? ¿Ruludo? ¿Morocho? ¿Alto? ¿Estudiado?” (Candelaria, 38 años)

“E: o sea, [el médico] puso características como parecido a vos, así muy general digamos...”

C: muy general, o sea, **yo no necesito nada, no necesito nada, nada más de que sea mío** y es mío si lo adopto pero no me lo van a dar nunca porque yo no voy a tener un buena casa propia, porque voy a estar treinta años...” (Candelaria, 38 años).

En lo que se vincula con la decisión sobre el uso de gametos donados (ovocitos y/o espermatozoides) es un aspecto que para algunas mujeres usuarias y sus parejas significó un desafío y un momento límite decisional. Como señala Viera Cherro (2012) se constituye en el “cuello de botella de las TRHA”, ya sea porque implica a una mujer decidir donar ovocitos para otra mujer, como para otra recibir ovocitos donados, lo que tiene diversas consecuencias en las formas en que es concebido para las personas que donan y reciben. Desde el punto de vista del proceso reproductivo, cuando se utilizan gametos donados, se supone una fragmentación mayor del proceso reproductivo a partir de las sustancias biológicas, pero a la vez es proceso de mayor complejidad ética porque se involucran en el tratamiento una multiplicidad de actores: donantes, usuarios, clínicas, en un proceso que si bien no tiene un fin lucrativo, las personas donantes reciben a cambio de su donación cierto resarcimiento económico (Lucía Ariza, 2016).

Una práctica frecuente que proponen las clínicas que no cuentan con bancos de gametos, como sucede en la ciudad de Córdoba, es que las usuarias puedan proponer donantes para mejorar su posición en la lista de espera de donantes de la clínica. De esta manera se solicita desde la clínica a las mujeres usuarias poder involucrar a otra persona en el proceso, lo que tiene un peso ético muy alto para algunas mujeres. Aparece en Hillary una conciencia del trabajo reproductivo (Jelin, 1984) de la donante de ovocitos, que ella reconoce, al exigir en la clínica pasar por ese tratamiento. Esta acción hace que Hillary comprenda las diferentes formas de “poner el cuerpo” y valorar lo que implica este procedimiento primero atravesándolo ella misma. Así lo planteaba Hillary, relatando la complejidad de esta situación:

“H: y yo pensé, **tengo que pedirle a alguien que haga esto, además le estoy pidiendo que done**, y en ese momento se me cruzó todo, además le estaría pidiendo que done y está bueno que done para otro o tendría que pedir directamente que ese óvulo sea para mi, viste, es como que empezas a entrar en una confusión, **se ponen en juego tantas cosas que es como muy difícil decidir, sobre todo cuando el planteo es esto buscar una persona cercana a vos**” (Hillary, 49 años).

Aún sabiendo que estaba exponiéndose a un proceso que médico sobre el cual contaba con pocas posibilidades de quedar embarazada, Hillary insistió a su médico en realizar el tratamiento con sus propios óvulos, aunque fuera como primer intento por comprender lo que implica la donación:

“H: **donar óvulos es, lleva un, hay que poner el cuerpo afectivamente**, donar espermatozoides es como muy lineal

E: más sencillo, sí

H: donar óvulos es mucho más complejo, tenes que hacer una preparación con hormonas durante un tiempo largo, casi un mes, te cocinas a hormonas, no te aguantas ni a vos misma (ríe)

E: sí, debe ser fuerte

H: **que es en realidad lo que hice yo misma para poder hacer el tratamiento con mis óvulos, para donar es exactamente lo mismo**” (Hillary, 49 años).

Del mismo modo Sofía, comentaba haber escuchado “entre pasillos” la conversación de un médico con una donante, y haber reflexionado sobre el trato desigual hacia las mismas. Como señalan algunas investigaciones (Lucía Ariza, 2016) Sofía reconocía a las donantes como mujeres jóvenes de menos nivel socioeconómico que las propias usuarias, que exponen sus cuerpos a riesgos para su salud en el marco de la medicina reproductiva, inmersa en el mercado, y en ese sentido señalaba sus propios cuestionamientos: *“no me pasa desapercibido, es algo que me cuestiona desde lo ético, estar metida... haber contribuido a ese negocio”* (Sofía, 44). Este proceso supone en Sofía ser consiente una

intersección de género, generación y sector social (Gonzalez C., Nucci, N., Soldevila A., 1999) en la donación de ovocitos, y por ello no le resultaba indiferente la manera en que configuraba el mercado reproductivo.

Del mismo modo, para otras mujeres usuarias existe una conciencia y una valoración de este trabajo reproductivo de otras mujeres en la donación, pero por su propia experiencia de no recurrir a un banco de gametos lo significaron mediante la idea del altruismo. Tal es el caso de Juliana por ejemplo, donde otras mujeres que conocieron sus dificultades reproductivas decidieron ir a donar en su nombre para beneficiarla en la lista de espera de donantes. Esto es así porque como Córdoba no cuenta con un banco de gametos, las clínicas tienen un sistema de donación que funciona con una lista espera que se ve acortada cuando se acerca una persona a donar en su nombre. Así lo cuenta Juliana:

“J: no, esa chica no necesitaba porque estaba trabajando re bien, lo hizo de onda para ayudarme a mí, para que me suban en la lista, para que no se pase tanto el tiempo y qué sé yo, buen corazón, no sé, nunca falta, hay mucha gente solidaria también, uno cree que no pero...” (Juliana, 37 años).

Otro eje de que generaba dilemas éticos en relación a los gametos, se relaciona a los sentidos culturales y el valor que se le otorga a los gametos en nuestra cultura como vehículo para la construcción de una identidad y una familia. Hillary, quien se reconoce como practicante del budismo, decía a partir de ello pudo plantearse algunos desafíos éticos que le producía utilizar gametos, se propuso pensar esta decisión en términos de “causa y efecto” como plantea el budismo:

“H: eh, sí, digamos, hay un aspecto donde puedo pensar y discutir sobre eso en estos términos, en el costo social que tiene, de lo que implica la ovodonación para la mujer, todo esto que yo te comenté. Cuando yo me pude relajar en esto de pensar, bueno no van a ser mis óvulos y está bien que no sea así, en lo que pensé fue en términos de causa y efecto ¿Qué pasa si realmente estos niños que van a ser mis hijos, solo pueden ser mis hijos si se trata de otros óvulos? (Hillary, 49 años).

Reconocer la donación de gametos como la única posibilidad de tener un hijo, fue posible de reconocer a partir de su práctica budista, como un marco de sentido que tomando las sugerencias médicas le dio inteligibilidad a su situación.

Otra de las preguntas que algunas usuarias se realizan sobre el uso de gametos, está vinculada al valor diferencial en nuestra cultura sobre los ovocitos y los espermatozoides. Como señalaba Hillary en una cita anterior, donar ovocitos implica un proceso físico y afectivo diferente. De esta manera se cruzan diferentes dimensiones para pensar su valor: la accesibilidad, el género -costo diferencial que implica donar para una mujer que para un hombre- como la idea de escasez de unos gametos –ovocitos- frente a los espermatozoides. Así también, siguiendo a Emily Martin (2001) se vincula al valor diferencial que en sociedades patriarcales se le otorga a la feminidad asociada a la capacidad reproductiva y a la masculinidad construida desde la potencia de la fertilidad.

Así lo explicaba Juliana, quien sopesaba estas preguntas en su relato el mayor trabajo reproductivo de las mujeres que los varones en el proceso de donación, reconociendo significaciones diversas de acuerdo al género:

“J: es más sencillo, [la donación de esperma] sí, es más sencillo, eh... y hay más conciencia, es distinto, **la mujer cuando dona un óvulo cree que dona un hijo**, el hombre es como diferente en la manera de pensar, esa es la sensación, yo lo he hablado mucho en mi terapia. **La mujer siente que dona un pedazo de ella y le cuesta, como que dona un hijo**, y no donás un hijo, **en realidad donás una célula**, que después se haga, es todo un tema, viste.” (Juliana, 37 años)

En este sentido, la donación de gametos no puede desconectarse de las construcciones de masculinidad y feminidad en nuestra cultura y como se actualizan en cada relato, particularmente en los relatos de mujeres en parejas heterosexuales. De lo relatos se advertía que la idea de que la/el futuro hija/o no se encuentre conectado a ninguno de los progenitores es factible de aceptar porque culturalmente se asocia a la figura de la adopción, que tiene mayor aceptación social. Pero cuando la conexión biológica parcial, es decir que se encuentre biológicamente conectado a uno sólo de los progenitores, implica una ruptura mayor porque se asocia a la impotencia reproductiva de uno de los miembros

de la pareja frente al otro- generando jerarquías en la relación así como adjudicación de culpas-, así como la idea de un/a “tercero” en la relación⁵⁷:

Ello es muy claro en el relato de Sabrina quien manifestaba su incomodidad con el uso de la donación: *“O no es de ninguno de los dos o es de los dos, es así, digamos, ese es mi pensamiento, digamos, como que esas cosas no las comparto, no”* (Sabrina, 35 años).

Del mismo modo aparecen relatos de mujeres que no se oponen a la donación de esperma, pero al reconocer que a su pareja –varón- se opondría no lo usaría, como un modo de cuidar la masculinidad dañada:

“C: ahora, si hubiera yo accedido, suponte si hubiera sido mamá soltera, mamá sola y nunca hubiera tenido un hijo, yo digo sí

E: claro

C: hubiera accedido a un donante, yo no tengo ningún problema pero yo creo que también va en el respeto a la pareja a ver que decide, en un caso que él no hubiera podido yo creo que sí, hubiera optado por eso” (Cintia, 44 años).

Por último también aparecen un conjunto de consecuencias en las representaciones de las mujeres usuarias sobre la posibilidad de ser madres con óvulos donados: por un lado una ampliación de la capacidad reproductiva para tener hijos, pero que por otro lado cuestión diferentes aspectos, políticos, éticos y morales sobre la mercantilización de los cuerpos de las mujeres. También moviliza sentidos espirituales y tiene implicancias en la construcción de la feminidad y la masculinidad en nuestra sociedad, como por poner en cuestión ideas normativas sobre las maneras en que se construye la familia y el parentesco, como se analizará en el Capítulo 6.

⁵⁷ Argumento que también señala la Iglesia Católica en sus documentos para oponerse a las TRHA.

Capítulo 5. Las formas de agencia: la relaciones de las mujeres usuarias con la medicina reproductiva

Presentación del Capítulo

Aquel escenario biomédico donde las usuarias experimentan el control y la medicalización de su reproducción y sexualidad, paradójicamente es el mismo escenario que les ofrece resolver sus obstáculos para ser madres. De esta manera, se genera una situación en la que la vía de resolución disponible que nuestra sociedad medicalizada ofrece, y que además promete ser sencilla y rápida, es la vía patologizante. Esta solución les exige a las usuarias “*poner el cuerpo*” para agenciar su decisión, lo que en consecuencia implica *hacer cuerpo* este control y apropiárselo.

Para comprender como opera en el tratamiento este control biomédico y cómo este atraviesa la experiencia de las usuarias, es preciso analizar esta experiencia en el marco de un trayecto. Esta dimensión temporal del tratamiento con TRHA, también permite visualizar las diferentes formas en que las usuarias se vinculan con la medicina reproductiva, que no es uniforme a lo largo del itinerario. Este tipo de análisis permite comprender, que aún en los momentos de mayor control reproductivo, las mujeres despliegan diferentes formas agenciamiento. Al iniciar el proceso, se advierte una disposición de “docilidad” y “pragmatismo” en las usuarias, como una manera de asumir un proceso que ocasiona incomodidad, malestar y dolor físico. Por otros momentos, se advierte una “gestión de las emociones” que les permite a las usuarias cierto autocontrol frente a este malestar señalado. Otra disposición, se vincula al aprendizaje y apropiación de un lenguaje médico hasta ese momento desconocido. Así también se generan diversas formas de nombrar el propio cuerpo, como un ente que es representado con agencia independiente de las usuarias y que por momentos se vuelve el protagonista de los tratamientos. En otras instancias más cercanas al final del trayecto, las usuarias toman el control sobre el rumbo del tratamiento, siendo críticas con las clínicas, y cuestionando las decisiones médicas, como consecuencia del aprendizaje realizado a lo largo del proceso.

Estos procesos que dan cuenta no sólo de control biomédico sino de la agencia de las usuarias, son posibles en el marco de un conjunto de fisuras que presenta el poder biomédico, el cual habilita a las usuarias en algunos momentos, otras formas de habitar, resistir y confrontar el control medicalizado. Para analizar esta relación con el poder biomédico, se reconstruirán en una primera sección (5.1) las diferentes formas de agencia que despliegan las usuarias en distintos momentos del proceso, prestando atención a los diferentes estadios de este recorrido, que exigen en las usuarias disposiciones distintas.

Esta forma de agenciar el tratamiento se corresponde con lo que Nikolas Rose (2007) señala como aquella disposición activa que precisa el campo biomédico de sus pacientes, que por momentos supone asumirse como “ciudadanas biológicas” que agencian por sí mismas los procesos, en este caso desde esta nueva identidad como “usuaria de TRHA”.

Esta identidad, sin embargo, no deja de ser una experiencia estigmatizante para las usuarias, por lo que en una segunda sección (5.2) se analiza cómo las usuarias como ciudadanas biológicas, desarrollan diferentes estrategias para comunicar la experiencia. Ello supone en primera instancia, encontrar interlocutores válidos que puedan comprender la complejidad de su posición. En segunda instancia, lograr modos de comunicarlo, en ocasiones los medios de comunicación ofrecen referencias y experiencias que vuelven las experiencias a personas ajenas a las TRHA. Así mismo, espacios adecuados para hacerlo, donde los intercambios entre usuarias y los dispositivos grupales, constituyen otro espacio donde aparecen interlocutores idóneos para comprender la trayectoria. Ello puede llevar a que las usuarias se identifiquen desde la ciudadanía biológica de forma individual, o que en ocasiones se sientan parte de un colectivo. Siguiendo a Rose, la identidad de usuaria de TRHA puede constituirse en una plataforma de ciudadanía, pero presenta sus particularidades en las diversas experiencias por el campo biomédico público y privado.

5.1 Itinerarios y formas de agencia en usuarias de TRHA

Los tratamientos de reproducción asistida, acontecen en el marco de un campo biomédico que presenta sus reglas: existe un marco normativo y médico que pre-define algunos recorridos, vinculado a la cobertura y las posibilidades para las mujeres usuarias, como se analizó en un capítulo previo. Este marco contrasta con la singularidad de las

experiencias de las mujeres usuarias en su trayectoria: por los recursos culturales y económicos con los que cuentan, por las diferentes estrategias que se establecen con los médicos y con las clínicas, todos aspectos que dan cuenta de los márgenes de agencia posibles en este campo biomédico.

Por ello, en el marco de estos recorridos de las usuarias, se analizará no sólo el carácter de control del campo biomédico sobre su reproducción, sino también sus posibilidades de agencia como micro resistencias al poder (Lauretis, 1989b). De esta manera, implica desplazarse de una idea binaria del poder, sobre el que se resiste o se muestra sumisión (Mahmood, 2009), para comprender diferentes posibilidades de acción, que en este caso se presenta de diferentes maneras de acuerdo al momento del tratamiento que estén transitando las usuarias.

A continuación, se proponen algunas categorías que se vinculan a diferentes estrategias y formas de agencia que surgen de los relatos en diferentes momentos de tratamiento. Se analizarán estas formas de agencia como disposiciones y modalidades de acción para agenciar la maternidad, como formas de acción posibles para iniciar, sostener y finalizar el tratamiento con TRHA.

Las categorizaciones que se ofrecen para pensar la agencia de las mujeres en sus tratamientos, no resultan categorías excluyentes a los dos tipos de relatos identificados inicialmente. Tanto quienes transitan las TRHA desde la búsqueda de reparación de la fertilidad como quienes la transitan desde la ruptura con la misma, deben enfrentar desafíos similares para agenciar su reproducción en el campo biomédico.

El inicio del tratamiento: la agencia pragmática

Una característica común en las mujeres usuarias al iniciar el tratamiento, es el pragmatismo con el que afrontan su acceso a las TRHA. Se entiende al pragmatismo como una modalidad de acción, orientada a la resolución de una necesidad, de acuerdo como cada usuaria a va configurando –ser madres, tener hijos- como se analizó anteriormente.

Así también, el pragmatismo hace referencia al “sentido práctico” (Bourdieu, 1997) con el que se aborda este tratamiento. Por un lado permite comprender que la reproducción se produce en un orden de reflexividad que resulta ajena al cálculo racional.

Tomando el concepto de Rosalind Petchesky (1987) de “moralidad de la situación”, se puede decir que se produce un conjunto de negociaciones subjetivas (Rostagnol, 2006), como una praxis donde se ponen en la balanza las necesidades de las mujeres en determinadas condiciones objetivas.

Este pragmatismo aparece en los relatos como una acción de carácter resolutivo, buscando sortear con rapidez los obstáculos para tener un bebé, situación que genera angustia y ansiedad. Como relata Nadia, no existe un momento deliberativo y racional en las usuarias a la hora de comenzar un tratamiento, sino más bien se accede al mismo como una forma de resolución de esta situación:

“N: nunca me detuve a pensarlo demasiado, apareció un problema y ya era “a resolverlo”, nunca, ni me victimicé porque no podía quedar embarazada ¿viste? No lo padecí desde ese lugar, si el anhelo de quedar era como angustiante, pero no... a ver “ay un quiste, operamos el quiste”, aparece otra cosa, se resuelve, hay que hacer un estudio, se hace. En ese sentido te digo esto de “ser expeditiva” después el proceso emocional iba por otro lado” (Nadia, 50 años).

Otro aspecto asociado con esta disposición pragmática, tiene que ver con una reflexividad guiada por el orden de lo emocional, el deseo, que no está necesariamente orientada desde una lógica “racional-intelectual”. De alguna manera presenta una dimensión de lo afectivo y de lo emocional que no es posible de plasmar desde la narración: aquello que se lee como pragmatismo, en ocasiones tiene que ver con una necesidad que no se manifiesta de forma necesariamente racional. De todos modos, el deseo no puede desconocerse como un tipo de necesidad que se gesta en un enmarque ideológico, donde el deseo como motor, enmascara las condiciones de surgimiento del mismo. Así lo expresaba Nadia:

“N: No, no sé. La verdad es que no sé. Y perdón, insisto, creo que cuando el deseo es tan fuerte creo que uno apela a lo que puede digamos, parece que todo método vale, no sé hasta dónde todo método vale, nunca lo analice demasiado.

E: ¿vos lo decís porque el deseo legitima o lo decís en signo en pregunta?

N: me lo cuestiono, la verdad es que no sé hasta dónde. No sé, **nunca lo analicé demasiado**, porque nunca lo hable con gente tampoco cercana en el tema. Entonces no sé tampoco como para valorar realmente las emociones, las sensaciones, **es muy teórico el análisis que uno puede hacer ahora. No sé la verdad**” (Nadia, 50 años).

Por otra parte, es tan complejo el tránsito por estos espacios biomédicos, donde está en juego no sólo la posibilidad de materner sino la propia salud de las mujeres, que aunque las usuarias dan cuenta de saberes y un gran volumen de capital cultural acumulado en sus trayectorias, la complejidad de decisiones a tomar precisa de un “salto de fe” y de confianza de parte de la usuarias hacia la medicina.

En este sentido el costo de este pragmatismo, tiene que ver con depositar en una autoridad médica las decisiones, sobre todo en la primer parte del tratamiento donde se desconoce el proceso. Ello aparece con claridad en el relato de Celeste quien utiliza el término “autómatas” para hablar de actitud de ella y de su pareja al inicio del tratamiento. Seguir todas las indicaciones médicas si bien permite una gran capacidad de acción y operatividad frente a una situación desconocida, se hace necesario en un escenario que es visualizado como un espacio donde se requiere actuar en diferentes vías de forma simultánea: informarse, llevar a cabo el tratamiento, conseguir la cobertura, tomar decisiones:

“C: **estábamos como autómatas, la verdad en esos momentos uno hace cosas que por ahí no está tan consciente (...) el médico nos decía vayan y háganse tal estudio y lo hacíamos, decía vayan y hagan tal cosa y lo hacíamos, así hasta que al final dijo bueno.** También el trámite con la obra social fue bastante rápido, nosotros teníamos la posibilidad de pedirlo por la obra social que yo tengo en [su trabajo] o por la de [la obra social]...” (Celeste, 36 años)

Esta disposición pragmática, es la que a su vez se precisa para entrar en un orden de decisiones complejas donde las usuarias no disponen de toda la información. En caso se quienes encontraron el uso de las TRHA de forma dilemática por entrar en conflicto con sus posturas religiosas y morales, hay cierta conciencia de la necesidad de asumir esta

disposición subjetiva que vincula con lo que se analizó como “sentido práctico” (Bourdieu, 1997). Así lo cuenta María, quien se autodefine como “católica sincrética” y que luego de un tiempo de deliberación personal, decide comenzar los tratamientos. En sus palabras significó poder “hacer un clic” y asumir la actitud que advertía en su marido, más “práctica”:

M: aunque... si yo estudie teología, sabía todo.... Entonces sabía perfectamente por un lado lo que decía la Iglesia y sabía perfectamente lo que quería. **Mi esposo en ese sentido era mucho más práctico, lo acepta.** Era mi cabeza, de por si soy mucho más de pensar, pensar, pensar... en ese sentido ¿no? Entonces me llevó mi tiempo y...

E: ¿y qué pusiste en la balanza?

M: y lo que yo quería. Es vida en definitiva, y es lo que yo quiero, y bueno, y separé. No importa, ya está, **cuando hice el clic, me acuerdo que era un invierno, para unas vacaciones empezamos.** Primero empezamos... hasta las inseminaciones no hubo problemas, porque las inseminaciones, el problema era pasar a una técnica de alta complejidad” (María, 43 años).

Desde otras investigaciones se ha señalado cierta “inercia” que presentan las usuarias de TRHA en sus recorridos, lo que va en sintonía con lo planteado en el capítulo 3, en los relatos de aquellas usuarias donde no se presentaba un conflicto con el mandato materno. Siguiendo al planteamiento de Ana Gual Martí (2011) existe en algunas mujeres usuarias de TRHA un discurso “inercial-adaptativo”, “donde la expectativa social ha sido incorporada” (Gual Martí, 2011: 274). En esta línea, algunas usuarias señalan que la decisión de usar las TRHA formó parte de un repertorio de decisiones que se corresponden con las expectativas de la adultez para las mujeres:

“...lo que pasa es que nosotros **hicimos todo como muy rápido.** Nos casamos, hicimos esto, hicimos, nos aturdimos con cuestiones, **y no lo pensamos mucho. Igual no yo no lo pensaría mucho tampoco,** y él quizás...” (Melina, 41 años).

De igual manera comenta Catalina, este pragmatismo también se vincula a aquello que aparece en el orden de lo naturalizado, incorporado, que no precisa ser deliberado y donde

las TRHA aparecen como la respuesta médica que se ofrece como resolución del deseo de un/a hija/o en el marco de un proyecto de vida:

“Entonces... yo creo que hay gente que ni la piensa, va. Yo la... **para mí es así es intrínseco**, así como tengo que estudiar una carrera, cosas, mandatos, y además la quería, **pero decir que yo tenía que adoptar o hacer un tratamiento, nunca fue “¿che hacemos un tratamiento?”** No. Era no podemos, y si, vayamos a consultar un médico, o sea los dos somos en ese sentido **cero rollo.**” (Catalina, 38 años)

El inicio del tratamiento: la agencia dócil

Como se analizó anteriormente, el proceso de tratamiento con las TRHA, supone una experiencia -en ocasiones prolongada- de fuerte invasión corporal, de control periódico del cuerpo y en ocasiones en procedimientos que implican dolor físico. Esta experiencia exige de las mujeres usuarias cierta disposición y disciplinamiento para poder afrontar los diferentes momentos del proceso, especialmente en el inicio y en las primeras experiencias del tratamiento, donde todo resulta desconocido.

Desde una perspectiva foucaultiana que entiende el poder como disciplinante pero como constructor de ciertas habilidades, y retomando el concepto de Orit Avishai (2008) para comprender la agencia de las mujeres en las religiones ortodoxas, se denominará como “agencia dócil” a una manera de entender la disposición de las usuarias en aquellas experiencias relatadas como dolor, incomodidad, disciplina y fortaleza a la hora de iniciar y sostener el tratamiento. Esta forma de acción dócil, no supone una actitud de pasividad en las mujeres, sino que aparece en los relatos como la disposición física y emocional necesaria para lograr un embarazo mediante las TRHA en determinados momentos.

Esta docilidad como una “condición para”, permite disponerse física y emocionalmente a diversas instancias como la hormonización, la medicación, el control constante del cuerpo, la atención a la alimentación, el ejercicio físico, la superación de miedos. Así lo cuenta Candelaria, quien dispuesta al tratamiento no “dramatizó” el proceso sino que lo atravesó:

“C: me las pude poner [las inyecciones] porque, no sé, parecía Moria Casan, **la verdad, desdramaticemos**, hay gente que se hace quimioterapia y pierde el pelo, no sé, **yo estaba como inyectada de vida**, porque yo no suelo ser ni tan optimista todo lo contrario soy bastante mala onda pero estaba como inyectada, tenía sangre en las venas, **así que bueno, me pusieron unas inyecciones, estimulé los ovarios a un punto, y aparte leí por internet lo que tenía que comer, lo que tenía que hacer, todo lo que estimulaba**, toda la alimentación que me ayudaba para que el organismo funcionara mejor, que la actividad física, que el agua con limón en ayunas, todo hice”(Candelaria, 38 años).

El relato de Alcira también ilustra muy bien este tránsito de agencia dócil. Si bien se advierten características de fortaleza física y emocional frente al dolor, que resultan disruptivas frente a una mirada patriarcal que supone una usuaria frágil y pasiva, a la vez dan cuenta de una disposición que resulta necesaria para lograr el objetivo de su embarazo.

"A: era **muy molesto, muy doloroso y muy molesto. Yo tengo un umbral alto del dolor y también soy muy orgullosa, entonces “¿te duele?” “no, no” entonces iba a trabajar como si nada. ¿Sí? Si no digo que sea bueno ni malo.**

E: es tu modo

A: es mi modo, mi característica....” (Alcira, 63 años)

Otros relatos que también dan cuenta de procesos prolongados con TRHA, cuentan otras formas de disposición que se acercan más a la resistencia. Sandra que refiere que en lo que los tratamientos ella se “bancaba” los mismos, pero al igual que Candelaria lo hacía pensando en el fin, la maternidad. De alguna manera esta docilidad combina resistencia, disciplina, como parte de lo que *había que hacer para lograr un embarazo*, implica salirse de la esfera del conflicto y disponerse a lo que los médicos ordenaban. En este sentido encontramos relatos de usuarias como Sofía, con una postura crítica hacia el sistema médico, la cual se convertía en un obstáculo para iniciar el tratamiento por no conformarse con ningún especialista:

"S: hasta que dijimos, me acuerdo que salimos de uno, veníamos con uno que nos habían recomendado, habíamos hecho entrevista con un par más, y todavía nos quedaba un turno con una tercera, y [mi pareja] dice **"Mira Sofía, a mí este me cayó bien, creo que ninguno nos va a caer del todo bien, ¿vos estás segura?"**. Bueno le digo, no **"ya está"**. Nos quedemos con este y listo. Me atendió y después le iba diciendo, mira "re buena onda pero esto de que hiciste del parto de aquella cosa, a mi me parece que no va", o sea bueno, **le discutía cosas...**" (Sofía, 44 años).

Una vez superada esta primer fase, Sofía expresa que una vez establecida una relación se permitía discutirle decisiones al médico, algo que no es común desde el lugar de *paciente*, como tradicionalmente se entiende desde una disposición de pasividad. Sin embargo Sofía también señala que de igual manera "resignó cosas", porque sabía que era el requisito para poner avanzar con su tratamiento.

Pero como relata Brenda, hay algo de este proceso del tratamiento que tiene que ver con un proceso de aprendizaje. Por haber estado embarazada previamente, podía comparar algunas sensaciones de la hormonización con la sensación de estar embarazada, donde haber pasado por esa experiencia era un capital para sostener el tratamiento:

"B: **...Y estas como embarazada**, porque tenes inflamación mamaria, dolor en la cintura (...) estas esperando veinticuatro cuatro horas hasta que te dan la beta... y te da negativo. Entonces, esas horas son las horas... (...) Y la verdad es que yo dentro de todo la aceptaba porque tengo otro hijo, tengo un hijo, **entonces no es la misma ansiedad que manejaba, que alguien que estaba buscando un primer embarazo que en mi segundo. Si soy de pensar mucho "por algo será"** (Brenda, 38 años).

Como señala el relato de Luz, quien al momento de su entrevista llevaba varios años de tratamiento, esta docilidad, como disposición, puede ser adquirida durante el proceso mismo con las TRHA. Lo que al principio del tratamiento se experimenta como molesto, doloroso, luego con su repetición se logra adquirir cierta disposición para afrontarlo así como una actitud de acostumbramiento. Por ejemplo, en relación a los medicamentos que

se toman, hormonas que se inyectan, como a realizarse de forma permanente ecografías trasvaginales:

“L: totalmente, **ya no significa nada** ¿me entendés? Para mí, es más, a veces al final ya hasta le decía yo: “mejor me hago una este día y este día también ¿me entendés? **Ya estás tan metida en el tema que ya no te significa nada, pero en ese momento sí significaba** (Luz, 45 años)”.

Lo mismo relata Gisela quien cuenta que antes del tratamiento tenía “miedo a las agujas”. El hecho de tener que inyectarse cotidianamente hormonas, llevó a que aprendiera como hacerlo ella misma, superando este temor en pos del tratamiento. Al igual que otros relatos se encuentran presentes en cada proceso, los dolores físicos, molestias, sentimientos de invasión, van acompañados de una disposición diferente:

“Pero esas cosas, pero nunca dije: “no, ¿por qué? O hasta aquí llego”. **Siempre fue: bueno, me va a doler, listo, pero vamos, es más, las primeras inyecciones que estábamos en casa, y al principio me ponía ahí mi marido**, como que él también respiraba hondo y era: “bueno, pará, pará, pará, bueno ahora, no, pará, pará, pará, listo ponemelas” **y hasta que arranqué y dije: “chau”** (Gisela, 39 años).

El tránsito que asegura el “deseo” y la autoadministración de esta hormona, como señala Preciado (2008), supone toda una construcción y una disposición en las mujeres usuarias. Es decir, la autoadministración de la droga –las hormonas– no se produce automáticamente, sino que se aprende a desear. De esta manera, estos relatos que a simple vista suponen pasividad, también dan cuenta de un aprendizaje adquirido: es un aprendizaje disciplinante pero a la vez es la disposición necesaria que les permitirá agenciar su reproducción en el marco de esas relaciones de poder.

Por último, pensar esta agencia dócil supone no perder de vista que a la vez que las mujeres usuarias aprenden las disposiciones necesarias que les permiten soportar el malestar físico del tratamiento, también desarrollan un autocontrol, que como señala Preciado (2008), hoy se expresa en las formas en que el poder es introyectado.

Transitando el tratamiento y gestionando las emociones

Así como el pragmatismo permitía accionar sin mayores deliberaciones el inicio del tratamiento, su sostenimiento supone un adecuada “gestión de las emociones”. Como señalan los relatos, los sentimientos de dolor y “frustración” pueden convertirse en un obstáculo para seguir con el tratamiento. Una manera de gestionar estas emociones de advierte mediante una disposición pragmática y dócil, como se analizaba anteriormente donde la frustración ante las dificultades reproductivas es contrarrestada con la capacidad de actuar o de soportar esta situación. Tal es el caso de Sandra, que entiende la necesidad de equilibrar las emociones, mediante la acción:

“S: Es una característica de mi personalidad me parece, siempre la cosa práctica ¿no? De decir bueno a ver, **no ponerle tanta cosa emotiva a lo que no hay que ponerle. Yo quería ser mamá, bueno ¿y qué hay que hacer para esto?** Pasó esto, lloré una semana, a pararse de nuevo y a seguir adelante ¿Qué es lo que yo quiero? Esto, bueno vamos a seguir, siempre ir para adelante”. (Sandra, 44 años)

Cuando se hace referencia a las disposiciones que se esperan de las mujeres en relación al tratamiento, no solo es una disposición física, sino que es toda una disposición psíquica y emocional. Esto es muy claro en el relato de Sabrina, quien tras sucesivos intentos de inseminación artificial, le aconsejaban que “no piense”, “que se relaje” como cierta docilidad en relación al aspecto psicológico:

“Uno se siente como muy culpable también porque soy yo la que me embarazo y soy yo la que no me embarazaba, viste, es como que uno se echa mucho la culpa de ¿Por qué? ¿Qué? Y todo el mundo te dice: “bueno, no lo pienses, relájate” y vos decís: “¿Cómo no voy a pensar?” si es algo que, viste, es algo que, uno ahora que ya lo pasó dice sí, muchas veces uno lo dice: **“no pienses” pero no se puede en ese momento, estar en esa situación, es como que estas mal, estas triste,** estas, hay un montón de

cosas que te están pasando que es imposible no pensar, digamos, te tenés que sacar el cerebro así y dejarlo a un costado para no pensar” (Sabrina, 35 años).

La peculiar manera en que opera el poder y la ideología maternal sobre las mujeres, se advierte claramente en esta reflexión de Sabrina. Por un lado se exige a las mujeres que sean madres, pero paradójicamente cuando la maternidad se ve obstaculizada también se les demanda que no hagan de ello un conflicto, sino que aprendan a autogestionar este malestar. Las TRHA desde la perspectiva del biopoder, podrían pensarse en el marco de nuevas formas en que opera el poder sobre los cuerpos que les exigen autocontrol de las emociones como una manera de transitar por el tratamiento y de que el mismo tenga éxito.

Otra forma de “gestionar las emociones” se vincula a la fragmentación corporal en las usuarias, aquí lo que aparece como disociado es la experiencia emocional de la corporal. La vivencia de la fragmentación del cuerpo que se analizó previamente, se vincula también tiene que ver con los sentidos occidentales de cuerpo y mente como entidades separadas, jerarquizadas que se corresponden a la idea Aristotélica de cuerpo humano (Maffía, 2005). Esta concepción en las experiencias con las TRHA, se manifiesta mediante una idea de la psiquis separada del cuerpo, como entidades que una domina a la otra, pero que a su vez permite separar las formas de padecimiento: el cuerpo es un lugar desde donde se puede soportar más sufrimiento que en la mente.

Cuando las usuarias hablan del dolor y la frustración padecidos durante los tratamientos la preocupación constante por el tratamiento supone como bien señala Melina un *compromiso total con el proceso*:

“...no deja de estar en tu cabeza, implica un compromiso total con el proceso (...) y con el tiempo vos lo vas, con información, con el tiempo, lo vas hablando con gente, es como que lo vas procesando de otra forma, no deja de estar presente pero lo procesas, pero no deja de estar en tus objetivos. **De hecho no deja de estar en mi cabeza, de hecho pido todos los días cuando rezo, pido todos los días por lo mismo.** Pero bueno, que se yo, tampoco deja de ser difícil, pero no es que lo tome con tanta naturalidad ni con tanta alegría no deja de ser inquietante....” (Melina, 41 años).

Y así también cuando se hace referencia al dolor físico, donde algunas entrevistadas relatan estudios muy dolorosos e invasivos, una constante de los relatos es que este dolor es contantemente comparado con otras formas de padecimiento emocional. El dolor físico pierde entidad cuando las mujeres usuarias lo comparan con aquello que vivencian como un sufrimiento psíquico o emocional:

“C: no en eso yo soy, a ver... a mí el tema del cuerpo, por más que hay cosas que si son dolorosas, no me importan. A mí si me decís “te voy a pellizcar un montón, te voy a hacer, te voy a poner un gancho, vas a quedar colgada y que sangre...” yo lo iba a hacer igual. No me importaba que me toquen el cuerpo, que me duela, no me importaba. A mí me afectaba más la cabeza, a mí del tratamiento, yo con el cuerpo, decía “bueno”. (...). Yo poner el cuerpo lo pongo, no tengo drama de poner el cuerpo. Lo que más me molestaba era, porque yo pienso mucho, será mi cabeza, me la sacaría...” (Catalina, 38 años).

Uno de los sentimientos sobre el que se refieren con frecuencia las usuarias que atraviesan tratamientos prolongados, es la “frustración” por no obtener los resultados deseados con las TRHA. Gestionar este malestar, implica a su vez un conjunto de estrategias que las mujeres despliegan para poder lidiar con el sufrimiento y que el mismo no se vuelva un obstáculo para sostener el tratamiento:

“M: es que no es poco porque vos tratas de que no te afecte pero te afecta igual porque cuando te ves imposibilitado de que no tenes los medios para hacerlo te termina frustrando, y más allá de tu propia voluntad e intención, te condiciona, porque no está a tu alcance, entonces limitaciones que te frustran y me hice todos los estudios porque muchos estudios y análisis clínicos se actualizan al mes...” (Melina, 41 años).

El sufrimiento emocional, podría revelar otro aspecto que se experimenta durante el tratamiento y que es difícil de sobrellevar. Esta idea de que el dolor físico es más soportable que el dolor emocional, da cuenta de esta jerarquía de experiencias. Pero también supone la

vivencia de que el cuerpo es más plástico y moldeable, mientras la mente es aquel aspecto que “condiciona” y obstaculiza. Es allí donde un conjunto de tecnologías del yo, psicológicas y espirituales tienen lugar durante el tratamiento tan relevante, como se analiza en el Capítulo 7 el papel de la espiritualidad en este proceso.

Cuando este sufrimiento aparece poco autocontrolado por las usuarias, es cuando comienza a verse de forma problemática por las instituciones biomédicas. En lugar de cuestionarse las maneras en que la medicina produce sufrimiento a las usuarias, el malestar es individualizado, lo que recuerda a las formas e histerización del cuerpo femenino que señala Foucault.

Lo que las mujeres usuarias relatan en su experiencia como actitudes de ansiedad, obsesión o sentimientos de culpa, son una de las maneras en que estas formas de control se manifiestan en sus subjetividades de forma individualizada. En este sentido el acceso a la información, el conocer las posibilidades de “éxito o fracaso” constituyen una de las formas en que muchas usuarias aprendieron a “bajar la ansiedad” o a “no obsesionarse”. La contracara de ello, es que cuando el tratamiento no funciona, las usuarias tienden a revisar su conducta, vuelven sobre sus pasos, para poder comprender la lógica mediante la cual disminuir los efectos la “culpa”, entendiendo que es una construcción social que individualiza y responsabiliza procesos que son sociales:

M: ni te culpas. A veces... **"qué habré hecho que no prendió". "qué habré hecho que no ovule bien" ¿me entiendes? "¿Qué habré hecho mal?"** porque es así. Aparecen todas esas cosas, que a veces de estar en un lugar, **seguir en un lugar donde te expliquen, te cuenten, qué te van a hacer, para qué te van a hacer la finalidad, que te digan las expectativas reales."** (Melina, 41 años).

Como señala Melina, saber las posibilidades reales de embarazo en cada tratamiento, contar con la información correcta y detallada de los tratamientos, ayuda al manejo de las propias expectativas, como una disposición que se aprende y adquiere, como tecnologías del yo (Rose, 2007).

Otra forma en que se expresa el trabajo de gestionar las emociones, se vincula a la manera en que las usuarias resuelven la duda por el origen de la llamada “falla

reproductiva”: ¿Es un problema físico o psicológico? Esta pregunta se vuelve una pregunta tramposa para las usuarias, dado que en el marco de una pareja heterosexual donde el diagnóstico de “infertilidad” es la etiqueta, tiene efectos de responsabilización diferenciales el lugar donde su ubique esta falla.

Pensar su situación desde la infertilidad, como una “enfermedad” si bien tiene efectos patologizantes sobre sí, en el relato de Gisela aparece como una manera de nombrar este obstáculo de una forma que no la hace sentirse culpable. De esta manera, la infertilidad, entendida como una “enfermedad”, como algo “que le pasa” a las personas más allá de su voluntad, desculpabiliza y a la vez permite encontrar recursos y respuestas:

“E: ¿vos lo viviste así o lo...? [en referencia a que Gisela habla de infertilidad]

G: me costó darme cuenta pero sí. **Siempre me costó y siempre decía: “¿pero por qué? Yo prefiero que me encuentren algo y que me digan `estás enferma, tienes tal problema, y hay tal cura´** a que me digan `bueno, no, es la mente, seguí esperando, hace esto, hace lo otro” (Gisela, 39 años).

Si bien la categoría de infertilidad es una noción estigmatizante y heterocentrada (Farji Neer, 2015; Viera Cherro, 2012) ciertas identidades como la de “infértil” no sólo actúan como estigmas sino que generan nuevas formas de biosociabilidad y permiten agenciar a las personas desde estas nuevas identidades estratégicas (Rose, 2007). Ello se puede visualizar en el relato de Gisela, la única entrevistada que define a su situación como “infertilidad”. Ella no utiliza esta categoría desde un lugar de identificación, sino desde las posibilidades de acción que ofrece una sociedad medicalizada. Posicionarse desde el lugar de “infértil” es estigmatizante, pero a su vez le permitió resistir la idea de que la causa de su dificultad está asociada a una causa psicológica y actuar en consecuencia con los recursos de la medicina.

Partiendo de que las mujeres usuarias son agentes que reconocen sus obstáculos y agencian en consecuencia con las posibilidades que le ofrece la sociedad, el mercado y la tecnología, para algunas mujeres estas categorías estigmatizantes, resultan la única manera de nombrar y resolver la voluntad de tener hijos. Aún a riesgo de quedar atrapadas en las TRHA como única vía legítima para lograr la maternidad, las TRHA les otorgan inteligibilidad a su demanda y habilitan con todas sus restricciones y posibilidades su agencia reproductiva.

Volviendo a la separación en cuestión de la mente y el cuerpo, la reafirmación de esta separación en la experiencia de las mujeres puede comprenderse en un marco donde la “causa psicológica” se vuelve más estigmatizante que la “corporal”, asociada con el estigma de la “mujer histérica”. Si bien asumirse como “infértil” podría implicar un proceso de reconfiguración de identidad negativa, el hecho de que para las usuarias la infertilidad se ubique en el cuerpo, y el cuerpo sea visto como ajeno a sí, no sólo permite diferenciarse de este problema y también actuar para resolverlo con mayor distancia.

“E: y crees que entenderlo a esto como una enfermedad a vos te daba tranquilidad, decís, te permitía ponerlo en un lugar ¿a qué te referías?

G: claro, de que al decir bueno, **lo que es un proceso mental no lo puedo manejar, en cambio si a mí me dicen: “bueno toma esta pastillita, ponete estas inyecciones” es más llevadero**, porque vos sabes que en algo te va a ayudar” (Gisela, 39 años).

Por otra parte, estos relatos dan cuenta de que hay una resistencia en las usuarias a ser patologizadas y este sentido es interesante cómo las usuarias entienden que es preferible que sea el cuerpo –vivido como ajeno- el etiquetado como “infértil”, a que sea un problema psicológico, el cual que se identifica con la propia identidad.

Por otra parte Catalina, ella relata que se resistía a ir al psicólogo por esta causa, ya desde su perspectiva implicaba “darse por vencida” o asumir la “infertilidad”: “... *¿qué le voy a contar? Quiero ser mamá. Si iba a ir al psicólogo el día que hubiese llegado de hacer diez tratamientos, yo iba a ir al psicólogo para asumir que no iba a ser mamá si no lo podía ser*” (Catalina, 38 años). Ir al psicólogo para Catalina, apunta en un mismo sentido que para las demás usuarias: querer ser madres no es una decisión problemática, lo problemático es la infertilidad, en consecuencia sus esfuerzos están orientados a resolver los obstáculos – físicos- que encuentra para tener hijos.

El trayecto: migraciones y cambios

Las trayectorias de las mujeres por las instituciones –clínicas, médicas, obras sociales- durante el tratamiento, por un lado evidencian la cantidad de tareas que forman parte de

este trabajo reproductivo, pero también constituyen momentos de decisión donde se advierte cómo las usuarias toman constantes decisiones sobre el rumbo del tratamiento. Este transitar, da cuenta de un tipo de agencia donde se posicionan estratégicamente desde múltiples identidades: pacientes, clientes, usuarias, titulares de derechos, como identidades que posibilitan en determinados contextos y de forma simultánea su agenciamiento (Rose, 2007). Es por eso que las maneras en que las mujeres transitan por los espacios médicos, como trazos de cartografías (Gual Martí, 2011), que permiten dar cuenta de otras formas de actuar en estos espacios biomédicos, más cercanas a la crítica y a la disputa.

Una forma en que las usuarias se enfrentan con el malestar en las instituciones medicas es mediante las llamadas “migraciones” por las propias usuarias. Esta categoría da cuenta de estrategias desplegadas ante el trato inadecuado de los médicos, ante la falta de contención, información o frente a un tratamiento en donde perciben no tendrán resultados positivos. Así Sofía, señala que al no tener resultados positivos en la primer parte del tratamiento, como por no acordar con algunas decisiones médicas, decide irse de esta clínica donde había comenzado el tratamiento:

“S: y entonces, eso, fracasado eso tres o cuatro veces, en realidad la primera médica que fui, que es la que te digo que escuche entre sueños que dijo "mira [Nombre de la pareja] no sé no salió ningún óvulo, no pudimos recuperar ningún óvulo..." ella dijo que visto este resultado, ella proponía la ovodonación. Y como había algunas cosas de la atención que no me habían gustado, yo creo que esta mujer, sabia muchísimo, debe ser probablemente una de las personas que más sabe de este asunto en Córdoba, o que pasa que estaba en una institución no demasiado adecuada. Entonces no tenía quirófano, teníamos que ir a un quirófano de otro lugar, lugar muy desconocido, y todo eso a mí me sonaba como mal. Entonces dije "¿sabes qué? vamos a cambiar de lugar" (Sofía, 44 años).

Esta estrategia de las usuarias, que las posiciona como clientas en el marco de una red de oferta reproductiva cada vez mayor en la ciudad de Córdoba, forma parte del repertorio de acciones que permiten a las mujeres elegir y decidir en el marco de sus recorridos. Así lo relata Melina, quien hace referencia estos “cambios y migraciones”:

"M: **Me cambié de instituto** (se ríe). Me cambie de instituto.

E: ah te cambiaste ¿porque?

M: por zonza, ahora me arrepentí.

E: o sea estabas en [nombre de la clínica 1] y te fuiste de ahí...

M: **me fui a otro instituto. En realidad fue por eso. Quizás el fracaso.** Que tampoco es responsabilidad del médico, o total responsabilidad del médico. Pero me dió bronca y hablar con otras chicas, (...) **una conocida de una amiga mía**, le contó que había ido primero a [nombre de clínica 1] y que **no le había gustado como la trataban**, después de fue a [nombre de clínica 2], hizo el procedimiento completo y quedó embarazada y yo le digo "[nombre de su pareja] ¿Qué hacemos?" "**¿Querés cambiar? cambiemos**". "**¿Y si es lo mismo?**" "**Y cambia**" (Melina, 41 años)

Particularmente algunas mujeres señalaban que en algunas clínicas experimentaron un límite en el tratamiento así como un fuerte desánimo, donde las opciones se iban reduciendo cada vez más. De esta manera, cambiar de centro, permite no sólo pensar en nuevas opciones, sino que constituye una contestación al diagnóstico médico que las culpabiliza frente a su dificultad reproductiva:

"M: ...Y es por **esta cuestión que a uno le cuesta asumir ese porcentaje de que no se dé ¿me entendés?** Ese porcentaje de posibilidades que no se dé, **a uno le cuesta asumir, capaz hacer responsable al instituto. Y quizás no es el instituto.** Sos vos, o es el destino, yo también creo mucho en eso del destino, que las cosas se dan porque ya están señaladas, eh... entonces qué se yo... **por eso la migración "vamos acá, probemos acá, vamos acá, probemos acá, volvemos acá, probemos acá"** (Melina, 41 años).

De alguna manera estos recorridos y "migraciones" se vinculan a este tipo de agencia pragmática, orientada a resolver. Pero al mismo tiempo permite a las mujeres y sus parejas, ponerse en el centro de las decisiones, y pone en evidencia la importante determinación que tienen las mujeres usuarias en el marco de este tratamiento:

“S:... Para mí, el médico era un medio para lograr mi objetivo, nada más. **Por eso cuando no lograba el objetivo con este médico, me recomendaban uno mejor, buscaba otro.** No hacía yo ningún lazo afectivo ni de dependencia con ninguno. **Me servía o no me servía para lo que yo quería y nada más**” (Sandra, 44 años).

De esta manera, si bien a simple vista pareciera que las mujeres transitan por escenarios medicalizados donde su voz no es oída, también se puede advertir que esta agencia es posible por algunas fisuras vinculadas a otras lógicas de poder. Esto quiere decir que este tipo de agencia se vincula a aquellas disposiciones que se adquieren en el marco de un mercado reproductivo donde las mujeres usuarias no sólo son pacientes, sino también consumidoras que exigen la efectividad en los servicios de salud (Rose, 2007). Ello supone reforzar el lugar de elección que ponen en juego “ethos individualizantes” (Duarte et al., 2008) donde los derechos son titularidad del individuo.

Un trayecto donde no todo es TRHA: las estrategias múltiples

Los relatos de experiencias con TRHA, como relatos de búsquedas donde las tecnologías reproductivas aparecen siempre como la primera opción, también se encuentran acompañados de relatos de adopción, como sucedió finalmente en algunos casos. Este dato es relevante porque como señala Denny (1994) el hecho de no lograr un embarazo de forma “natural”, como sucede en el marco de una relación heterosexual, no implica que las personas soliciten automáticamente intervención médica, sino que en ocasiones esperan, o buscan otras posibilidades. Así lo explica Sandra, quien finalmente termina adoptando:

“S:- Claro, había mucho deseo de lograr un embarazo, la posibilidad que había era ésta. Igual nosotros teníamos expectativas de lograrlo por vía natural también, o sea **no descartábamos nada. Pero pensábamos que teníamos que hacer todo, teníamos los tres francos abiertos. La adopción ya en camino, por vía natural y por vía artificial entre comillas también.** De alguna manera tenía que llegar. Esa era la idea” (Sandra, 44 años).

La adopción como estrategia para lograr la maternidad, se vuelve una opción clara en algunos relatos donde el tratamiento comienza a prolongarse sin resultados. La simplicidad y rapidez que prometían inicialmente las TRHA comienza a desaparecer, y el tratamiento comienza a ser pensado con los mismos sentidos sobre los cuales se pensaba inicialmente sobre la adopción: complejo, prolongado y atravesado por múltiples obstáculos económicos y sociales.

Así relata Sofía que cuenta que luego de varios intentos, la adopción como una opción más, aparece en el horizonte de posibilidades de la pareja:

“Ahí es el primer duelo. Decís pucha, con todo lo que hicimos, había dos, y no salió ninguno, esto está difícil [la fertilización]. Entonces la primera acción inmediatamente de eso fue ir a anotarnos al registro de adopciones” (Sofía, 44 años).

Lo mismo cuenta Melina, para quien la adopción constituyó una posibilidad más, frente a muchas “puertas que se cierran”: *“Por eso también cuando vas abriendo muchos frentes y como que se te van cerrando las puertitas, entonces buscamos muchas puertas, y fuimos a preguntar para adoptar, en el registro de adopción....”*. (Melina).

Lo interesante del relato de Melina, es la practicidad con la que afrontan el trámite de adopción, al igual que el tratamiento con las TRHA, como una forma de agenciar de forma pragmática:

“M: si simultáneamente. Igual si te pones a leer cosas del registro de adopción no te anotás ni a palos, entonces dijimos "hagamos las cosas y nos anotemos y no pensemos en nada" porque si vos te pones en la experiencia de los otros, en todo el trámite, la burocracia, a ver, es una posibilidad más. Entonces fuimos averiguamos y volvemos de vacaciones y terminamos de hacer que nos faltan, faltan un par de... requisitos y vamos y nos anotamos. Le digo a Felipe "vamos y nos anotamos" a lo mejor no sé...” (Melina, 41 años).

Lo señalado por las usuarias refleja dos aspectos, por un lado la adopción comienza a ser pensada como una posibilidad más para ser madres frente a un proceso donde las virtudes que las TRHA ofrecían aparecen puestas en cuestión: el corto tiempo no es tal, el lazo biológico no siempre es posible, la burocracia no se evita. Sin embargo, a pesar de ello las TRHA sigue siendo considerada en los relatos como más cercana que la adopción a la norma de la bio-familia heterosexual (Brettschneider, 2006). Como se analizará más adelante, si bien estas tecnologías han hecho “estallar” algunos sentidos respecto a la reproducción y el parentesco normativo, estos aspectos conviven con sentidos tradicionales de familia, como se analizará en un capítulo posterior (ver capítulo seis).

La trayectoria final: el aprendizaje del lenguaje médico

El lenguaje médico sobre los cuerpos reproductivos puede ser analizado desde una doble relación a partir de las experiencias reproductivas: como un discurso ajeno, incomprensible, que distancia a las mujeres de sus procesos reproductivos, pero a la vez como un discurso apropiado e incorporado en sus relatos por la experiencia adquirida en el tratamiento. Como señala Emily Martin (1991), el hecho de que las mujeres utilicen los términos de la ciencia dominante para hablar de sus procesos corporales reproductivos, dan cuenta de la hegemonía médica no se construye por fuera de las propias subjetividades, sino que aparece como sentido común en sus relatos.

En relación a esta primera tensión, algunos relatos señalan al lenguaje médico como un obstáculo inicial para comprender lo que estaba sucediendo en su tratamiento, es traído a colación por las frustraciones que generaba en las usuarias no comprender los términos con los que se habla de la reproducción, no comprender el proceso, no entender qué debía hacer o los resultados posibles del mismo.

Esta cripticidad del lenguaje, aparece en el relato de Candelaria cuando ella expresa su inseguridad inicial sobre sus conocimientos sobre el propio cuerpo, así como las formas de nombrar los procesos reproductivos. Con relación a la menstruación, Candelaria relata que no podía identificar cuál era lo que los médicos llamaban como “día uno”, fecha que para ella era ambigua y tenía otros sentidos y consecuencias en su vida cotidiana:

“bueno ese, ese es feo, después trasvaginales, todas que te coincidan con determinados días del período, el día dos, el día siete, el día ocho, **hubo un mes que suspendí todo porque me entró la locura de que ¿Cuál era el día uno del período?**

E: ah

C: ¿Cuál era el día uno del período? **El día que yo, así eh, mujer casi de cuarenta años, negada”** (Candelaria, 38 años).

Así también el desconocimiento del lenguaje médico llevó a Catalina una gran frustración en los primeros tratamientos. Por ejemplo, cuando escuchaba el relato de los médicos sobre los procedimientos realizados interpretaba que los mismos habían sido exitosos. Descubrir la situación contraria, generó en ella una primera experiencia negativa no sólo por los resultados, sino además porque por su desconocimiento no había previsto esta situación:

“C: Y yo creía que estaba divina, encima como uno no entiende empiezan ellos a decir las medidas de los óvulos, entonces bueno hay gente que le funciona bien y terminan sacando diez óvulos, ponele, y **yo escuchaba muchos números, decía guau, cuántos, y capa que eran tres nomas, y decía “qué bárbara que estoy” “que divina”** y cada vez que iba y eran medidos y “están re grandes” entonces bueno, cuando yo más o menos te dicen, eso puede durar quince días no sé, entonces dice una de las chicas te que controla, “vayan a hablar con el doctor” y salgo de ahí feliz con mi esposo “acá nos dicen que mañana nos hacen el tratamiento”, entonces entro re feliz y **él me dice “chicos no está dando resultado”. Yo no seguiría porque esto no funciona,** así que estaría bueno como que suspenderlo e iniciemos en otro ciclo. Ah casi me muero, yo ese día era como si me hubiesen matado un hijo vivo. O sea yo era como creía que, **así que eso fue para mí, muy extraño”** (Catalina, 38 años).

De alguna manera este proceso exigió a Catalina aprender este lenguaje médico para poder suavizar el impacto de la información en el proceso, sobre por pasar por un tratamiento prolongado: *“Y después cuando te va pasando muchas veces esto, decís “uy otra*

vez”, o sea siempre frustrante, pero creo que esa vez... [haciendo referencia al malentendido del procedimiento]” (Catalina, 38 años).

De mismo modo, el relato de Rosa quien nombra las técnicas con un lenguaje médico en su relato, podría pensarse como un proceso de aprendizaje en el marco de una experiencia de gran malestar en la clínica, se vinculaba entre otros aspectos a la poca información que le brindaban los médicos sobre el proceso: *“sí, necesitaba eso, necesitaba una comunidad que me explicara un poco que era lo que iba a venir, porque los médicos no lo hacían. Yo por ahí les preguntaba un paso más adelante y ella [la médica] me decía: ‘no, futurología yo no’” (Rosa, 37 años).*

Por otra parte, si bien la mayoría de las usuarias se caracteriza por contar con un capital cultural y educativo que les facilita el aprendizaje y comprensión de procesos, aún así este lenguaje les resultaba ajeno a sus propias experiencias corporales.

Podría pensarse que el aprendizaje, así como la resistencia al lenguaje médico, introduce a las mujeres en un campo donde la violencia simbólica opera de tal manera que las mujeres aprenden a nombrarse de acuerdo a los términos impuestos por la medicina – “infértil”-pero a la vez también habilitan posibles reposicionamientos y aprendizajes sobre las maneras en que se hablaba de ellas.

Una de las maneras en que la violencia se hace presente en los relatos tiene que ver con la manera en que las mujeres hacen uso de una terminología mercantilista y eficientista del lenguaje biomédico: se hace referencia a la “calidad” y al “rendimiento” de los cuerpos y de las gametas de las mujeres.

Como se señaló anteriormente, este lenguaje es apropiado por las mujeres para explicar sus obstáculos reproductivos, como una manera de comprender los resultados de los tratamientos y para tomar decisiones durante el mismo. Pero este proceso de apropiación del lenguaje, en lugar de posibilitar la subversión a este estigma, en este caso lo refuerza, naturalizando concepciones que sostienen que las mujeres pierden valor cuando pierden su capacidad de gestación.

Ello no es menor, y como se señalaba anteriormente la intersección edad-género es un aspecto que genera que las mujeres decidan comenzar con las TRHA y que luego es confirmado durante todo el tratamiento. A través del vocabulario productivista, es frecuente

que las usuarias hablen de la “calidad” y la “edad” de sus ovocitos, como una explicación al fracasó un tratamiento, o porqué deciden recurrir a la ovodonación.

Como se puede ver en el relato de María y Luz las nociones de “calidad” y “edad”, empiezan a ser usados como sinónimos. El concepto de calidad, aparece a su vez fuertemente naturalizado en sus relatos:

“L: el problema es la mujer porque nosotras nacemos con unos óvulos y no se reproducen, es esa cantidad, esa reserva ovárica, digamos, **la cantidad de óvulos es con la que nacemos y la calidad es la edad de la mujer**, hoy al menos, no hay algo que te diga, un estudio para hacer más que el embrión que logras cuando haces el in-vitro, que ahí ellos ven la calidad del embrión, pero en el embrión ya está el óvulo junto con el espermatozoide” (Luz, 45 años).

Pero esta neutralidad científica no es tal, sino que forma parte de un lenguaje que tiene claros efectos de género. En este sentido las usuarias son consientes de que este lenguaje hace referencia a ellas mismas, señalando que sus óvulos envejecen con ellas o que el reloj biológico corre, lo que es significado negativamente por la sociedad como una pérdida: mientras más envejece una mujer, más valor pierde para la sociedad. Así lo relata María:

“M: y contra eso no se puede hacer mucho (...) Me inyectaron lo más de lo más. O sea lo último de lo último y mis ovarios ni se inmutaron, no produjeron ni un folículo, entonces fueron ensayando y probando, con menos cantidad, algo mas tranqui y pudieron extraer en alguna punción, dos tres, peor **ya eran de baja calidad, porque tus folículos tienen... tienen tu edad, ya no son de una chica de dieciocho, diecinueve**. Ya tenía, cuando empecé tenía treinta y ocho, treinta y nueve.

E: qué fuerte eso de calidad ¿Son palabras que usan ellos?

M: **si, porque tienen un ranking, se los clasifica a los ovocitos, cuando te lo extraen te dicen, tipo uno, tipo dos, tipo tres, tienen una... nomenclatura**”. (María, 43 años)

Esta manera de entender a los ovocitos como recurso escaso, que afecta espacialmente a las mujeres, puede asociarse con lo que Emily Martin (1991) identifica como aquellos sentidos culturales negativos que circulan sobre la menstruación y el cuerpo de las mujeres desde el lenguaje médico. En este sentido las usuarias son conscientes de que este lenguaje hace referencia a ellas mismas, señalando que sus óvulos envejecen con ellas o que el reloj biológico corre, lo que es significado negativamente por la sociedad como una pérdida.

Este lenguaje a su vez, si bien estigmatizante, permite a María, explicar con claridad las razones por las cuales no logró un embarazo después de varios tratamientos. Contar con una explicación técnica de este resultado, le permitió a María nombrar la pérdida de sus embarazos:

“M: pero los pierdo, uno **fue bioquímico, cuando no logran verlo, eso es bioquímico**, y los otros fueron antes de las seis, el que más llegó fue de nueve semanas, y fue una experiencia muy dolorosa, muy muy dolorosa. Y después cuando decido pasar al in vitro, ahí los análisis ya me salían mal, porque yo tenía una **reserva ovárica muy baja...** que eso si yo lo hubiera empezado antes capaz lo hubiera obtenido, **cuando te extraen folículos**, tu hubieran extraído mas.

E: Pero si tenias treinta y pico de años...

M: pero si viste que nosotros **venimos con una carga ovárica determinada**, algunos viene con mucho y otros con poca” (María, 43 años).

Si bien pocas usuarias hacen referencia a la infertilidad como diagnóstico, los términos de “baja calidad”, “baja reserva ovárica”, “envejecimiento”, son diferentes nociones que están conectadas a la misma. Esta reapropiación del lenguaje médico, habilita a nombrar aquello que se vive como un fracaso, explicarlo, aún cuando los términos para hacerlo sean estigmatizantes. Como señala Judith Butler (1997): *“El nombre por el que se le llama a uno te subordina y te capacita, produciendo una situación de agencia desde la ambivalencia, un conjunto de efectos que exceden las intenciones de la nominación”* (Butler, 1997:261).

Estas formas de nominarse, forman parte de este aprendizaje que se produce a lo largo del trayecto mismo con las TRHA, como se analizó en estas últimas formas de agencia

y que sólo son posibles por estar inmersas en esas relaciones de poder. A continuación también se recupera cómo finalizando ese transitar es posible advertir en las mismas usuarias otras formas de resistencia, ya que las TRHA, como tecnologías de género, habilitan ciertas fisuras no esperadas.

La trayectoria final y la agencia cuestionadora

Como se puede analizar, en el accionar de las mujeres usuarias por el tránsito en las clínicas, conviven diferentes disposiciones: en ocasiones los tratamientos exigen cierta agencia dócil, acorde a un modelo de medicina del siglo XIX, que supone cierto sujeto-paciente. Al mismo tiempo, el escenario biomédico actual también exige otras disposiciones, como consumidoras, ciudadanas, como agentes que se auto administran las hormonas y hacen propia la vigilancia (Preciado, 2008) y que hasta disputan la direccionalidad del tratamiento de ser necesario.

Este tipo de agencia, se advierte con claridad al final del proceso reproductivo particularmente ante situaciones que las usuarias visualizan que pueden poner en riesgo el tratamiento. Aquí, las usuarias dotadas de algunos saberes aprendidos en el marco de su recorrido, toman el control de la tecnología, medicamentos, hormonización, tratamientos, para lograr sus objetivos. Para lograrlo muchas debieron pasar por diversos tratamientos de forma dócil, aprender a usarlas, asimilar las inyecciones, las múltiples ecografías y contar con nueva información. Como señala Franklin (1997) una vez pasado el primer ciclo se gana en un mayor sentido de control sobre el tratamiento, como parte de este aprendizaje.

De esta manera encontramos relatos como el de Sofía, que es una mujer de una trayectoria educativa amplia con recursos culturales para cuestionar las decisiones médicas, quien da cuenta de estas diferentes formas de disponerse y vincularse con la medicina en diferentes momentos del proceso. Así como se analizó en su relato cierta “agencia dócil” al inicio del tratamiento, al final de su tratamiento pudo sostener otros reposicionamientos frente al saber médico. Por ejemplo, el vínculo entre lactancia y embarazo, ella relata una conversación donde enfrenta las decisiones de su médico:

[Contando una conversación con el médico] "**bueno muy mal... porque vos a mí me decís esto y no me... vas a...a mí no me influye**, pero hay un montón de mujeres que vos les mandas un mail diciéndole que tiene que dejar de amamantar y vos decís no se puede dejar de amamantar de un día para el otro porque se te hinchan los pechos, te da mastitis, no sé qué, y encima si llega a tener un aborto que seguro es por otra cosa, la vas a hacer sentir culpable", o sea... todo esto se lo dije. (Sofía, 44 años).

Así también María quien relata una relación ambivalente con la ciencia, tanto por sus creencias religiosas como por su formación educativa amplia, es una usuaria que no confía ciegamente en la medicina reproductiva, sino que cuestiona, pide explicaciones y prueba otras alternativas. En este sentido, ella cuestionaba la ausencia de un diagnóstico claro durante el proceso frente a las repetidas pérdidas de embarazos, donde ser categorizada como una paciente de "causa dudosa" no constituía para ella una respuesta:

"M: si totalmente. **Al contrario me enojaba y me decían... el doctor me intentaba explicar** "la ciencia no tiene respuesta a todo por más que a veces diga que la tiene" hay un gran margen de casos que nosotros no logramos, que son de causa dudosa. Por ejemplo, porqué las mujeres abortan, y bueno un 30% se puede explicar porqué abortan y al resto no. Hay más cantidad de casos que son inexplicables..." (María, 43 años)

En aquellos casos donde el cuestionamiento y la resistencia aparecen al final de los tratamientos, la relación es diferente. El caso de Alcira, quien relata un caso de mala praxis con la medicina reproductiva hace más de veinte años, es paradigmático en este sentido. Por el tiempo transcurrido, relata que la violencia vivida se manifestaba como un juego de legitimidades, lo que estaba en juego era su palabra contrala del médico, que era un obstetra muy reconocido en Córdoba, en sus palabras "*pasaron muchísimos años hasta que lo pude expresar. Porque yo este... porque ¿sabés que me pasaba Cecilia? mis primas y las gente que era paciente de [nombre del médico], como le decían, no creían este, ¿viste que muchas veces pasa que la culpas a la victima?*" (Alcira, 63 años).

Enfrentarse a un médico de prestigio en su momento, no apareció en el horizonte de posibilidades de Alcira, sin embargo hay una actitud de resistencia y tenacidad de parte de ella, quien también relata cómo se sobrepone a esta situación más allá de la violencia vivida y continúa con el tratamiento. Así también, a lo largo de su vida, esta crítica se manifiesta en un alejamiento de la medicina hegemónica recurriendo a otros espacios de medicina “alternativa”.

Es por ello que así como algunas usuarias una vez comenzado el tratamiento reproductivo, relatan cierta agencia dócil a la hora de enfrentar los mismos, también dan cuenta de otras acciones posteriores que les permitieron tomar o negociar cierto control sobre el proceso reproductivo. Por ejemplo la consulta con dos médicos de forma paralela, es otra estrategia que aparece en uno de los relatos.

Tal es el caso de Catalina quien se realizó un tratamiento por trombofilia de forma paralela al tratamiento de fertilidad que se realizaba con el médico de la obra social, y se lo ocultaba a este porque temía que revelar esta situación podría obstaculizar el tratamiento y cobertura: *C: yo probamos algo, y no sale... Yo soy como que estoy en algo y de mmm no, acá hay que probar otra cosa. Yo no sabía qué era lo que, entonces yo pruebo algo y no funciona y digo “hagamos más”. No me quedo, y ahí nomás busco otra cosa”* (Catalina, 38 años).

Si bien Catalina había sido una paciente respetuosa –por momentos dócil- durante el tratamiento, estaba en riesgo su deseo y la posibilidad de que este último intento cubierto por la obra social, lo que la llevó a encarar otra estrategia que, cabe señalar, permitió a Catalina en esa ocasión embarazarse:

“C: pero...acá esta [señala a su hijo en la falda] me funcionó [se ríe]. Yo ya sé que no se le oculta información al médico, pero yo sabía que ahí me faltaba algo, y ellos nunca supieron. Ay la desesperación de andar con las inyecciones en la panza “si ellos me las ven”. No nunca pasó nada...” (Catalina, 38 años).

Es así que como se señalaba anteriormente, la propia autoadministración de las hormonas, permite resquebrajar no sólo la autoridad médica, sino que este autocontrol del proceso reproductivo hace que mujeres usuarias como Catalina se pongan a la cabeza de su

tratamiento, lo que en este campo médico jerarquizado, la corre del lugar de “paciente” con todo lo que ello implica como transgresión en este espacio.

5.2 Ciudadanas biológicas: comunicar la experiencia, colectivizar la experiencia.

El escenario biomédico no escapa de la lógica neoliberal, como señala Nikolas Rose (2007) aquí los pacientes también son consumidores, y en ocasiones esta identidad se constituye en la plataforma para demandar al estado por el reconocimiento de sus derechos. En ocasiones esta demanda, supone la acción como individuos, u otras veces esta ciudadanía biológica es posible dentro de un grupo social y desde diversos espacios de biosociabilidad (Rose, 2007). Como se analizó previamente en mediante las diferentes formas de agencia, en ocasiones el tránsito por el tratamiento supone una ciudadanía activa, que no recae sólo en el uso de medicamentos, sino el despliegue de un conjunto de tecnologías del yo, de cuidado y conocimiento de sí mismo (Rose, 2007: 143) así como de demandas de ciudadanía desde dispositivos grupales de usuarias.

Para algunas usuarias la ausencia de espacios de biosociabilidad, generó dificultades a la hora de comunicar su experiencia con las TRHA. Relatar la experiencia en espacios donde los interlocutores no tenían los marcos referenciales para comprender el tratamiento, dificultaba su comunicación reforzando el estigma que pesa sobre las usuarias. 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 los interlocutores no cuenten con estas habilidades, disposiciones y marcos de referencia que se aprenden en el marco de una experiencia con las TRHA, supone un interlocutor que estigmatiza una experiencia que no conoce, y hasta puede ser significado como una forma de control social sobre su reproducción. Este aspecto que no resulta menor en el marco de una sociedad patriarcal que tiende a depositar la reproducción en el ámbito privado, movimiento que libera al estado de la responsabilidad de colectivizar los cuidados, y como señala el feminismo, deposita la reproducción y los cuidados en las mujeres (Lamas, 2014).

En los relatos de las usuarias aparecen representaciones sobre las TRHA vinculadas a la vivencia de 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, en coincidencia con lo señalado por Lucia Ariza (2014) en su investigación, la comunicación del entorno es un aspecto relevante para las usuarias en sus relatos. Principalmente para quienes el proceso de tratamiento suponía partir de un proceso de reparación de la “infertilidad”, comunicar el proceso y los resultados del tratamiento podía convertirse en un factor estresante para las usuarias y sus parejas: qué comunicar, a quiénes, qué aspectos del tratamiento se podían compartir y dónde es seguro hacerlo. Ello responde a las concepciones heteronormativas sobre la sexualidad que lleva a que las parejas experimenten el tratamiento como una experiencia que se explica como una falla de la naturaleza como mujeres y varones respondiendo a concepciones normativas sobre feminidad y masculinidad.

Así también, como un modo de evitar el estigma, la decisión de “contar” o no al entorno social y laboral, aparece principalmente asociado al *proceso de gestión de las emociones*, anteriormente analizado como una forma de agencia. La necesidad de preservarse del estigma refuerza el sufrimiento emocional por constituirse en una presión social. Así contaba Sabrina:

“S: claro, amigos, todos los del entorno, no la familia **porque 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, te daba ganas de insultar a todo el mundo porque no...” (Sabrina, 35 años).

De esta manera la reproducción de las parejas heterosexuales se vuelve un asunto de debate y opinión 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 que por ello factible de ser controlado. Por ello Juliana refería que ella

debió 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:

J: así sin pelos en la lengua, yo **me tuve que enfrentar a cada cosa**, y era decir: “no, no tengo” y mi psicóloga me decía: “deciles no, no puedo, y ahí no van a preguntar más”. **La gente es desubicada e invasiva (...): “¿qué problema tienen ustedes que no tienen hijos?**

E: como si la maternidad fuera una cosa...

J: **así, una obligación, 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.**

E: y encima que ustedes querían tener un hijo.

J: ¡queríamos! Eso es lo más triste, porque uno quiere y es como que te meten el dedo en la llaga, pero bueno, como te digo, 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, prefería...**” (Juliana, 36 años)

En el caso de Gisela, ella relata que sólo su pareja y sus familiares más próximos conocían del tratamiento, lo era vivido como una forma de cuidado. Recién cuando queda embarazada, lo comunican a su entorno social y ella relata que ahí recién 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 viste que por ahí sino daba resultado el después iba a ser duro y que todo el mundo te pregunte**

E: claro, era fuerte explicar.

G: más que nada por eso, pero después sí, es más a veces que, ponele, **estoy en la calle y: “ay, que lindos los mellizos ¿ustedes tienen antecedentes de mellizos en su familia?” “no, es por tratamiento”, pero bien.** No es un problema ni un tabú que no, no, para nada” (Gisela, 39 años).

Después, desde el estatus de madre, Gisela comenta comienza a relatar que sus hijos nacieron fruto de un tratamiento con TRHA. Pareciera que desde una posición de madre resulta menos estigmatizante comunicar la experiencia, dado que se vive con menor vulnerabilidad que desde la posición de usuaria.

En una línea similar, para Catalina el tratamiento constituye un aspecto privado hasta tal punto que lo equiparan al trato de privacidad de la propia sexualidad de la pareja. Así lo expresa Catalina para quien por ejemplo dejar de comunicar los resultados de los tratamientos formó parte del aprendizaje de este transitar.

“C: 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 mis 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 porqué contar también todo, después **tenés que estar dando explicaciones** de todo” (Catalina, 38 años).

Así también como señala Catalina este “estar dando explicaciones”, como “dar cuenta” a otras personas del tratamiento, se orienta a evitar el estigma social, como un obstáculo que se suma a las dificultades propias que vivencian las parejas heterosexuales. Del mismo modo para Melina ello se expresaba como “incomodidad”, refleja la misma impresión, no es tan incomodo la idea de contar, como si de dar cuenta a los demás de la propia reproducción:

“M: entonces no porque tenga, piensa que le debo algo a alguien ni que tenga que demostrar nada a nadie que tenga que quedarme y tener un hijo para alguien, es para mí. Pero **si te genera una situación de incomodidad...**”(Melina, 41 años).

Así también para Melina, cuidar este aspecto, supone nuevamente la preservación de la intimidad, pero desde la idea de preservarse de “lo negativo” que la puede afectar en el tratamiento. Esta percepción podría corresponderse con aquello que interfiere con su autonomía reproductiva, sus decisiones y la manera en que ella y su pareja lo resuelven:

"[hablando de la reacción social sobre los tratamientos] M: Pero bueno, que se yo no es como, **no hay un ambiente hostil, o que genere... algo feo. Viste que te pongan, que te hagan dudar de hacer los tratamientos.** Al contrario... **yo por ahí prefiero dejar más para la intimidad de algún tratamiento.** Tengo la idea de que si uno cuenta todo lo que va hacer a todo el mundo, **en todos lados hay algo negativo**" (Melina, 41 años).

Ello puede contrastar con la experiencia de Candelaria, quien desde la monoparentalidad por elección, de entrada da cuenta de un tratamiento que rompe con la idea de "sexualidad e intimidad de la pareja", como señalaban las otras usuarias. Por el contrario, fue un proceso socializado y compartido, donde la inseminación fue un momento acompañado y festejado con sus amistades más cercanas: realizaron un asado para festejar la inseminación, y el día de la inseminación su madre y amigas la esperaban en un bar y hacían bromas al respecto. Este relato no sólo se vincula a las características personales de Candelaria, sino que su trayecto supone otra vinculación con el entorno social que suponía de entrada una ruptura con la conyugalidad. Ello ubicaba a la búsqueda de Candelaria de un hijo en un espacio social más amplio y público, porque como se analizó anteriormente, el cuidado de este bebé fue pensado de inicio como un trabajo de cuidado propuesto de forma más colectiva.

Esto de algún modo refuerza la hipótesis de que es el estigma sobre el tratamiento y la idea de infertilidad lo que dificulta la comunicación del mismo, que en el caso de Candelaria no sucede en su círculo social porque supone otro punto de partida en su proyecto de maternidad.

De esta manera para subsanar esta situación se advierten un conjunto de estrategias de las usuarias con el fin de encontrar los recursos adecuados para comunicar la experiencia, vinculados a la configuración de la ciudadanía biológica.

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 el estigma sobre el mismo,

es el acceso a los medios de comunicación. Los medios periodísticos, las novelas, las películas, la información provista en Internet, constituyen en herramientas de la cultura para pensar como posible la maternidad con TRHA, facilitando el proceso de comunicación de las usuarias al entorno social. Así aparece documentado por Celia Ramírez Gálvez (2003), cuando documenta el tratamiento y el impacto social que tuvo en los medios de comunicación la aparición de programas de televisión brasileros, donde algunos de sus personajes pasaban por un procedimiento de TRHA. Como señala la autora esto llevó a familiarizar en el público brasiler un conjunto de terminologías médicas antes desconocidas para la población (Ramírez-Gálvez, 2003:23), destacando el efecto “didáctico” de las mismas (Ramírez-Gálvez, 2003:26)

Este impacto de las novelas que la autora documenta en Brasil, no escapa a la experiencia de usuarias argentinas. Así aparecía en la experiencia de Melina, para quien un primer obstáculo para comunicarlo a su familia tenía que ver con las diferencias generacionales. Ella señalaba que si no hubiera sido por una novela brasiler donde se trataba el tema de las TRHA, hubiese sido difícil compartir algunos aspectos con su madre. Es así que ella comentaba su tratamiento usando como soporte la novela:

“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.

El impacto de la historia de actrices argentinas, como Juana Repetto quien expuso su experiencia de monoparentalidad por elección en los medios de comunicación, permitió

acercar a estas experiencias al repertorio de posibilidades reproductivas de las mujeres, facilitando a las usuarias contar su experiencia.⁵⁸

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 la experiencia de la actriz, caso que fue debatido en los programas de televisión argentina al mismo tiempo que ella estaba comenzando el tratamiento. Así también se destaca la experiencia de esta actriz porque ella colaboró con una plataforma audiovisual donde compartió su experiencia a otras mujeres, aspecto que Candelaria valora, por entender las dificultades sociales para comprender la monoparentalidad:

“C: no. No hay mucho marco legal tampoco, hay como un tabú. Yo justo la pegué porque la [hija] tiene la misma edad del hijo de Juana Repetto

E: ¡ah! Sí, sí, sí.

C: fue justo

E: sí

C: justo, porque **como ella lo explicó y pasaron, y todos los programas debatían y treinta panelistas opinando** de... bueno, ¿viste eso? así

E: andá a mirar el programa

C: claro, andá a fijarte la vida de Juana Repetto

E: claro, sí, sí

C: **justo fue la época**” (Candelaria, 36 años).

Es por ello que el impacto de las TRHA en los medios de comunicación, también ha sido relevante para hacer pública e inteligible la propia experiencia reproductiva en el medio social. De esta manera, en ausencia de otras experiencias familiares o cercanas que permitieran pensar otras maternidades, es constante en estos relatos la referencia a películas y a experiencias de personas presentes en los medios de comunicación. Así

⁵⁸Juana 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/UCZYr9fOPiqCW8f-PqMs0gxQ>

también Candelaria, cuando pensaba como iba a ser la inseminación artificial, recordaba una película de Hollywood, con la que comparaba luego en su relato su propia experiencia:

“C: 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 Silvana, quien se autodefine como lesbiana, habría considerado la posibilidad de ser madre sin una pareja por haber visto en una película esta posibilidad de la inseminación:

“S: claro, y sí, producía pero menos que cualquier otra mujer, **entonces es como que yo siempre supe que iba a tener que hacer, de otra forma tener un bebé, pero bueno entonces yo por ahí, en alguna película vi esto de la inseminación**

E: ah, mirá, claro

S: pero bueno, 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**. Iba a las clínicas, me presentaba, claro, obvio, en aquellos tiempos yo era sola, me presentaba así y me daban una tarjeta para una psicóloga” (Silvana, 43 años).

Silvana también recurre a las experiencias de artistas que en los medios de comunicación han compartido sus experiencias son subrogación, como es el caso de la actriz trans Florencia de la V. La gestación subrogada constituye una experiencia más compleja de comunicar en cuanto parece algo impensable de realizar para las personas que no cuentan con los capitales que cuentan los actores, dado que no es legal en Argentina. Así cuenta Silvana la conversación con su hermano cuando le comenta que su pareja iba a gestar a sus embriones:

S: ...“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’**” (Silvana, 43 años).

De esta manera, estas maternidades encuentran su condición posibilidad a partir de cambios en el contexto social, cultural, tecnológico y legal, que permiten ser pensadas como una posibilidad y alternativa y luego como soporte para su comunicación. Entre los cambios culturales y sociales, no sólo implica la posibilidad pensar la maternidad fuera del constructo heteronormativo, sino que la idea de una maternidad sin una pareja empiece a aparecer en como una posibilidad deseable, es una gran transformación social que pone en discusión siglos de estigmatización de estas maternidades.

Espacios de sociabilidad y posibilidades de construcción de ciudadanía

La ciudadanía biológica a la que hace referencia Rose, cuya base es la identificación colectiva desde un grupo cuya fundamento es “biológico”, tal como ser usuaria de las TRHA, puede dar lugar a estas formas colectivas de las que Paul Rabinow hacer referencia con la noción de “biosociabilidad” (Rose, 2007). 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.

Un espacio de sociabilidad frecuente tiene que ver con los intercambios en la salas de espera de las clínicas, que resultan centrales para comparar procesos, experiencias en las clínicas, estrategias, atención recibida como pacientes y consumidoras de un tratamiento de salud. Todos estos aspectos que suponen comunicar en el espacio público una experiencia que suele ser únicamente de la pareja y que supone un bagaje de información y experiencia. Así lo cuenta Melina:

"M: **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? ¿sos la única que

tenés problemas para?" no, es impresionante la cantidad de gente, qué se yo.

Escuchas miles de historias, miles de historias buenas, malas, regulares...

E: en la sala de espera...

M: si si la sala de espera, y gente conocida también. Gente conocida, o parientes de amigos, en donde se han hecho una, dos tres, cuatro intentos, cinco intentos, y lo lograron, con éxito" (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 experiencia común, procesos emocionales y físicos similares, como búsquedas compartidas. Ser un interlocutor válido es central para que las usuarias se sientan habilitadas a comunicar su experiencia, aspecto que se aprende en el proceso del tratamiento como se relato previamente.

Otra dimensión de la comunicación tiene que ver con el contenido de esta comunicación, qué contar y no sólo a quiénes. 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, como el último aspecto que continúa siendo tabú. Ella relata que ni siquiera entre usuarias de TRHA es frecuente comunicar este aspecto:

"C: 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? Tengo miedo que lo vean a él como un bicho raro, por eso...**

E: vos crees que si estuviera... fuera una cosa más...

C: **y como antes el tratamiento... Antes cuando la gente hacia tratamiento tampoco lo decía. Y ahora todo el mundo lo dice. Y te encontrás y te recomendas "no, andá a tal médico"**. Los otros día cuando iba a hacer la vacuna de él, un hombre "ah yo lo tuve por tratamiento", "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.

De esta manera una preocupación en las usuarias que utilizaron gametos donados se vincula la comunicación de este aspecto al entorno social como así también a sus hijas/os. Con relación al primer aspecto, se señala que con esta reserva se estaría protegiendo al/la niña/o, quien temen sufra el señalamiento y el estigma, basado en concepciones sociales sobre una idea hegemónica de familia nuclear heterosexual, cuya descendencia “legítima” se basa en compartir vínculos “de sangre” o “genéticos”. De esta manera, cuando se utilizan gametos donados, lo que las clínicas ofrecen como servicio -y los usuarios generalmente demandan- es el acceso un material genético que permita invisibilizar este aspecto en la mayor medida posible, como indican con las muestras de donantes “parecidas/os”, como se analizó previamente. Con relación al segundo aspecto, sobre la comunicación del uso de gametos donados a sus hijas/os, es aspecto que se retomará en el capítulo seis sobre los sentidos de familia y parentesco en las usuarias.

En ocasiones, este conjunto de dificultades sobre cómo y cuándo comunicar algunos aspectos del tratamiento, puede ser facilitado por la creación de otros dispositivos grupales donde las usuarias se encuentren con interlocutores que puedan comprender la experiencia, más allá de la pareja o la familia.

Un aspecto que apareció como central para la contención desde el ámbito público, fue el espacio inicial de asesoría grupal que se generó desde el espacio de Maternidad Nacional, como dispositivo que habilitó otras formas de organización de las usuarias en el marco de la llamada ciudadanía biológica (Rose, 2007). En este espacio es propuesto por la institución como un primer encuentro con las personas interesadas en el tratamiento 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 TRHA⁵⁹. Así lo relata Cintia quien realizó allí su tratamiento:

“C: 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).

Esta forma de organización, valorada por aquellas usuarias que allí se atendieron, dio lugar a formación autónoma de grupos de acompañamiento entre mujeres, mediante reuniones como de forma virtual. Un aspecto interesante de este dispositivo grupal, es que les permitió contar con una visión menos individualizada del proceso. Cintia relata que este contacto frecuente permitió al grupo conocer los resultados de las demás usuarias, poniendo 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 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).

Más allá de este grupo, o tal vez por contar con este espacio grupal de contención entre usuarias y compartir sus experiencias, es que Cintia se muestra crítica ante la falta de apoyo psicológico del Hospital:

“C: 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).

⁵⁹ Como señala también la nota periodística, se realizan asesorías a las personas interesadas. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/fertilizacion-ya-comenzaron-los-tratamientos-gratuitos> [Última fecha de consulta 12/01/2018].

Como dice Cintia en otro momento de la entrevista, al fallar el tratamiento *“quedamos todas a la deriva”*, contando solamente con el grupo de usuarias que habían armado.

Por otra parte, entre las entrevistadas que se atendieron en clínicas privadas, no aparecía este dispositivo grupal, pero si se advierte 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:

“S: siempre les digo que no piensen mucho (ríe), lo que a mí me costó mucho y trato de, digamos, (...) 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 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. Yo por ejemplo, cuando íbamos a [clínica de fertilidad], me acuerdo que estas esperando que te atiendan y ves a un montón de parejas que van, y vos decís: “¡wow!, hay mucha gente” como que vas viendo otra realidad que vos no pasaste, no la conoces. Entonces trato de contarle mi historia y decirle: “mirá, a mí me pasó esto. Sé que no todos los cuerpos son iguales, que cada uno tiene lo suyo” pero para que sepa que no es la única que está pasando por eso y que se puede de un lado y del otro, digamos, ya sea porque a mí no me dio resultado en su momento, pero después lo pude tener naturalmente” (Sabrina, 35 años).

Para otras usuarias, transitar el tratamiento sin socializarlo y en el ámbito de salud privado, las distancia en mayor medida de aquellas construcciones colectivas como usuarias de TRHA. Como relata Nadia, una profesional de 50 años, que relata su experiencia con las TRHA quince años atrás en una clínica privada, con las que logró su primer embarazo. Relata que cuando se sancionó la ley del año 2013 no significó para ella el reconocimiento de un derecho que antes le había sido negado, 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: si si

N: yo lo comento como que fui si... 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 despolitizada se vincula con la fuerte impronta individual que tiene el acceso a estos tratamientos, como señala Nadia, quien no se siente “parte de un colectivo” en el sentido que Paul Rabinow (En: Rose, 2007) propone el concepto de biosociabilidad en el marco de la ciudadanía biológica.

Para otras usuarias que realizaron el tratamiento previo a la ley, la sanción de la ley y su reconocimiento como un derecho, significó el reconocimiento social de un aspecto de su vida vivido como un estigma. Así cuenta Alcira 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, donde ubica esta ley en el marco de otros procesos de reconocimiento de derechos sociales:

“A: pasaron las sesiones muy movilizante, muy movilizante, si lo lloré (...) recordé un montón de situaciones, y me impactaba cómo algunos de los relatos podían, 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 “y que las mujeres ñañaña, porque merecen, porque...” no, hay personas que lo lograron que lograron encuadrar lo legal con el sentir” (Alcira, 63 años).

“A: ...me parece un derecho absoluto y que lo debe hay que seguir peleando y si, si, si. Por eso es que apoyé todas las medidas (...) quiero decir otorgar todos los derechos que se dieron en la anterior gestión y de tratemos de...”

E: todas las políticas

A: todas las políticas que reivindica estos derechos, **derechos del ciudadano y de la mujer** por supuesto." (Alcira, 63 años)

Comparando la experiencia de Alcira con la de Nadia, como dos usuarias que hicieron el tratamiento previo a la ley, en el caso de Alcira donde se advierte un proceso de resignificación del tratamiento como un derecho, tiene un anclaje también en otras experiencias vividas durante el mismo. Alcira, por atravesar un conjunto de dificultades – mala praxis- es convocada por el último médico que la atendió a colaborar como voluntaria en una clínica reproductiva, para acompañar a otras mujeres, de lo que se desprende esta posibilidad de identificarse con otras usuarias y pensarlo políticamente:

“A: voluntaria este porque me llevaban “usted señora” porque fue un caso muy difícil, muy complicado, a tal punto que todavía me cruzaba con [nombre del médico] y me decía “el trabajo que me diste” y yo “ay si vos que no me dabas resultados rápido” (Alcira, 63 años).

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, constituyéndose en una plataforma de ciudadanía por el reconocimiento de un derecho. Lo que se advierte en la actualidad, es que logrado ese objetivo legal, no aparece en las usuarias entrevistadas un reconocimiento colectivo, sino que la disputa de un derecho desde el lugar individual.

El relato de Hillary da cuenta este 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 su cobertura, al igual que otros casos, no se vinculaba una concepción del tratamiento como algo del orden “privado e íntimo”, sino porque su reclamo involucra una considerable cantidad de tiempo y trabajo reproductivo para las usuarias, que se busca evitar. Sin embargo, este proceso la lleva a reconocer lo que señala la ley, y a disputar la exigibilidad de un derecho en las obras sociales que suele ser obstaculizado:

“H: **no la habían cambiado pero yo sabía que por el APROSS iba a ser engorroso, muy engorroso** y quería hacer por lo menos un intento, entonces viste, después de eso decidí ver de qué manera podía hacerlo por la obra social, volví a averiguar por APROSS **y me volvieron a decir todo esto, que la manera que tenía de intentar hacerlo por APROSS era judicializar directamente el pedido**

E: claro, sí

H: y en un momento me di cuenta que tenía una obra social que casi no la había usado (...) que es nacional, en un instante de lucidez dije tendría que averiguar acá porque si es nacional debería regirse por la ley nacional

E: claro

H: fui a averiguar y en la regional Córdoba me dijeron que no, que no me cubría, de todos modos yo ahí decidí que iba a dar la patada hasta lograr que la obra social me lo cubriera,(...) 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, siendo muy clara su disputa por 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:

“H: ...Tuvieron como un mes y medio hasta que me respondieron y me respondieron que no

E: ¿Qué no?

H: que no, entonces, pobrecito el auditor que le tocó decirme esto (ríe), me dice: **“no, mirá, no han aprobado tu pedido porque lo que dice la ley es que es solamente para casos en que haya infertilidad en la pareja”**. – “Pero usted sabe que la ley dice otra cosa”; me dice: “no, no, no, pero el espíritu de la ley es para cubrir solamente...”, **la ley explícita dice**

E: sí, que no hay discriminación

H: **que no importa la condición sexual, el estado civil**

E: sí, sí, tal cual

H: nada y **lo dice literalmente, no es que te lo tenes que inventar**" (Hillary, 49 años).

Con el reconocimiento del acceso mediante la cobertura de las obras sociales y el estado, se advierte un posicionamiento de las usuarias que supone la exigibilidad de este derecho a las obras sociales, como se señaló antes. Sin embargo la estrategia es fundamentalmente individual:

"C: [haciendo referencia a la ley] Y tiene como que muchos baches, hay cosas que están buenas, **y hay cosas que para mí es una ley que hay que seguir trabajándola.** Hay cuestiones que quedan. Esto del APROSS, como tiene una legislación aparte (...). Y no te la hacen para nada fácil las obras sociales. A mí me agarró... la lucha. Yo era la peleadora de las obras sociales. (...). Me veían entrar en la obra social, **algunos le agarrará con la terapia, a otros le agarrará la cuestión mística y religiosa, el otro será que se yo... hace la asociación de padres que no pueden tener hijos, y que se yo. Y a mí me agarró la loca de la luchadora para que cumplan lo que la obra social dice.**" "C: ay, pelear, pelear, y presentar el papelito "ay no el papelito tiene que estar firmado así" "ah no tiene que estar firmado acá y acá" ¡ahh! 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.** Me autorizan ¿me sacan sangre....? Lograba que me sacaran sangre, esa... **agotador 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 con la gestión de su cobertura como la exigibilidad de la misma, lo cual da cuenta de una práctica de ejercicio ciudadano desde su experiencia de usuaria.

A diferencia del relato de Alcira, en general los relatos que disputaron la cobertura de la obra social a partir de la ley, si bien reconocen a la ley 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, como es el caso de Catalina y de Melina.

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. Formuladas por actores diversos con intereses, con legitimidades diversas (expertos, científicos, movimientos sociales) conllevan posiciones políticas, en general en disputa (Gonzalez C., Nucci, N., Soldevila A., 1999). En Argentina, la posibilidad de que esta demanda llegara a 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, como se analizó anteriormente, los discursos que bregaron por su reconocimiento iban en la línea de los relatos de las usuarias anteriormente citadas, se trata del un derecho individual a formar una familia, un derecho individual a procrear, lo cual sitúa a este derecho en el espacio colectivo pero reconoce un derecho individual o de la pareja. Como se analizó en los debates legislativos, este aspecto facilitó la inteligibilidad social de esta necesidad históricamente reconocida como una dimensión del orden íntimo, pero a diferencia de otros debates del orden sexual y reproductivo no implicó cambios radicales en las concepciones de los legisladores sobre estos temas.

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, siendo dispar la manera en que esta exigencia implicó una politización de la experiencia de acuerdo a las posiciones de cada usuaria y su recorrido personal.

Capítulo 6. Las experiencias con TRHA y los sentidos de parentesco y familia

Presentación del capítulo

La asunción de que la familia constituye una organización social cuyo fundamento reside en una naturaleza biológica, es una idea que las TRHA junto a otras transformaciones sociales han puesto en cuestión. La idea de que la tecnología puede modificar la biología, la cual ha sido históricamente entendida como una naturaleza fija y estable, ha modificado las concepciones sobre si existe una “base material” del parentesco. Así mismo, los relatos de las usuarias dan cuenta de otra plasticidad y maleabilidad de sentidos de lo biológico (Hayden, 1995) a la hora de conformar el parentesco, como se advierte en la diversidad de arreglos familiares que hoy las tecnologías reproductivas permiten asistir (Strathern, 1992b).

Este conjunto de transformaciones sobre el parentesco genera pánico en algunos sectores por la modificación de la “familia natural”, pero también desde el feminismo puede significar la potencialidad de transformar esta institución patriarcal. Ello puede ser formulado bajo la pregunta por si las TRHA contribuyen a la reproducción de la familia hegemónica bioconectada, o si en ellas reside un potencial de ruptura con la misma.

Lo que las experiencias de las personas usuarias señalan es que esta reproducción de la norma del parentesco busca la reproducción del parentesco biológicamente conectado, pero esta conexión se ha diversificado. Al mismo tiempo, lo que se ha diversificado, es la interpretación sobre esta conexión biológica, lo que da lugar a la construcción de diversos arreglos familiares mediante las TRHA. En este gradiente de conexiones, permite señalar un conjunto de transformaciones culturales sobre el parentesco que si bien no son radicales, constituyen un corrimiento de la norma hegemónica del parentesco, que continua vigente aunque no intacta.

Para analizar estos procesos en las experiencias de usuarias, se analiza en una primera sección (6.1) sobre los sentidos que las usuarias asignan a los llamados “hechos biológicos” del parentesco. Si bien las TRHA se orientan a la búsqueda de la familia bioconectada, la reproducción de esta norma nunca es tal, por ello se busca comprender las maneras en que

las usuarias de la dan diversos sentidos a “lo biológico”, en un campo donde se advierte su carácter cultural y su plasticidad (Hayden, 1995).

En una segunda sección (6.2) también permite pensar en las transformaciones del parentesco, poniendo el eje en un conjunto de intersecciones que en el campo familiar expresan desigualdades y que diversas autoras señalan como la estratificación del parentesco. Por ello siguiendo la propuesta teórica performativa de Judith Butler para pensar las transformaciones del género y el parentesco, se tomaran estas estratificaciones como copias de un original familiar nunca logrado (Brettschneider, 2006). Para ello se trabajan diferentes dimensiones que en los relatos de las usuarias ponen en cuestión el original heteronormativo conyugal y bioconectado, así como el racismo de las prácticas reproductivas en el campo biomédico. Algunas de estas dimensiones se vinculan a la bioconexión como modelo hegemónico, a la heteronormatividad, a la conyugalidad, al racismo, como elementos que van demarcando mayor o menor cercanía a este “original familiar”. La adopción también es retomada en esta sección, como una experiencia de algunas usuarias, pero también como una metáfora que en las narraciones permiten comparar la pérdida de la bioconexión en el uso de gametos donados con la adopción, mostrando algunas conexiones y jerarquías que las usuarias asignan a estas prácticas.

Comprender estas jerarquías y desigualdades, permite dialogar con la pregunta inicial, que lleva a reflexionar sobre las de transformaciones posibles que las TRHA suponen para el ámbito familiar.

6.1 Los sentidos sobre “los hechos biológicos” en la “herencia familiar”.

El conjunto de decisiones y dilemas que en las personas usuarias generan los llamados “hechos biológicos del parentesco”, pone de relieve que a nivel simbólico y cultural, la conformación de una familia bioconectada continua siendo una dimensión relevante y buscada durante el tratamiento con TRHA.

Por un lado, la importancia de lo “biológico” como norma familiar, se hace evidente cuando para las usuarias heterosexuales la “infertilidad” constituye un obstáculo para conformar una familia bioconectada, que buscan “reparar” mediante el uso de las TRHA. Aún en confirmaciones familiares disidentes de la heteronorma, como aquellas personas que

eligen la monoparentalidad, se encuentra aún vigente la pregunta por la conexión biológica, aunque este interrogante aparezca de otras maneras.

La potencialidad de los gametos propios para garantizar la conexión biológica o genética de la/el futuro hija/o con los progenitores, y la importancia o no de del “parecido” físico en la formación de la herencia familiar, continua siendo aspectos valorado por las personas usuarias. Así también es un aspecto central sobre el que las clínicas y bancos de gametas informan a las personas usuarias y buscan garantizar en sus tratamientos.

Las plataformas virtuales de los bancos de gametos en Argentina no sólo informan a las personas interesadas las formas de acceso, aspectos legales, sino también las implicancias emocionales que tienen sobre las personas usuarias la ruptura de esta bioconexión, como sucede con el uso de gametos donados. Uno de los bancos de gametas en Argentina utiliza la expresión de “duelo genético” para hacer referencia a los obstáculos y desafíos personales que enfrentan las personas que utilizan donantes de gametos, donde la ausencia del lazo genético se vive como una pérdida:

“Contemplar la ovodonación o espermodonación implica que se ha perdido la posibilidad de procrear con los propios gametos. Y, a diferencia de lo que a menudo se escucha, la ovo/espermodonación no es sólo “el siguiente paso”, sino **un camino alternativo tras una fuerte pérdida**. Éste camino puede empezar a andarse a regañadientes y con mucho dolor a costas o con el entusiasmo de tener una nueva oportunidad. Pero ¿cómo puede alegrarnos recibir algo tan lejano a lo que deseábamos?” (Extraído del documento de Banco de gametas. Año 2017) [La negrita es propia].

Este “duelo” hace referencia a la idea que la antropología ha señalado históricamente como las formas simbólicas en que se entiende el parentesco: por lazos de sangre y afecto (Schenider, 1980); por un vínculo biológico o genético (Hayden, 1995), siendo recientes y de menor peso para las parejas heterosexuales las nociones vinculadas a la elección en el ámbito familiar (Weston, 2005) noción pensada más bien desde las experiencias de las familias homoparentales.

Entre los sentidos que se le otorga a esta noción de la conexión genética, en ocasiones aparece valorado como la importancia de la “herencia familiar” propia, o la “pérdida de la herencia” –biológica- por desconocer a la persona que ha sido donante, aspectos que ponen

de manifiesto algunas de las preocupaciones que los bancos de gametos y clínicas de fertilidad reconocen como temores y preguntas frecuentes de las personas usuarias⁶⁰.

Este llamado “duelo” por la pérdida de la herencia biológica familiar contrasta con otra situación: si bien el aspecto “biológico” o “genético” continua siendo una dimensión central sobre el cual las TRHA continúan reproduciendo la norma hegemónica familiar, también se introducen novedades en la manera en que se entiende esta bioconexión. Como señala Naara Luna (2005) esta búsqueda de la bioconexión, lleva a acentuar la genetización del parentesco: *“permiten que se acentúe el valor de los lazos genéticos, lo que constituye una genetización del parentesco”* (Luna, 2005:397).

La genetización y biologización del parentesco señalada, no se encuentra ajena a transformaciones del parentesco, por el contrario habilita como efecto no buscado su reinversión. Si bien se espera la reproducción de una norma familiar bioconectada, como la reproducción de la norma nunca es fiel, este proceso da lugar a otras formas de subversión de la norma familiar (Judith Butler, 2001).

De esta manera si bien la norma de la bioconexión continua vigente, la biología no queda intacta: se diversifica y se multiplica el sentido de lo que corrientemente se entiende como “conexión biológica”, como trabaja Corinne Hayden (1995). La reelaboración de la norma familiar aparece de este modo en algunos relatos a través de la idea de la plasticidad de lo biológico entendiéndolo no como una entidad estable, sino más bien maleable a la hora de construir el parentesco (Hayden, 1995). Como se señalaba anteriormente, las TRHA aseguran a las personas usuarias alguna forma de conexión biológica, ya sea mediante el uso de las propias gametas, o las gametas de la pareja, o por la posibilidad de ser gestantes.

Como trabajan diversas investigaciones (Hayden, 1995; Thompson, 2007), la llamada plasticidad o elasticidad de los sentidos que se le otorga al aspecto biológico, se hace patente en las maneras en que es utilizado como un recurso que otorga legitimidad tanto en los casos de mujeres heterosexuales como lesbianas.

Que la donante de óvulos sea “parecida” a la madre gestante; la posibilidad de gestar el embrión aunque no se comparta la misma genética, la conexión corporal durante el

⁶⁰ Como señalan algunas páginas web de bancos de gametos, se detalla el origen las motivaciones de los donantes, tipos de donantes, datos a los que las personas usuarias pueden acceder de las personas donantes. <https://repro-tec.com/reprobank/tipos-de-donantes-convencional/> [Ultima fecha de consulta 01/12/2018]

embarazo; así como la posibilidad de que en una pareja de mujeres una aporte los óvulos y otra sea la gestante, son algunas de las opciones que dan cuenta de otras formas de conexión a través de lo biológico, como un aspecto que circula y se valora de diferentes formas en la reproducción de las personas mediante las TRHA. De esta manera, así como se vivencia como una “perdida” esta fragmentación de la conexión biológica, también es percibida como una ganancia que las TRHA posibilitan algún tipo de conexión biológica entre progenitores e hijos.

A continuación se analizarán diversos relatos, algunos de los cuales enfatizan la pérdida o “duelo” por esta bioconexión, y otros que dan cuenta de cierta plasticidad de lo biológico. Este último aspecto, se desarrollará a través de diversos procesos reflexivos denominados “relativización de lo biológico frente al aspecto social” así como el “desdoblamiento de lo biológico frente al aspecto genético” como dos aspectos vinculados pero no equivalentes. Así también se advierte en los relatos procesos de “uterización del vínculo” como conceptualiza Mariana Viera Cherro (2012), y en otras formas donde la plasticidad de lo biológico como la lactancia, que permiten otras maneras de conexión y transmisión corporal como construcción de un vínculo materno.

El duelo por la herencia biológica familiar

El caso de Sofía, una usuaria de ovodonación, es interesante por el conjunto de dimensiones sobre las que ella reflexiona en relación al llamado “duelo” biológico o genético. Ella relata que la bioconexión nunca fue un aspecto relevante en su decisión de maternar y que siempre había querido adoptar. Sin embargo, cuando comienza el tratamiento y se encuentra en la posición de utilizar ovodonación esta decisión constituyó una situación que movilizó en ella concepciones y sentidos sobre lo familiar, no previstas hasta ese momento. Ella reconoce que al usar ovodonación debió revisar su interés por la genealogía familiar, como un aspecto sobre el que reflexionó qué valor tenía para ella:

“S: para hacer, no sé si el duelo o asumir esto de decir voy a tener una hija que no va a tener mi herencia genética” es me costó asumirlo, y me sorprendí de estar yo en esa situación. Otra cosa que también ahí me di cuenta, (...) siempre me gustó el tema de

la **genealogía**. Todo el tema de la genealogía (...) **que después cuando te enfrentas a estas cosas, como que vas rompiendo todas las...** y toda esa cosa y te encontrás pucha claro si yo **esto le daba tanta importancia, y ahora qué importancia le doy**. Dónde lo pongo a todo eso..." (Sofía, 44 años)

Otro aspecto que se pone en cuestión en relación al parentesco en su relato, se vincula al sentido y al lugar de la persona donante en la red de relaciones familiares, así como las implicancias de su uso para la persona nacida fruto de estas técnicas. Los sentidos sobre la identidad de la persona donante y las configuraciones del parentesco que la ovodonación produce en la red de relaciones familiares y en la "herencia familiar" de su hija no es un aspecto que ella ignore:

"S: entonces [su hija] no va a saber qué pasó con esto, ni [nombre de la hija] **va a tener nunca derecho a conocer quien fue el donante**. Qué bueno esa era una de las cosas que bueno". **¿Y si ella me lo pregunta alguna vez? ¿Qué va a significar?"**. A mí... de a ovodonación lo **que más me interpelaba era la situación de las donantes** en general como cuestión de mercado, maltrato y todo eso... y sobre todo, en primer lugar, **la representación que podía tener para [mi hija] el hecho de no tener herencia... de dónde venía ella...**Y entonces eso fue el tiempo que me tomé para pensarlo..." (Sofía, 44 años).

Como se analizó previamente, hablar del uso de gametos donados como límite o tabú entre las personas usuarias, genera un conjunto de sensaciones diversas y ambivalentes en el curso de los relatos de las usuarias. Por un lado la idea de "duelo" que también señalan los documentos de las clínicas de fertilidad y bancos de gametas en Argentina, se vincula directamente a la ruptura de concepciones biologicistas sobre la familia⁶¹. Pero otro aspecto relevante, se vincula a la dificultad de comunicarlo a las personas nacidas de estas técnicas, por vivirse como una situación estigmatizante para sus progenitores como para sus hijas/os,

⁶¹ Los documentos de la SAMER, hacen referencia al "duelo" en el uso de receptores de gametos donados. Ver: "Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados". http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5_guia_donacion.pdf [Última fecha de consulta: 12/12/2018].

como se analizó en un capítulo previo. En el caso de Sofía, la preocupación de cómo comunicar esta decisión a su hija, supone un conjunto de dilemas que ponen de manifiesto cómo sobre este aspecto no existen guiones sociales claros. Por el contrario, lleva a repensar la idea de “herencia familiar” como sinónimo de “herencia biológica”, como una transformación de sentidos en el marco del proceso de tratamiento:

“S: Pero entonces mi idea siempre fue, y digo esto porque para mí es muy relevante en cuanto a **las cosas que fueron cambiando para mí de la idea de maternidad, de ese prejuicio que tenía con la fertilización asistida, y con la idea de que iba a adoptar...** y veía como súper natural esto de que mis hijos no tuvieron mi herencia biológica. Y [mi hija] para que ella naciera, tuvimos que hacer un tratamiento con ovodonación, ella no tiene herencia genética mía, **y tuve que hacer un clic, ahí sin embargo de que yo decía "bueno yo voy a adoptar" "no sé qué, no me importa nada", cuando tuve que pasar esa opción tuve que tomarme un momento...**" (Sofía, 44 años).

Como expresa Sofía, la pérdida de la bioconexión constituye una de las principales rupturas y transformaciones que las usuarias atraviesan en sus tratamientos. Sin embargo también dan lugar a ciertas reelaboraciones que, como se analizará a continuación, a la vez que se sustentan en concepciones biologicistas del parentesco, suponen sentidos de lo biológico diversificado.

La relativización de lo biológico frente a lo social/crianza

A diferencia de aquellas personas para quienes la ausencia de la conexión biológica era considerada una “pérdida”, estos relatos también conviven con procesos de reflexividad donde las mujeres usuarias tensionan otros aspectos y realizan rupturas a la hora de sopesar la importancia del vínculo genético. Así lo relataba Juliana, quien tuvo a su hija mediante ovodonación y contaba que había comprendido a raíz de esta experiencia, que las diferencias genéticas son mínimas entre seres humanos:

"J: ...**genéticamente somos muy parecidos, el problema es que la gente le atribuye a los genes muchas cosas que no son de los genes**, digamos, entonces hay mucho ligado a lo genético, todo el mundo, actualmente me pasa, gente que no sabe: “¿a quién se parece? ¡Ay! No tiene nada de vos, no se parece tanto a vos” (Juliana, 37 años).

Y si bien ella refiere un proceso reflexivo donde la no conexión genética dejó de ser relevante, también señala que la pregunta por “el parecido” a los progenitores trae la cuestión de la conexión genética permanentemente en sus vidas, tomando conciencia que la norma de la bioconexión es constantemente reforzada desde el sentido común:

"J: ...**uno tiene que cargar con eso. Yo después de mucho tiempo y mucha terapia entendí que eso [la conexión genética] no importaba**, y el tenerla a ella en mis brazos, hace que todo eso, me olvide, no sé, no tiene valor para mí, hoy, pero en su momento sí, de hecho hoy me río cuando me dicen, **es más, hay gente que la ve igual a mí, me mato de risa**. “Es que va a ser igual a vos” me dice mi marido (Juliana, 37 años).

De esta manera, una de las “salidas” que se advierten sobre este aspecto que cuestiona la importancia de la “herencia genética” tiene que ver con el mismo proceso reflexivo de las usuarias que supone este proceso de relativización, es decir sopesar el valor de lo biológico o genético frente a lo social y la crianza. De esta manera, las usuarias atraviesan un conjunto de dilemas que la llevan problematizar sus propias concepciones de familias, así como a problematizar las concepciones sociales biologicistas que constantemente refuerzan, como control social el “parecido” entre progenitores e hijos y que vivencian como inoportunos.

El desdoblamiento de lo biológico y lo genético

Un relato que combina diferentes aspectos de lo biológico en la maternidad es el de Silvana y Laura. Laura fue la madre gestante del embrión fertilizado con un ovocito de Silvana, quien era la que había comenzado con la búsqueda de un bebé. En esta pareja, la definición de la maternidad se sustentó en un aspecto biológico, pero dissociado en ambas

mujeres: una es la madre gestante y la otra la madre genética. Sin embargo, en el relato de Silvana surge que el aspecto que la pareja priorizó como definitorio de la maternidad fue el genético, es decir primó la “genetización” del vínculo. El hecho de que el embrión fecundado tuviera el material genético de Silvana, fue el fundamento mediante el cual la pareja le adjudicó a Silvana el lugar de madre con todo el peso simbólico, en sus palabras de la “madre protagonista”:

[Cuenta la conversación con su pareja cuando nació su hija]

S: “Laura por favor vestila porque no la sé vestir, la voy a lastimar” **“no, tenés que vestirla porque vos sos la madre” “pero Laura no lo sé”** y me dejó que la vistiera

E: ¿te decía que vos eras la madre?

S: sí, sí, **me decía: “sos vos la madre”**

E: ¿o que eran las dos las madres?

S: ella me decía que yo era la madre, o sea, ella como que se puso a un costado, no sé cómo surgió, no sé.

E: ¿durante ese proceso u hoy es así?

S: **me supo dejar ser protagonista a mí, y siempre me decía a mí que yo era, que yo era, para que yo no me sintiera así mal”** (Silvana, 43 años).

Si bien el aspecto genético en este caso pareciera tomar mayor relevancia, no se puede descontextualizar estos sentidos del marco vincular en que se producen, es decir una relación sexo-afectiva de mujeres, donde la maternidad de Silvana se encuentra sujeta a la definición de la pareja y socialmente legitimada por la conexión genética.

Del mismo modo sucede con Celeste y su pareja Ana, quienes habían decidido tener un hijo juntas, con que el deseaban hubiera una conexión biológica de ambas partes, por ello en un momento se plantearon, como en el caso de Silvana y Laura, un doble vínculo biológico, pero desdoblado:

“C: entre nosotras siempre estuvo como claro que **con cualquiera de las dos iba a estar bien, sí obviamente que en ese momento**, el año pasado, era que fuera Ana que lo tuviera pero tampoco estábamos totalmente convencidas de que fuera así **porque**

Ana tampoco es que se veía ella muy embarazada pero nada, estaba bueno si podía. Una idea, en realidad era, que a mí no me terminaba de convencer pero estaba buena por ahí, era que usáramos los óvulos de Ana y que yo llevara al bebé

E: sí

C: pero bueno, eso no pudo ser

E: ¿Por qué no pudo ser?

C: no pudo ser porque los óvulos de Ana, a ella no le había dado el conteo de no sé qué de los óvulos” (Celeste, 36 años).

Estos relatos dan cuenta de un escenario más complejo que la idea de un reforzamiento de lo biológico y lo genético mediante las TRHA. De alguna manera dan cuenta de los usos de lo biológico y lo genético en un determinado contexto social donde la definición de lo familiar está en movimiento, hacen uso de los sentidos del parentesco hegemónico y a la vez generan rupturas, no necesariamente totales. Al mismo tiempo da cuenta de que aquellas personas en relaciones sexo-afectivas que rompen con la heteronorma atraviesan la ruptura de la bioconexión familiar de otra manera, porque previamente han experimentado rupturas con la heterosexualidad como norma familiar. La heteronorma, constituye un obstáculo mayor y previo para estas parejas porque, como se analizó previamente, constituye un velamiento previo sobre la posibilidad de pensar formar una familia.

La uterización del vínculo

Aunque el uso de las gametas donadas resulta un proceso de ruptura con el ideal de familia bioconectada, este proceso aparece de alguna manera “compensado” en aquellos relatos que ponen el valor en lo que Viera Cherro (2015) denomina "uterización del vínculo" como otra forma de plasticidad de lo biológico.

Siguiendo a la autora, *“la uterización del vínculo refiere al énfasis dado por la medicina reproductiva a la gestación y el proceso nutricio en el vientre materno para la ligación filial”* (Viera Cherro, 2015: 363). Tomando la investigación de Álvarez Plaza (2008) en España la autora destaca el carácter vinculante que a nivel simbólico posee la gestación en la cultura

rioplatense: “Esta garantía de vínculo depositada en la gestación amplía el margen de aceptación de material genético de otra mujer donante” (Viera Cherro, 2015: 363).

En los relatos de las mujeres entrevistadas la experiencia del embarazo aparece como un aspecto valioso y como un momento que forma parte central en la experiencia de la maternidad. Algunas entrevistadas manifestaban la importancia que tenía llevar “la panza” de embarazada:

“C: ¡me encantó! Amé mi panza, amé mi panza. Yo enloquecí, cuántas fotos le saqué, la miraba la tocaba, la miraba, estaba enamoradísima de mi panza, yo la amé... sentía, **para mí es una de las sensaciones más lindas que se pueden... es la sensación más linda sentir el movimiento de un bebé adentro tuyo.** Para mí no hay otra cosa que lo iguale, es precioso...” (Catalina, 38 años).

De esta manera, como señala Viera Cherro, la posibilidad de ser gestantes, es vista como una “ventaja” por parte de aquellas usuarias que utilizan gametos donados. Allí la posibilidad de gestar es valorada por el aspecto nutricional y emocional que permite conectar con el embrión en gestación, que se considera parte de lo que se espera culturalmente de la maternidad:

“C: yo soy la mamá, pero necesitamos de esta otra persona y tiene una... por supuesto que él es así como es por esta chica, pero la mamá, porque... bueno y **tiene mucho más lindo esto que una adopción este... hay una parte del papá y que yo lo tuve adentro de mi panza es como que...** y si uno a un hijo adoptado uno lo considera *plenamente* hijo tuyo, imaginate con esta otra técnica, es como que... **al nivel biológico más, tiene parte del padre y ¡se gestó adentro de la panza de uno! Para mí no hay duda de que uno es la madre...**” (Catalina, 38 años)

Así también lo expresaba Juliana, quien reflexionaba lo que significaba para ella el uso de la donación, que llevaba a priorizar la posición de madre desde la vivencia del embarazo y crianza y no desde la conexión biológica:

“J: **...realmente ser mamá es la función, el embarazo es lindo**, uno lo vive hermoso y es maravilloso tenerla adentro tuyo, sentirla que se mueve, que crece, pero realmente **todo lo que es después que ella nace, ahí es cuando te das cuenta que ser mamá es la función y no la célula, no el óvulo**” (Juliana, 37 años).

Del mismo modo Brenda, de 38 años, si bien ella no utilizó ovodonación valoraba la posibilidad de ser gestante, pero más allá de la gestación según su entendimiento la crianza es lo importante:

“B: me parece perfecto [la ovodonación], vos pensá que es gente que... **pero en realidad ser madre no significa que vos quedes embarazada y que tengas un hijo**, vos tranquilamente podés adoptar, si fuese mucho más fácil adoptar, cambiando las leyes argentinas, porque **madre no te hace solamente porque lo tenés al bebé, es linda la experiencia de la panza, el embarazo, vas cambiando, el parto, el nacimiento, son re lindas experiencias pero si no las tenés yo creo...**” (Brenda, 38 años).

Los cuerpos maternos: estados, conexiones, fluidos

El embarazo como experiencia, más allá de lo señalado como conexión corporal con el feto, también aparece en los relatos como una experiencia central para la construcción social de la maternidad. En realidad lo que estos relatos destacan es la importancia de un conjunto de aspectos sociales que junto con el embarazo se orientan en esta construcción. De esta manera, aquello que aparece como procesos de extremo cuidado del feto, de la embarazada, los rituales sociales de “baby shower”, la atención a los cambios corporales, los regalos, constituyen todos rituales sociales que confirman la maternidad de las mujeres usuarias. Un aspecto que aparece en el relato de Silvana, es el tema de los “antojos”. Ella sin ser la madre gestante, cuenta como este aspecto formó parte de lo que se podría llamar “cultura del embarazo”, entendido como un conjunto de señales que le permiten conectarse con el embarazo de Laura:

“S: sí, estaba muy ansiosa yo y bueno, así fueron pasando los días hasta que llegó el día

diez y así poquito a poquito llegó el día once, doce, y llegó el día catorce y bueno, así que se fue a hacer el análisis de beta y bueno, ese día me acuerdo que salimos y yo le dije: **“¿quierés que te compre un helado?”** porque yo pensando en los antojos, porque los antojos te da ganas de comer papas fritas, helado y esas cosas, me dijo. “no, no, no quiero helado, quiero un durazno” yo digo que raro, pero no nos dijimos nada ninguna de las dos, yo decía: **“qué raro, si quiere un durazno, capaz que sea, que de positivo”**

E: ¿por qué esa asociación?

S: y no sé, que se yo, me parece que las mujeres embarazadas quieren comer” (Silvana, 43 años)

El relato de Celeste y Ana, aparece de igual manera cómo el embarazo era valorado y significado. Aún siendo ella la gestante, refiere que al principio, no obstante era su pareja quien “más se conectaba con el embarazo”:

“C: si, de hablarlo, de imaginarlo, de todo, para mí era la panza que me crecía y nada más, hasta que me di cuenta que era realmente, de hecho ahora voy, la semana pasada o hace quince días me di cuenta de que me había atravesado un embarazo, o sea

E: ¡que loco!

C: corporalmente, que me di cuenta que tenía una panza, que digo esta panza ahora ¿Cómo se me va? No había sido creo que tan consciente cuando tenía la panza, panza, digamos” (Celeste, 36 años).

De esta manera, esta disposición que se espera de una mujer embarazada que se contacta con el proceso de gestación, no aparece en estos casos ligado directamente a la corporalidad. El “cuerpo materno” visto así, se multiplica, como en el caso de Silvana y Laura, una familia comaternal, son sujetos que portan deseos y sentidos diversos sobre estos procesos.

El embarazo entonces es una experiencia que no remite necesariamente a la experiencia de ser gestante, sino que aparece en los relatos como una experiencia central

para la construcción social de la maternidad de gestantes y no gestantes. Así también la lactancia, surge como un proceso que en los casos de parejas de mujeres como otro aspecto del orden vincular y social que se da cuenta de la multiplicidad de las corporalidades maternas. Amamantar, supone la construcción de un lazo afectivo y la transmisión no sólo de un alimento, sino la transmisión de afecto con el soporte corporal. De esta manera Silvana aconsejada por una amiga psicóloga, se anima a amamantar a su hija entendiendo que ella podía transmitir con su cuerpo “calma” y afecto, como relata Silvana:

“S: bueno, era lo que yo le quería justamente explicar a las autoridades, **no la había gestado en mi vientre, pero yo tenía que elaborar una relación con ella y bueno**, la relación la tenía con ella a través de darle la mamadera, porque yo no le daba el pecho, entonces una de las chicas, psicóloga, de la familia que nosotros nos juntamos me dijo que ella también con su pareja hizo este método” (Silvana, 43 años).

“S: ... conversando con esta chica me desinhibió y ese día vine y **le empecé a dar la teta, sin darle leche porque a mí no me salía leche y bueno**, así que más o menos casi nueve o casi un año que le dio la teta, **yo también se la daba a la teta y como que ella se calmaba**, ahora ya le dejó de dar ella, también le dejé de dar yo la teta, porque ya está grande, cumplía su función

E: otra

S: **pude también disfrutar de eso, también pude**

E: con tu cuerpo

S: con mi cuerpo también, y **esa relación es importante, muy importante**” (Silvana, 43 años).

De esta manera, el relato de Silvana ubica a la lactancia como una práctica, que más allá de sus efectos nutricios, tiene un valor social y cultural en la construcción de una relación, donde su cuerpo es parte vital para performar el vínculo materno. Como aparece en el relato de Silvana, el lenguaje mismo –ser llamada “mamá”- ocupar el lugar de los cuidados desde el propio cuerpo, permite encontrar otras transmisiones y conexiones múltiples desde lo corporal. Recapitulando, la historia de Silvana y Laura nuevamente ponen

en evidencia la performatividad de la biología como de la maternidad, que atraviesa toda relación de maternaje que supone una construcción cultural.

6.2 La reproducción estratificada: familias originales y copias

La norma simbólica del parentesco, se ha construido sobre la base de cierto imaginario hegemónico de lo familiar heterosexual, conyugal, biológico y matrimonial. Pierre Bourdieu (1997) plantea que imaginario de lo familiar se internaliza y se hace cuerpo a lo largo de nuestra trayectoria de vida como habitus. En este sentido plantea que *“la categoría de lo familiar funciona, en los habitus, como esquema clasificadorio y principio de construcción del mundo social y de la familia como cuerpo social particular, que se adquiere en el seno mismo de una familia como ficción social realizada”* (Bourdieu, 1997:131)

Ello se vincula con la manera en que aquello que acontece en las familias y unidades domésticas no puede desconectarse de la lógica de reproducción social toda. No se puede pensar la “reproducción biológica” desconectada de las maneras en que se piensa la reproducción del espacio doméstico y la sociedad, lo que da cuenta de un conjunto desigualdades y posiciones diferenciales entre las familias y dentro de las familias (Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila A., 2000; Jelin, 1984).

Butler (2006) desde una mirada performativa, señala que el parentesco en una especie de hacer que no refleja una estructura anterior. No obstante persiste la idea de una estructura de relaciones hipostasiada, como la heterosexualidad, estructura en la cual se ha fundamentando el parentesco mismo. Desde el planteo de Butler, que este orden simbólico no es estático, sino que esta norma se encuentra en constante reelaboración de sus propias categorías, a través del desplazamiento de sentidos. De esta manera quienes se encuentran fuera del privilegio heterosexual disputan la apropiación de estos términos de dominación, resignificando los términos que consuman la exclusión (Butler, 2002).

Existe una lógica que atraviesa la mayoría de los relatos de mujeres usuarias vinculada con la búsqueda de una maternidad lo más cercana posible a la llamada familia “original” entendida como la deseable en nuestra cultura: nuclear, heterosexual, biparental, genéticamente conectada.

El parentesco como proceso cultural implica en este sentido como refiere Butler (2002) cierta inteligibilidad, es decir que para que una familia pueda ser leída como tal, se espera que se cumplan ciertas características. Si bien se advierte una creciente multiplicidad de sentidos a la hora de construir familia, donde el parentesco no solo está basado en lo biológico, en la sexualidad, en la heterosexualidad, como aspectos que han sido separados crecientemente del imaginario social, cuando se quiere naturalizar la sexualidad y la reproducción es la producción misma del sujeto, es decir lo que está en juego es *“quien será una persona socialmente reconocida como tal.”* (Butler, 2002: 16)

Se proponen a continuación un conjunto de categorías que desglosadas, buscan recuperar algunas dimensiones que aparecen intersectadas en la conformación de familias mediante las TRHA, y que a su vez dan cuenta de un conjunto de jerarquías y estratificaciones de familias que se transmiten en los relatos. El desglose de categorías de forma analítica, ira recuperando algunas nociones ya analizadas en relación a la decisión de maternar y otras que aparecen particularmente cuando las usuarias reflexionan sobre la conformación de las propias familias. De esta manera se irán identificando en cada apartado algunos aspectos que refieren a rupturas de lo familiar: la heteronormatividad del modelo “original” de familia en los casos de usuarias lesbianas o en una relación sexo-afectiva con otra mujer; la “conyugalidad” al analizar las experiencia de las madres solteras por elección; la bioconexión o conexión genética cuando se piensa la ovodonación y la adopción en paralelo; así como el racismo en el uso de las TRHA.

Todas estas variables dan cuenta de una tensión no resuelta, que trasciende pero atraviesa las experiencias particulares de las mujeres usuarias. Por un lado, existe una potencialidad en estas técnicas para desandar estas prácticas normativas ya que las mismas han contribuido a evidenciar la creciente separación de la sexualidad y la reproducción en nuestra sociedad. Del mismo modo, ponen en cuestión la idea de familia originada a raíz de una relación sexual heterosexual, como familia legítima. Esto llevaría a pesar que el uso de estas tecnologías ha contribuido a generar otros sentidos de familia que resquebrajan el imaginario tradicional que implica compartir una sustancia genética. Así mismo, el énfasis en la voluntad y en la elección en la construcción de un proyecto parental, resulta una idea novedosa que impacta en los ordenamientos legales. Sin embargo, estas tensiones aparecen

en los relatos como “culpas”, “pérdidas”, dilemas, porque las personas que se encuentran atravesadas por estas tensiones son conscientes de estas decisiones.

El original heteronormativo

Como se analizó anteriormente cuando se pensaba la heteronormatividad presente en las categorías del sistema legal argentino y las luchas por el reconocimiento de derechos otras formas familiares, el estado juega un papel central en la construcción y sedimentación de ciertos modelos legítimos de familia versus los invisibles o no reconocidos.

Más allá de los avances en materia de derechos de diversidad sexual y las trayectorias de mujeres usuarias y conciencia de sus propios derechos, la familia “heterosexual” aparece como modelo natural mediante el cual otras relaciones de cuidado son pensadas, entendidas como malas copias que deben adaptarse a este sistema.

En este sentido, esta apartado intenta recoger estos dilemas en su impacto subjetivo y biográfico. Así relataba Silvana quien consciente de su derecho ser madre tampoco era ajena a las críticas que reciben las familias homoparentales, y que se traduce por momentos en forma de “culpa”:

S: ...yo en algún momento sí me sentía con mucha culpa, porque como fui criada y mi papá me dijo: **“vos haciendo esto le negas un papá a ella” “pero es que ella nunca tuvo un papá, fue un donante”** y bueno, yo a ella cuando la tengo en mis brazos le digo: “vos tuviste congeladita en una heladera y mamá te deseo mucho, con mamá, que lo fuimos a buscar a [nombre del médico] y él nos ayudó” siempre le **voy contando como un cuentito y cuando ella va a ir creciendo se lo voy a ir contando con más detalle. Entonces, yo primero tuve mucha culpa pero después, creo que en esto me ayudó mucho** Laura también, ella también es muy creyente y es como que nos alejamos de la iglesia por cómo son los curas, porque yo siempre digo ¿por qué nos niegan casarnos o la bendición ante dios?” (Silvana, 43 años).

Sin embargo, Silvana reconoce que otras transformaciones sociales y políticas posibilitaron cierto resquebrajamiento de esta heteronormatividad, tanto a nivel personal

como social:

"E: ¿Qué cosas crees que pasaron en la sociedad para que eso pueda o en la vida de las relaciones para que eso se pueda ver de forma natural? ¿Crees que hubo cambios en ese sentido?

S: y hubo muchos cambios, creo, **que a través del matrimonio igualitario**, creo que ahí hubo un gran cambio y como que **un sector de la sociedad nos dejó de ver como enfermos"**

"E: ¿vos decís que fue la ley?

S: sí, **fue la ley y aparte... o sea... yo no soy de un partido político pero creo que la presidenta Cristina luchó mucho por los derechos de las parejas igualitarias**, por las familias luchó mucho, **me parece que a partir de ese gobierno como que hizo una transformación en la mentalidad de las personas** y como que ahora hay todo una movida y **como que se nos ve diferente..."** (Silvina 43 años).

Como señala Rayna Rapp (2001) las tecnologías de la biomedicina -donde la autora incluye desde la medicalización de la infertilidad hasta las intervenciones en salud mental- forman parte de las maneras en que se patologiza la personalidad, el género y el parentesco. Esta patologización supone que ciertas formas de reproducción son problemáticas y estigmatizadas respecto a la norma, como sucede con el parentesco gay y lésbico. A la vez la autora en la misma línea que Nikolas Rose (2007) señala que las experiencias de reproducción no normativa constituyen la posibilidad de generar una autoreflexividad así como nuevas identidades políticas (Rapp, 2001:469).

De hecho en el proceso de su reflexión Silvana refiere que luego entendió que "todo es cultural", esto es, que la naturalidad de la familia tiene que ver con la aceptación y recepción de espacio social y no con un carácter intrínseco de las familias heteronormativas:

S: y bueno... y creo que todas las culpas y todas las cosas se fueron de nosotras cuando llegó [nombre de su hija] sí, es **como que nos dimos cuenta que todo es cultural y como que a pesar del tratamiento que hicimos**, cuando nosotros se lo

contamos a las personas, **si las personas lo escuchan de la manera natural**. (Silvana, 43 años)

Si bien en la cultura euro-americana dice Marylin Strathern (1995) se suelen aceptar diversos papeles sociales en la crianza, “verdaderos”, “sustitutos” o “adoptivos”, existe una búsqueda binaria y excluyente de identificar quienes son “madre o padre” (Strathern, 1995:306). O sea se es madre, o se es padre de algún tipo, pero la pluralización de la maternidad, o la paternidad pareciera una ruptura mayor de la que puede parecer en abstracto. Tanto en los relatos de “simultaneidad” como en aquellos relatos que se denominaban de “reparación” y donde se usaba gametos donados, cuando se pensaba el sentido de lo familiar, se ponían en discusión un este conjunto de figuras que en calidad de donantes, padres, madres, gestantes, dan cuenta de un desmembramiento de los papeles sociales señalados por Marilyn Strathern (1995).

Los relatos de parejas lesbianas o de las madres solteras por elección, a diferencia de las parejas heterosexuales que han utilizado donantes, ponen en descubierto la no correlación entre sexualidad- procreación, y permiten construir nuevas categorías y formas de vinculación y de identidad social. Esto nuevamente es claro en el proceso de reconocimiento de derechos, como le sucedió a Silvana cuando quiso solicitar licencia por maternidad, sin ser la madre gestante, y la ley le quería reconocer su licencia bajo la categoría de “padre”⁶², utilizando el formato legal heteronormativo como una clara discriminación:

S: “...la cuestión es que yo también tenía que presentar en mi hospital los papeles y todo, yo ya había hablado antes con la jefa de recursos humanos y le había contado toda esta técnica que íbamos a llevar a cabo, ella me dijo: “mirá Sil, **nunca le hemos dado la licencia por maternidad porque nunca se nos presentó un caso así pero bueno,**

⁶²Lo mismo sucedió en Córdoba en el año 2013 con otra pareja de mujeres, cuando la madre no gestante solicita licencia por maternidad, entro en una contienda con la policía de la Provincia de Córdoba, su empleador, siendo finalmente despedida y vulnerada en sus derechos.

<https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/su-pareja-se-embarazo-karina-pide-180-dias-maternidad> [Fecha de consulta 8/01/2019]

<http://www.telam.com.ar/notas/201402/51807-repudian-la-cesantia-de-una-agente-policia-cordobesa-que-se-caso-con-otra-mujer-y-tuvo-un-hijo.html> [Fecha de consulta 8/01/2019].

vamos a ver qué se puede hacer, mientras tanto vas a tener que tener la licencia como papá, que son quince días nada más” yo le digo: “pero es injusto porque yo soy mamá, no soy papá ¿Cómo voy a tener esa licencia?” “bueno sí, pero hay que hacer esto y bueno” pero no tenía yo la partida de nacimiento, no la tenía con el nombre mío o sea que...” (Silvana, 43 años)

Estas formas de discriminación como de disputa por el reconocimiento social, dan cuenta de la ruptura que generan en una sociedad heteronormativa, la diversificación de los papeles sociales familiares. El conjunto de obstáculos que tuvieron Silvana y su pareja para la inscripción de su hija en el registro civil de Córdoba, es otro ejemplo de la heteronormatividad social.

Silvana cuenta que este proceso que atravesaron en el año 2013, coincidió con el Código Civil estaba recientemente reformado, previo a la Ley de Matrimonio Igualitario se encontraba vigente en Argentina desde hacía tres años. La disputa de ambas madres tuvo que ver con la resistencia de los empleados de la institución a inscribir su bebé como hija de ambas, diciendo que Silvana, como madre no gestante, debía adoptarla. Este proceso implicó toda una movilización de parte de la pareja que da cuenta de lo que algunos autores denominan “parto social” (Kaufman & Morgan, 2005) que en el relato surge de forma muy clara, en palabras de Silvana: *“yo realmente no la parí el día que nació, sino que la parí el día del registro civil, cuando no me la quisieron inscribir y cuando me dijeron que no era mi hija”*. A raíz de ello Silvana tuvo que recurrir a organizaciones de defensa de derechos LGBTQ, así como a los medios de comunicación hasta lograr su reconocimiento.

[Reconstruye la situación en el registro civil de Córdoba] S: y bueno ahí llegamos y nos atendió una señora: “si chicas, ¿Qué andan buscando?” bueno le digo: “acabamos de ser mamás y la venimos a inscribir” dice: **“¿de ser mamás? ¿Cómo? ¿La adoptaste vos?”** “no, no” le digo: “las dos fuimos mamás porque hicimos un tratamiento, yo le transferí mis embriones a ella” “¡ah!” dice: **“pero eso no se puede hacer ¿Cómo que hiciste eso?”** yo digo: “sí, lo hizo un doctor en una clínica” “¡no!” dice: **“pero ustedes tiene que ir presas”**

E: ¿Qué?

S: y yo le digo: “no señora pero si yo vengo a inscribir a mi hija” dice: “pero **no es tu hija**” “**no, es que sí, son mis embriones**” dice: “mirá, hoy día justo no nos andan las computadoras, así que hoy no se puede inscribir” yo le digo: “pero es que estamos acá hace un buen rato y estoy viendo que esa pareja que está ahí entraron como si nada y están saliendo con el documento” dice: “no, no, porque ellos tenían otro papel que hacer” le digo: “si tienen un bebé chiquitito” le digo: “**me estás diciendo porque ellos son hetero**” y me dice: “**¡no! cómo va a ser por eso**” “yo quiero hablar con su encargada o con una persona que esté, para explicarle bien” “no, no está” “yo no me voy a mover de acá hasta que usted no me deje hablar con una encargada” bueno, fue adentro, habló, todo, “bueno está bien” dice y salió otra y me dice, sale esa de ahí adentro y dice: “**mire yo no sé qué es lo que han hecho ustedes, pero acá en la Argentina no está permitido eso, así que o usted la inscribe a nombre de ella y usted después le inicia un proceso de adopción**” “**¡¿pero cómo voy a adoptar a mi propia hija?! ¿Usted se da cuenta que ha cambiado el código civil? ¿Por qué no me explica que tenemos que traerle para poder inscribir a mi hija?**” (Silvana, 43 años).

Este espacio de lo público como espacio político donde se dirimió el estatus de Silvana como madre, permite dar cuenta en primer lugar sobre los sentidos heteronormativos y biologicistas presentes en las resistencias de los funcionarios que forman parte del estado argentino. En segundo lugar implica, que este proceso de inscripción de los niños en entramados familiares de forma legal, que para la mayoría de las parejas supone un trámite rutinizado que pareciera refrendar un “hecho natural”, en realidad constituye una decisión política sobre qué familias forman parte de las “familias naturales” y cuáles no.

En tercer lugar, permite visualizar que el parto social es un aspecto que forma parte de toda conformación familiar, pero que en las familias disidentes a la heteronorma se elige invisibilizar. En la inscripción de los hijos de una pareja heterosexual no se pide pruebas de un vínculo biológico sin embargo, para Silvana esto se puso en discusión. Como señala Claudia Fonseca (2008), las familias homoparentales permiten poner en evidencia el papel que juega el derecho, las tecnologías reproductivas y el dinero en toda conformación familiar. Es decir la maternidad de Silvana implica contar una historia con sus tratamientos,

con su pareja, pero también con la ley como parte de un entramado que construye lo familiar.

Si bien en la construcción de la maternidad de Silvana, fue muy importante para ella que su hija llevara su material genético, a la vez fue el lugar social que ella construyó con su hija, con su pareja, con el personal médico, con las autoridades estatales lo que define su papel como madre, como señala ella fue el día que parió a su hija. Este aspecto que aquí se hace explícito, no sucede sólo con las parejas de mujeres lesbianas, sino que da cuenta del proceso de construcción que toda mujer en posición de madre, transita y performa.

El original conyugal: madres solteras por elección

Así como en el momento de la decisión de maternar, la presencia de una pareja o la ausencia de la misma aparecían de forma relevante como un aspecto sobre el que las usuarias reflexionaban al acceder a las TRHA, la experiencia misma de la monoparentalidad elegida merece un análisis especial, como ruptura con la norma familiar.

En esta investigación se encontraron dos relatos de esta experiencia, contrastados por la edad de las entrevistadas. El de Candelaria de 38 años, quien se encontraba en una relación con un varón y luego decidió ser madre soltera, y el relato de Hillary de 49 años, quien se autoidentifica como lesbiana.

Más allá de la orientación sexual, la monoparentalidad elegida implica para ambas una ruptura con la heteronormatividad, porque es una elección que cuestiona el requisito de conyugalidad y complementariedad en las figuras de cuidado, así como una ruptura con aquellas ideas vinculadas a la mirada biparental del cuidado y la crianza, propia de cierto modelo nuclear heterosexual.

En el caso de Candelaria, ella se identificaba como una candidata con pocas oportunidades de convertirse en adoptante, entendiendo que su condición de “soltera” no se correspondía con las representaciones hegemónicas de familia que espera el aparato estatal, el cual si bien no prohíbe la adopción de una persona soltera, prioriza a las parejas mediante una lógica estratificada de lo familiar, como mejores candidatas:

“C: es más fácil, yo lo veo con la [hija] que es más fácil, es más fácil de lo que pensaba y es más intenso y más difícil en otros puntos ¿no? pero ese no es un impedimento, o sea, yo veo que en **los trámites de adopción hacen mucho hincapié, mucho hincapié en la cuestión económica... y en la pareja**

E: claro

C: y en la pareja, y yo no la tengo, qué querés que haga, no tengo ganas de tener un ex, nunca buscar un novio, tener que buscar un ex, y después la familia, que tenga una familia piola porque después es la familia a la que vos estás ligado de por vida...”
(Candelaria, 38 años).

Por otra parte Hillary, quien pertenece a una generación diferente a Candelaria, relata que uno de los obstáculos que se le presentaron al decidir maternar sin pareja tuvo que ver con cierto “habitus familiar incorporado”, al decir de Bourdieu (1997), lo familiar normativo hecho cuerpo:

“H: hay de las dos cosas, me parece que, yo tengo ya casi cincuenta años, o sea, he crecido, cuando yo era chica era muy raro que alguien tuviera los papás separados, ni siquiera existía el divorcio, entonces yo he crecido con una figurita pegada a la cabeza de la estructura de familia convencional, me parece que eso por un lado fue fuerte y fue parte de esta cosa de que estuviera más presente mientras yo no había definido más claramente mi sexualidad. **Y me parece que esto de pensar de estar con una pareja para tener hijos, estaba todavía eso presente pero desde otro lugar también, y también poder compartir con otro el tener hijos me parece que está bueno, está buenísimo también y de hecho incluso en mi familia ha habido algunas de mis tías, que para esa época era rarísimo, algunas de mis tías han criado a sus hijos solas, una cosa que**

E: no pasaba todo el tiempo

H: **yo sé que se puede hacer”**. (Hillary, 49 años)

Como señala al final de su relato, si bien este habitus familiar está presente en Hillary cuando señala las dificultades iniciales para pensar su maternidad sin una pareja, también la

experiencia familiar echa cuerpo, es recuperada cuando ella recuerda la experiencia de sus tías que maternaron sin una pareja, como ha sucedido históricamente, sin la existencia de las TRHA.

Otro aspecto central de este tipo de monoparentalidad, tienen que ver con que la ausencia de una pareja no es sinónimo de soledad, sino que ambas dan cuenta de comunidades de cuidado que solo son posibles de pensar y demandar cuando se rompe con la idea de que una pareja alcanza para el cuidado sino que como en toda crianza se precisa de una comunidad de socialización (Poveda, Rubio, & Rivas, 2011).

Candelaria y Hillary en contraste ponen de relieve la soledad de tantas madres que por encontrarse dentro del binomio conyugal heterosexual, suelen criar a sus hijas/os de forma solitaria. De esta manera en ambos proyectos de maternidad, la comunidad de lazos de cuidado que trasciende el parentesco es central en la conformación de sus familias:

“[haciendo referencia al discurso de una psicóloga de la clínica de TRHA] “aparte que claro, me empezó a preguntar y me dijo: **“ah, pero vos no estás sola” ahí yo medio como que me... “vos no estás sola, vos tenés un equipo”** porque **yo le contaba que estaba en tal, que yo tenía a mis amigas, que estaban los tíos, que estaba toda mi familia, que estaba mi mamá, que había un montón de gente que la estaba esperando**, un montón de gente la estaba esperando y que era un mundo muy diverso, le dije: “muy diverso, yo me relaciono con gente de todo tipo, cuando digo de todo tipo digo de todo tipo, entonces quiero que mi hija viva ese mundo. La verdad no necesito que me venga a completar, no, ni nada, lo que digo es que la vida está piolaza, viste cuando ves algo muy lindo y querés que alguien esté ahí para verlo, bueno”, mi vida estaba tan buena, ahora no tanto, estaba tan buena que yo decía: “debe ser re lindo ser hijo mío, vivir conmigo y que vamos juntas, va a estar bueno, a mi me pareció que va a estar bueno”. Aprobado, una sola charla, eso estuvo fácil.” (Candelaria, 38 años).

Del mismo modo a contrapelo de la idea de “madre soltera no es madre sola”, Hillary también señala que ella tuvo más acompañamiento que otras mujeres en su maternidad que otras mujeres que teniendo una pareja, por el contrario se encuentran muy solas:

“H: cuando me estabas haciendo la pregunta me acorde, en un momento, conversando con una de mis primas que ha tenido cuatro hijos, **ella me decía que veía que en esta situación en la que yo estaba sola había tenido mucha más ayuda, un acompañamiento, que ella misma no lo había tenido de manera directa**, aparte de su mamá, decía: cuando tuve el primero fui a la casa de mi mamá y ella me ayudaba con el bebé, pero esto que yo veo de lo que pasa con vos pasa justamente porque estás sola, dice, se sobreentiende que la pareja se ocupa de todo

E: y no es tan así

H: no, a veces la pareja está totalmente desbordada

E: claro, claro

H: **hace falta mucho más que dos personas por lo menos el primer mes**, y justamente por esta situación o esta condición de estar sola, como diez, doce o quince personas estaban siempre atentas a que hacía falta y colaboraban” (Hillary, 49 años).

Así también el relato de Hillary permite evidenciar la relevancia de una comunidad de cuidado y crianza que supera el formato de la conyugalidad, así como el binomio parental, como refiere Hillary se vuelven necesarias “más de dos personas”. Ello en otros formatos familiares es invisibilizado y en ocasiones descuidado por la misma heteronormatividad enmarcara el trabajo reproductivo y solitario de las mujeres.

La familia no bioconectada como “copia”: adopción y uso de donantes

Las implicancias de la adopción y la ovodonación para conformar las propias familias, serán analizadas conjuntamente por ser comparadas las mismas usuarias –como espejo una de la otra- sobre un aspecto común: ambas constituyen dos experiencias que suponen la pérdida de la bioconexión familiar.

Entendiendo que la tecnología es siempre ideológica (Garay, 2008), desde las propias clínicas la ruptura con esta bioconexión tiende a evitarse, buscando medios que en mayor medida se acerquen al modelo “natural”. Ello supone en la donación de gametos, que en

ocasiones se conserva la conexión genética por alguna línea –materna o paterna- o en ocasiones en ninguna, pero siempre se prioriza el uso de gametos propios.

La adopción, aparece como se señaló antes como una de las estrategias que algunas las mujeres, en general en pareja, despliegan para agenciar una maternidad deseada, resulta finalmente en una vía exitosa para la conformación de la familia de algunas entrevistadas como María y Sandra.

La ruptura con la bioconexión que implican ambas elecciones, se manifiesta en los relatos funcionen como dos experiencias que se analizan en contraste, a la vez que se utilizan como metáfora una de la otra para pensar la inteligibilidad social de las distintas elecciones.

Ello supone por ejemplo para algunas entrevistadas que la experiencia de la adopción ordene su relato y sea el hilo mediante el cual se va comparando con un tratamiento que no funcionó o no se continuó, o donde la elección de una opción u otra se viva como pérdida o ganancia.

Al mismo tiempo, encontramos otros relatos donde el eje ordenador de su relato es la ovodonación como elección que formó parte de su experiencia con las TRHA, y donde la adopción, como practica histórica que también supone una ruptura con la idea de familia bioconectada, es una metáfora que permite a las usuarias reflexionar sobre la ovodonación. Se encuentra así, el razonamiento frecuente en las usuarias que señalan que la ovodonación es como una adopción, aunque comparan sus características.

Sin embargo estas comparaciones se producen en un marco de sentidos que responden a una estratificación social de las relaciones familiares y permite reflexionar acerca de estas tensiones sobre el parentesco hegemónicas, que suponen categorizar desde los sentidos culturales a cierto modelo hegemónico como “original” y los otros como “copias”. Todas copias con diferentes grados de fidelidad al original, como señala Marla Brettschneider (2006).

Priorizar la familia original

En ocasiones la adopción es usada como un contraste para pensar esta estratificación, como señala Gisela “agotar las vías naturales”, lo que implica una progresión que va de

embarazo con las propias gametas, con donación de un solo tipo de gametas, con gametas donadas y la adopción como último recurso.

“[Se pregunta por la adopción] G: sí, en algún momento lo pensamos, pero dijimos: **hasta que no agotemos primero todos los caminos**, ponele, que no nos resultó la de baja complejidad, fuimos a lata complejidad, si no nos resultaba, hasta que no agotáramos todos esos caminos, **recién íbamos a ir**” (Gisela, 39 años).

Así como relata Gisela, existe una lógica de “agotar todos los caminos” antes de adoptar que se traduce en respetar la progresión que implica el tratamiento de las TRHA y el protocolo clínico. Pero en términos del parentesco, pasar de una técnica de baja complejidad a una de alta complejidad supone no solo la ruptura entre sexualidad y procreación, sino que en ocasiones a ello se le suma una ruptura con la bioconexión, como sucede cuando se utiliza donación de gametos.

Otras formas en que esto aparece en los relatos, tiene que ver con la idea de “primero probar con el cuerpo”, como señala Celeste:

“C: fue como un cacho... sí, fue un cachitín de duelo, **la verdad está esto de lo biológico por ahí lo tenemos como re contra incorporado**, pero nosotras así como pareja siempre hablamos en relación a eso y ahora más que nada, en relación a todo lo que tiene que ver con la crianza y **los vínculos que se configuran más allá de lo genético**, entonces creo que eso fue como calmando un poco las aguas. Obviamente eso es un duelo que lo tiene que atravesar ella y yo la puedo acompañar o lo que sea pero bueno, es individual, es como muy, muy particular y si hemos tratado de recuperar, que es lo que siempre pensamos, **no es que de ahora surge que la crianza es más importante que lo biológico**, no, siempre fue así, **de hecho en un momento hasta estaba la posibilidad de pensar en una adopción**

E: ah, mirá

C: **antes de pensar en tener un hijo más del propio cuerpo, digamos, no lo descartábamos, solo que dijimos bueno, probemos con esto y bueno, en el caso que no suceda**, porque tenemos varios intentos que teníamos para probar, **veremos con**

otra vía, lo que pasa es que la otra vía sabemos que es bastante dolorosa, que lleva bastante tiempo, o sea, no es tan fácil tampoco la adopción, entonces no fue la primera elección, digamos” (Celeste, 36 años).

Celeste quien realizó el tratamiento en el marco de una relación sexo-afectiva con una mujer, lo que llevaría a pensar que existe una ruptura con la idea de lo biológico como parte del entramado familiar, tampoco descartaba esta conexión, como refleja su relato cuando hace referencia a un “duelo”, que aunque califica como menor estuvo presente en el proceso.

De esta manera, si bien Celeste no llega a inscribirse como adoptante, el uso de gametos donados y la adopción, aparecen como dos prácticas espejadas que permiten a las usuarias pensar sus decisiones.

Adopción y TRHA espejadas.

El relato de María, el cual narra su maternidad mediante la adopción, refiere su experiencia con el tratamiento previo con las TRHA y la adopción, de forma comparada. En su caso, es el paso por las TRHA el que le permitió reflexionar sobre el valor de la bioconexión para la maternidad y el parentesco. María cuenta cómo la experiencia de adoptar le permitió enfatizar que la maternidad tiene que ver con un vínculo y el afecto, y no con la gestación como condición:

"M: y pienso que un poco a la fuerza y otra tomando conciencia, **fue que los hijos no son solamente los que nacen de la sangre de uno, y de la panza de uno... que son hijos del vínculo**, por el vínculo que uno crea y el amor y el afecto que uno da. Y en ese sentido a veces la veo a (nombre de su hija) y ni parece que no la hubiera tenido, **no me acuerdo que no estuvo en la panza, se borró esa faceta, que tenerla en la panza significa que es tu hija**. Y que si no son tus óvulos.... No son... me parece que todo eso se cambió en una mentalidad mucho más abierta, y sí con mayor conciencia” (María, 43 años).

La otra cara de la moneda de lo que anteriormente se llamó “uterización del vínculo”, se vincula a aquellos aspectos que la adopción dejó como experiencia pendiente para algunas entrevistadas. Así relata Sandra, quien registra a la experiencia del embarazo y de lactancia, como dos instancias de las cuales ella queda socialmente excluida, y que algunas mujeres comparten como sinónimo de experiencia materna:

“S:- Yo, lo único, mirá a lo mejor te parece una tontera pero, **es cómo una deuda pendiente que uno tiene siempre, esto de no haber logrado el embarazo**, el embarazo. Es como una cosa pendiente, no pudiste sentir una vida adentro, no pudiste ver crecer la panza, **no podes intervenir en algunas conversaciones también, cuando hablan del embarazo**, del calostro y que se yo, que yo lo sé todo porque escucho hablar a otros, pero no lo viví” (Sandra, 44 años).

A su vez relaciona esta “deuda pendiente” con una dimensión social, es decir las conversaciones y ese saber que circula en los círculos de mujeres que comparten su experiencia de maternidad desde estos lugares, que implican una conexión corporal que permite la gestación.

“S: Vos viste, **hay una edad en que las mujeres se juntan a hablar de eso, de los hijos y del embarazo**, “ay porque yo...” bueno, no ahora, ahora ya no es tanto pero cuando era más chica que empezaban todas a tener chicos y que se yo, el tema era eso “¿Cuánto te duerme? Y ¿te come bien?” y que se yo, viste. Y yo cuando entraba el tema del embarazo, yo ya ahí no tenía de qué hablar, viste, escuchaba como para interiorizarme pero sentí siempre que era una deuda pendiente que me quedó en la vida ¿me entendés? Como tantas otras.” (Sandra, 44 años).

Estas exclusiones que vivencian aquellas madres por adopción, pone de relieve que el deseo de maternar es exigido y reforzado socialmente para las mujeres de ciertos modos normativos, buscando reproducir en el deseo mismo esta estratificación social señalada, generando “deudas” a aquellas mujeres que no pasaron por estas experiencias que a nivel social se vuelven relevantes.

Adopción como metáfora

La referencia a la adopción, no supone en otros relatos opción posible y considerada por las usuarias, más bien aparece como una metáfora para pensar las posibilidades y ventajas de la ovodonación frente a la adopción. Si bien en ambos casos se rompe con la conexión genética, la posibilidad de gestación que permite el uso de ovodonación, es valorada positivamente, como refleja el concepto de la uterización del vínculo (Viera Cherro, 2012) ya analizado. Así lo expresa Juliana, en relación a su experiencia con ovodonación:

“J: Y el médico me dijo, porque yo estaba así un poco que no entendía mucho, y me dijo “va a ser tu hijo, vos lo vas llevar en tu vientre, es tuyo”. **Y también por el lado de la adopción, yo tenía mucho miedo a que te lo quiten**, tenía muchas experiencias de gente que los habían criado y después se los habían terminado sacando, entonces, viste, dije: “la verdad que nadie me lo va a venir a quitar”, bueno eran como muchas cosas, **ni hablar de la posibilidad de llevarla en mi vientre, digamos, ni hablar**” (Juliana, 37 años).

De forma recurrente, la adopción, aparece como una experiencia a comparar donde se reflejan temores de las mujeres usuarias frente a las TRHA y que permitieron a algunas usuarias a tomar la decisión de utilizar ovodonación, al compararla con los procesos que supone la adopción. Tal es el caso de María, donde la posibilidad de pensar una adopción es la que le abrió camino a pensar el uso de óvulos donados cuando estaba realizando tratamiento:

“M: que no iban a ser mis óvulos, o que iban a hacer óvulos de otra persona con el esperma de mi esposo. **Iba a ser hija de mi esposo, pero no hija mía. Esos fueron las primeras percepciones.** Al principio fue una cerrazón absoluta. Pero después todo esto, venía acompañada con psicólogos. Habían sido muy traumáticas las pérdidas que tuve. (...) **Y después fue el tiempo, por eso fue largo todo ese estudio, decantando y después empecé a pensar “si en definitiva nosotros estamos anotados para**

adopción, tampoco iba a ser mía genéticamente, pero sí mía en el sentido del cariño de la relación conmigo. Y la psico en este sentido me ayudó a entender porque dice **“todo hijo es fruto de una adopción que hay papás los adoptaron como hijos” ¿sí? Entonces fue todo un camino de reflexión pensarlo”** (María, 43 años).

De esta manera resulta interesante cómo la adopción brinda elementos que hacen inteligible la práctica de la ovodonación, la cual supone un conjunto de decisiones muy complejas en la misma lógica de ruptura con la conexión genética. A la vez, como refiere María con la expresión *“todo hijo es fruto de la adopción”*, pone de manifiesto es que el proceso de “maternaje” es un proceso afectivo, relacional, cultural que no está garantizado por ningún sustrato biológico, como da cuenta la experiencia de la adopción.

Más complejo o más sencillo

Así también, como aparece en diversos relatos, este contraste entre ambas prácticas se relaciona con las representaciones sociales sobre las TRHA como una vía más sencilla, más breve y menos disciplinante para las personas que la adopción. Sin embargo, como dan cuenta algunas experiencias, el tratamiento con las TRHA en ocasiones puede ser descrito con las mismas características que se le suele asignar a la experiencia de la adopción.

Celeste en este sentido compara ambas prácticas, por considerara a las TRHA como una opción más simple:

“C: lo pensamos, sí, era, cuando dijimos bueno queremos empezar con este proyecto **lo más sencillo era pensar en una fertilización**, en caso de que ningunos de los intentos que teníamos que cubría la obra social, porque es un tratamiento la verdad que bastante caro, si nada de eso resultaba, bueno íbamos a pensar en alguna otra alternativa. (...) **entonces creo que hay más cuestiones en contra que a favor de la adopción de donde nosotros lo estamos vivenciando**, sobre todo porque también implica, o sea, yo soy anti abogado, (...) **pero todo ese tema de papelerío la verdad que prefiero inyectarme de vuelta, como fue el tratamiento este y pasar por el dolor terrible del parto y todo lo que viene después del parto antes que pasar de vuelta, o**

atravesar todo ese malestar que sé que implica la adopción, por gente que lo ha pasado ¿no?" (Celeste, 36 años)

Del mismo modo lo señala Sofía, quien también consideró la adopción, terminó desestimándola como una opción, porque conocer luego el conjunto de obstáculos para lograr efectivamente adoptar:

"S: así que me había hecho esa idea y tenía esta cosa como del prejuicio de que la fertilización asistida era un rebusque innecesario... me parecía yo decía "qué necesidad con todos los chicos que hay para adoptar" esa cosa de desinformación total, porque ahora sé que adoptar es difícilísimo, y ahora, tomé la decisión, y decisiones que me fueron costando con respecto a esto de la fertilización asistida." (Sofía, 44 años).

Estas reflexiones dan cuenta por lo tanto de que esta comparación forma parte de las búsquedas, decisiones e información a la que acceden las usuarias de TRHA, que tienen en juego la gestión del "tiempo reproductivo", como se analizó previamente.

Más altruista o más egoísta

Otra forma en que aparece este contraste en los relatos tiene que ver con la idea de que la adopción es un modelo de acceso a la maternidad-paternidad que cuestiona la estratificación reproductiva frente a las TRHA como una opción más individualista. Melina se preguntaba por este aspecto cuando reflexionaba en su relato si la adopción no sería una práctica menos "egoísta" que las TRHA, ya que se la suele tomar la "última opción":

"M: ... ¿porqué hacerse un tratamiento de fertilidad si pueden adoptar o pueden elegir un niño? Te hace sentir un poco egoísta porque vos pensás y querés tener así tuyo y no pensar en el otro, es como un poco...

E: ¿te parece que adoptar es más altruista?

M: no lo veo mal... es más altruista o muchas veces cuando no te queda otra opción.

Tampoco quiero llegar a eso, de elegir la adopción como la única opción que tenga. Es una cuestión **muy difícil de las dos partes, yo supongo que del niño y del que va a adoptar** (Melina, 41 años).

Lo mismo señalaba Sofía quien cuestionaba sus propios deseos de ser madre mediante las TRHA, práctica que asegura algún tipo de conexión biológica como se señaló antes, tensionando la idea de que las THRA son una práctica más “superflua” versus a la adopción que pareciera una vía socialmente más justa. Como señalaba la cita previa a Sofía, ella señala inicialmente consideraba a las TRHA como una opción innecesaria: ***‘qué necesidad con todos los chicos que hay para adoptar’*** (Sofía, 44 años).

Sin embargo como reconocen las entrevistadas, más allá de su reflexividad y las maneras en que ellas se mostraban críticas a esta estratificación social de las familias, es difícil romper con la manera en que se construye la familia desde un énfasis subjetivista e individual, donde la familia en su formato nuclear y bioconectado aparece a veces de forma impensada como parte del propio deseo. Como señala Marilyn Strathern (2005) cuando se analizan las decisiones de las usuarias en el marco de las TRHA, la pregunta por las consecuencias de una elección individual frente al bienestar social -como podría ser la decisión de adoptar que se podría considerar como una opción socialmente más justa- se pone en evidencia por la novedad misma de estas técnicas en la escena social. Pero el mismo valor individual en otros contextos fuera de las TRHA, señala la autora, es visto de forma positiva, como aquellas posiciones que defienden la autonomía individual de los padres a la hora de criar a sus hijos. Es por ello, que Strathern también entiende que esta lógica individualista que se advierte en las TRHA, no resulta una característica intrínseca de las técnicas, sino que lo que se pone de manifiesto es una lógica de elección individual que atraviesa el conjunto de las prácticas sociales que forman parte de un entramado mayor.

El original biológico y su intersección racial

Cuando se piensa a la raza como categoría que atraviesa las lógicas de las TRHA, se entiende esta estratificación en las lógicas en que operan las mismas clínicas de fertilidad en relación a la donación de gametas. En relación a la manera en que las clínicas resuelven y

proceden con la donación de gametas, lo que sostiene desde las mismas páginas, documentos institucionales, como en los relatos de las usuarias, se produce una selección de “fenotipos” y “rasgos físicos” donde se busca que la persona receptora, tenga “rasgos comunes al donante”. Esto último podría dar cuenta de las maneras en que en estos ámbitos se habla de raza, la cual intersectada con la clase, ponen en evidencia cómo una preocupación de al menos un grupo de usuarias sobre el origen étnico y de clase del/ la donante, interrogantes sobre los cuales aluden algunos documentos de los bancos de gametas en Argentina⁶³.

Por otra parte, de lo que surge en las entrevistas realizadas a las usuarias, es que si bien la selección del donante no es directa, es el equipo médico el que consulta a la pareja y selecciona estas características de acuerdo a los “parecidos físicos”⁶⁴, se produce un proceso de interpretación cultural, ya que la elección del/la donante estará vinculada a la manera en que una persona es “leída” por parte del equipo por sobre sus características físicas. Así relata una de las entrevistadas el proceso de donación con un banco de gametas:

“E: ¿ustedes participan en algún tipo de elección sobre las muestras?

Melina: si

E: ¿cómo es eso?

Melina: yo me contacté con uno de los directores, me pasó el mail de uno de los directores del instituto, entonces el médico, es un biólogo en realidad, me dijo bueno:

⁶³ “Muchas veces, las futuras receptoras nos preguntan sobre la procedencia de los donantes, indagan sobre el nivel académico y el estado socio-cultural. El hecho de tener que recurrir a un semen de banco no siempre es un acto fácil de afrontar, especialmente en presencia de un desconocimiento completo del donante en cuestión. En ocasiones, el desconocimiento o los prejuicios hacen crear falsas ideas sobre el funcionamiento de un banco de semen.” (Extraído del documento del banco de gametas, año 2017)

⁶⁴ “En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora y el mismo equipo biomédico es el único responsable de procurar que las características del donante sean lo más similares posible a las de la receptora. Es decir, en el supuesto de una mujer de piel blanca, con ojos verdes, pelo castaño y de 1,70 de estatura, deberá procurársele semen de un varón de iguales características físicas. En [nombre del banco] damos prioridad a la compatibilidad en el factor y grupo sanguíneo y parecido físico de la receptora o incluso de su pareja.” Extraído de Documento del Banco de gametas. Año 2017.

¿Cuál es el grupo sanguíneo? porque tiene que tener un grupo sanguíneo igual a alguno de los dos... y era otra cosa más... y nos dijo que preferencias teníamos en relación a lo físico, y físico sobre todo, porque el resto no lo podés distinguir, color de cabello, color de ojos, estatura... contextura física...

E: ah les preguntan, no es que dan por sentado...

Melina: te preguntan y después buscan en el banco lo que más se asemeja a tu necesidad o a lo que vos querés, y te consultan... "hemos encontrado esta muestra de x características, si te interesa" bueno, dos veces, y las dos veces las compramos a través de internet. Y del, las traen por avión, por una mensajería no sé, nunca pregunté..." (Melina, 41 años).

De alguna manera queda abierto como un interrogante si esta "coincidencia fenotípica", como una práctica usual de las clínicas en la donación, es un aspecto demandado por las personas o promovido por las clínicas, como una manera de asegurar a los futuros pacientes un servicio que permita invisibilizar estas marcas corporales como señala Lucia Ariza (2015).

De esta manera, y a pesar de las exigencias raciales de nuestra cultura "familiar" que exige que una familia se identifique física y racialmente, encontramos diferentes recorridos, con diversas formas de reflexividad, particularmente en aquellos casos donde la ruptura con la familia hegemónica no tiene que ver sólo con la apariencia sino también con las posiciones ocupadas en relación al ideal hegemónico. Por ejemplo en las parejas de mujeres lesbianas, o mujeres que deciden maternar sin una pareja, posiciones que condicionan maneras de mirar, desear y proyectar la maternidad.

"¿A quién se parece?" El color de la identificación familiar

Cuando intentamos reflexionar el porqué de esta práctica que se propone que las TRHA un "parecido" con los progenitores -ya sea como una práctica institucional o como una demanda de los sujetos- nos encontramos con la idea de identidad y de pertenencia a la hora de personar la familia (Moreno Figueroa, 2008:20). Este aspecto como señala Moreno Figueroa, hace referencia a *"parámetros específicos de belleza, es el prestar atención a*

aquellos aspectos de la apariencia física de las personas que se adecúan a la percepción que la familia tiene de sí misma o aspira para sí misma, “confirmando” así la pertenencia” (Moreno Figueroa, 2008:20) Así mismo, las lógicas coloniales que atraviesan los modos en que se construye pertenencia a un grupo nacional, como sucede en los procesos de mestizaje, tampoco escapa a las lógicas familiares, señala Moreno Figueroa (2008).

Así relata una de las entrevistadas que utilizó ovodonación y donde el tópico del “parecido” es una de las lógicas con las cuales se “mira” en nuestra cultura a las familias, presente en conversaciones cotidianas. En este caso particular el uso de ovodonación si bien es un aspecto que la pareja vivió sin mayores dilemas como refiere el testimonio- p cuando esta práctica precisa ser comunicada es que aparece toda la dimensión social y los sentidos culturales donde se reactualiza este estigma:

“C: pero ninguno de los dos, sintió nada, y bueno y **como era yo la que la que era la donante más por mí...** entonces a mi me hicieron ir de nuevo, no porque hayan visto algo en mi en esa entrevista sino por protocolo. Y bueno **nos vio re seguros, y así [fue] re natural.** (...) Y después todo igual... es todo igual.... **Y ¿porqué no lo contamos a todo el mundo? re poca gente lo sabe, porque... después yo me tiento cuando dicen “es igual a tu papá” ¡me encanta!**

Entrevistadora: mirá como es...

C: me mato de risa “es la cara del [padre de ella]”. (...) y yo digo “no, no lo es”. Bueno y los ojos de él... esta parte... muy parecido a mi esposo... todo esto... “qué bueno”

E: claro

C: y después dicen **“ay los ojos las pestañas” y digo “y así habrán sido los ojos de la chica”** (Catalina, 38 años).

De esta manera la forma en que se opera socialmente con la búsqueda de los parecidos como forma de identificación familiar, es algo que no pasa desapercibido a las usuarias que usaron gametas donadas. Así lo cuenta Juliana quien si bien, al igual que Catalina relativiza algunas de estas referencias a los parecidos físicos, implica un trabajo de construcción social de aquello que se le transmiten a sus hijos, como requisito identitario, en este caso “el carácter”:

“J: lo ven al papá y dicen: “ay, es igual al padre” y bueno, tengo muchas amigas que las nenas son igual a los papás, viste, entonces bueno, yo les digo: “es igual al papá”. El otro día me dice una chica: **“¡ay! Pero no tiene nada de vos, es igual al padre” ella tiene el carácter hermoso de la mamá (ríe) entonces como la crío yo, tiene el carácter hermoso de la mamá,** es simpática, dulce, es igual a la mamá. (Juliana, 37 años).

En el caso de Candelaria, quien es madre soltera por elección, el uso de donantes es un aspecto que está claramente socializado. Lo interesante de su relato es cómo ella resignifica la idea de los parecidos, ese re-conocer a su hija desde el lugar afectivo, al igual que Juliana, quien señalaba que su hija tiene su carácter:

“C: **porque la [nombre de la hija] es mi familia,** pero no es porque lo diga yo, es porque es mi familia, y cuando vi, lo veo al hijo de la Juana Repetto, es la cara de la Juana Repetto, los ojos chinos, pecas, es la cara de la Juana Repetto, es como ella, sobre todo cuando nació, así la primera imagen era la pendeja, entonces digo, a lo mejor haya alguna cuestión genética de... pero no lo sé porque nunca estudiaría

E: ¿a qué te referís?

C: a que hay, en algún lugar ese bebé se parece a su mamá o a su papá, se parece, se parece de verdad pero más allá de eso

E: si

C. es como que no sé, la [nombre de la hija] era así, no sé, el destino, qué sé yo, era [nombre de la hija] la miro y me indigna, me indigna a veces, pero **es la [nombre de la hija], como si yo la conociera de toda la vida, yo la miro, le veo los gestos y me encuentro, nos encuentro a todos ahí, a todos nos encuentro, a toda mi familia, a todas mis otras yo las encuentro ahí en ella**

E: claro, ese es el parecido que importa

C: sí, sí, claro, ¿no? al final, sí, a mí se me acortó, se me abortó esto de que yo no tengo a quien echarle la culpa, mis primas dicen: “vos no tenés a quien echarle la culpa” cuando hacen algo que no te gusta es igual a padre, se parece al padre y yo pienso: “que tranquilidad que no sea así” hay un lugar en donde eso no me da nada feo, al

contrario, **digo: “no, se parece a mí, y está muy bien al final” que, la tuve nueve meses en la panza, tengo diez kilos de más, que se parezca a mí un poco”** (Candelaria, 38 años).

Es así que Candelaria entiende que el parecido es el deseo, re-conocer a su hija a quien buscó y deseó no pasa por el aspecto genético, sino que tiene que ver con este “hacerla familia”:

“C: ...Aparte la cara, es muy rara la cara de la [nombre de la hija], **yo la veía, le vi la cara a la [nombre de la hija] y dije: “¡ay que rara la cara!” Viste cuando te querés acordar de alguien y no te acordas y cuando lo ves decís ¡ah, esta era la cara!** Esta era, esta era, porque yo la soñaba como desdibujada a la carita, la sabía blanquita, gordita, gordita **la veía en mis sueños, así hinchadita, coloradita**, pero no le veía la cara, cuando la vi dije: “mirá, esta era la [nombre de la hija] esta era, si era esa”

E: **la reconociste**

C: **ahí la reconocí, sí, que lindo eso”** (Candelaria, 38 años).

Recapitulando lo analizado, el uso de las TRHA para quienes utilizan su propias gametas promete la reproducción de ciertas marcas corporales como señales “materiales” que le permiten a los sujetos construir la identidad de sus familias, a la vez que permite reproducir las diferencias con *otras* identidades, proceso que no es ajeno a las lógicas racializadoras de nuestra sociedad. De esta manera tanto en los casos donde se utiliza TRHA, como en aquellos que no, la familia es siempre una construcción y en este sentido la raza entendida como identidad constituye una de las tantas apoyaturas, como así también aquellas fronteras que habilitan la construcción de un lazo familiar.

Sin embargo las usuarias de las TRHA en sus relatos dan cuenta de procesos reflexivos que ponen en discusión esta hegemonía familiar, que exige parecidos e identidades basadas en la lógica biologicista o genetistas generando desigualdades en el campo de lo familiar. En este sentido, la identidad familiar es un proceso social y cultural factible de ser disputado desde las diferentes experiencias, aún aquellas donde el peso de lo normativo se hace cuerpo de diferentes maneras, como es el ámbito de lo familiar y el parentesco.

Capítulo 7. Intersecciones entre marcos morales-éticos-religiosos en las experiencias reproductivas: autonomía reproductiva y agencia moral.

Presentación del capítulo

La intersección religiosa y espiritual en la experiencia de usuarias de TRHA, constituye una dimensión poco analizada en investigaciones sobre la reproducción asistida y que en este trabajo de investigación resultó un aspecto relevante para comprender los desafíos, prácticas y recursos con los que cuentan las mujeres que atraviesan estos tratamientos.

Las TRHA han traído un conjunto de discusiones al campo religioso porque modifican ciertas concepciones históricamente naturalizadas sobre el parentesco, la sexualidad y la reproducción. Particularmente, constituyen un dispositivo médico que propone la disociación entre la sexualidad y la reproducción, aspecto sobre el que las religiones monoteístas se oponen, aunque se advierten posiciones intermedias dentro de cada credo como señalan algunos estudios (Schenker, 2000; Luna, 2008).

Ello no supone necesariamente que las personas creyentes encuentren en esta oposición un obstáculo para su tratamiento con TRHA, por ello en este capítulo analizará en una primer sección (7.1), las diferentes maneras mediante las cuales las personas resuelven esta antinomia que se presenta cuando lo que dicta la religión de pertenencia es contrario al conjunto de decisiones que se orientan en pos de la autonomía reproductiva. Esta antinomia es resuelta por las usuarias a través de dos procesos que serán objeto de análisis. Por un lado, dando cuenta de una creciente autonomía reproductiva (Giménez Béliveau & Irrazábal, 2008) sustentada en la autoridad de la propia conciencia y una mirada crítica de la norma religiosa sobre la sexualidad y la reproducción. Y por otro, mediante la comprensión de que esta antinomia que puede ser relevante para la institución religiosa, no constituye en la vida de las personas una contradicción, sino que las prácticas religiosas y reproductivas se viven de forma integrada (Fust, 2016).

Esta dimensión religiosa y espiritual también se vuelve relevante para las personas usuarias, cuando se advierte que las prácticas asociadas a la fertilidad y la reproducción se encuentran atravesadas por cosmovisiones, creencias y diversas formas de espiritualidad y

religión (Álvarez Olmos, 2015; Felitti & Irrazábal, 2018). Por ello en una segunda sección (7.2), se analizará a la religión y a la espiritualidad como recursos culturales presentes en las prácticas reproductivas, lo que permite a las usuarias una forma de agenciar el tratamiento desde estos marcos de significación. El conjunto de obstáculos que las usuarias, de incertezas, llevan a que la religiosidad y la espiritualidad en ocasiones constituya un recurso para agenciar su tratamiento (Jennings, 2010). A su vez refleja la complejidad de esta intersección cuando se advierte que aún aquellas usuarias que no se autoidentifican como “religiosas o espirituales” llevan a cabo prácticas espirituales a la hora de sostener su tratamiento.

Como se trabajó en capítulos previos, los relatos de las usuarias dan cuenta de diversos desafíos a la hora de tomar decisiones en estas áreas que involucran cierta reflexividad para *gestionar* el proceso reproductivo, atravesando en diferentes momentos decisiones éticas y morales complejas. Por ello en una tercera sección (7.3) se buscará comprender las maneras en que las usuarias hacen frente a estas decisiones, lo que supone ampliar la mirada desde la religión y mirar el mapa completo que incluye las posiciones morales, éticas y espirituales.

Ello sucede en un campo reproductivo biomédico, donde la definición legal de la vida humana, las decisiones sobre los embriones congelados, las consecuencias de sus decisiones exige a las usuarias una creciente reflexividad. Por eso se retoma la noción de “pioneras morales” (Rapp, 1999), y proponiendo la noción de “agencia moral” para analizar cómo las toman decisiones sobre sus cuerpos, sobre los embriones y gametas, adoptando diversas estrategias de forma situada. Desde estos diferentes niveles de análisis, se buscará comprender a la religión y espiritualidad en su intersección con la experiencia con las TRHA, más allá de lo que las normas religiosas puedan dictar sobre las técnicas.

7.1 TRHA, religión y espiritualidad: diversas vías para la construcción de la autonomía reproductiva

La oposición de algunas religiones monoteístas al uso de las TRHA, apareció como un interrogante presente en el marco teórico de la investigación, por comprender que se encontraba aquí un aspecto que podía generar un conjunto de obstáculos para las usuarias

religiosas a la hora de sostener sus tratamientos. Sin embargo, a lo largo de las entrevistas, los dictados religiosos sobre TRHA aparecieron como un aspecto poco relevante para la mayoría de las usuarias.

En relación a lo que se entiende como religión y espiritualidad, como se señaló en el apartado metodológico, se trabajarán ambas nociones de forma equivalente. Se parte de esta definición amplia porque los dilemas que enfrentan las mujeres sobre sus decisiones reproductivas, implican superposiciones entre lo que tradicionalmente se entiende por “religioso” o “espiritual”, pero también incluye aquellos denominados marcos éticos y morales, que no siempre son discriminables en los discursos de los primeros (Nancy T. Ammerman, 2013b).

En aquellas usuarias que se identificaban como religiosas o espirituales⁶⁵, fueron excepcionales los casos que conocían la postura de su religión de pertenencia o de socialización religiosa sobre las TRHA. Algunas de ellas se preguntaban por la postura en el mismo momento de la entrevista lo que generalmente no constituía una fuente de conflicto para las usuarias diferencia de lo asumido inicialmente. Sólo tres usuarias, María, Sandra y Hillary, las dos primeras católicas, y Hillary, budista, conocían la posición de su religión. Para María, autoidentificada como católica, la postura de la Iglesia Católica significó un obstáculo al iniciar el tratamiento porque conocía su oposición sobre estas prácticas. Para las demás usuarias no existe tal contradicción con la norma religiosa, sino que, como se desarrollará a continuación, supone el análisis de un conjunto de procesos reflexivos que en las usuarias dan cuenta de diferentes maneras de vivir su religiosidad.

En ocasiones aparecía manifiesto como una distancia de las usuarias sobre las enseñanzas religiosas sobre sexualidad y reproducción, pero ello no implicaba una distancia

⁶⁵ Como se indicó en la metodología, cuatro entrevistadas se identificaron como: “no creyentes” o “ateas” y una como “agnóstica”, quince se identificaron como “creyentes”. Dentro de las quince incluidas en esta amplia categoría, diez de ellas se definían como “católicas”, una como “católica sincrética”, una como “creyentes en Dios pero sin religión” y como una “budista”.

Sin embargo, cuando eran consultadas por sus prácticas religiosas o espirituales, estas se correspondían o no con sus autodenominaciones: católicas que realizan biodecodificación, católicas que realizan constelaciones familiares o meditan, ateas y agnósticas que realizan prácticas espirituales y practican yoga.

de otros aspectos de su creencia. En otros casos esta situación implicó procesos de autonomía interpretativa (Dillon, 2001) sobre la norma religiosa. Por un último se encuentran relatos donde la religión y la espiritualidad no suponen de entrada un proceso de reconciliación con la norma religiosa, sino que aparece de forma integrada en sus biografías y en conexión con sus procesos reproductivos.

La primacía de la propia conciencia e interpretación

El hecho de que un conjunto de usuarias autoidentificadas como religiosas, se mostraran distantes o indiferentes de la norma religiosa sobre las TRHA, podría confirmar lo ya señalado por diversos autores: nos encontramos ante una creciente pérdida de autoridad de las instituciones religiosas sobre la dimensión sexual y reproductiva de las personas creyentes (Chaves, 1994). La pérdida de autoridad de las religiones sobre las áreas de la sexualidad y la reproducción, como los crecientes procesos de individualización, autonomía y reflexividad de las personas respecto a las normas religiosas (Luna, F. 2008; Béliveau & Irrazábal, 2008; Vaggione, 2014; Leal Reyes et al., 2011; Mallimaci & Béliveau, 2007) permiten comprender de forma global cómo la posición –y oposición- de la religión de pertenencia sobre las TRHA, no haya sido un obstáculo a la hora de iniciar los tratamientos de la casi totalidad de las usuarias entrevistadas.

Esta autonomía adquiere la forma de una reflexión que aparece de forma generalizada como un proceso que lleva a la primacía de la propia “conciencia” por sobre las norma religioso. Para Leticia (48 años, católica), quien se distanciaba de la posición de la Iglesia Católica en este tema, lo que primó fue su propia decisión, sin sentirse fuera de la institución católica por no acordar con ella en este aspecto:

“L: ah, pero no... a mí, **la verdad lo que diga la iglesia católica no me importa, no me importa porque creo que en muchos aspectos, o sea, yo soy católica** pero católica en el sentido de que, este, puedo ir a misa, este, puedo hablar con un sacerdote, **he hecho bautizar a mis hijos**, [mi hija] ha hecho la comunión pero no, tampoco es que, o sea, tengo una mirada muy, este, no sé, **o sea, no estoy de acuerdo con muchas cosas**, este, y... **no sé cómo explicarte, pero no, la verdad, no me importa.** (Leticia, 48 años)

De esta manera esta relación con la posición de la Iglesia sobre las TRHA, también supone una redefinición sobre el modo en que vive la religiosidad: restringida a algunos aspectos rituales, sociales, así como autónoma en algunas posiciones sobre la sexualidad y la reproducción sobre las cuales hay discordancia, como señala Leticia.

Así también Sandra, quien se autoidentifica como católica, también hace primar su propia conciencia individual cuando enfatiza el aspecto ético y secular a la hora de decidirse por estos tratamientos, que tiene que ver con la propia valoración de “hacer bien o mal”, estableciendo una distancia crítica con la enseñanza de la Iglesia Católica:

S:- "Todo me parece perfecto. Yo no estoy en contra de nada de esto **porque no me parece que esté mal. Si no daña a nadie** (...) ¿por qué va a estar mal? Yo no estoy en contra, todo lo que sean técnicas de reproducción están bien." (Sandra, 44 años)

En el caso de Catalina (38 años, docente) quien también se autodefine como católica, fue el uso de la ovodonación el aspecto que la llevó a reflexionar sobre las posiciones de la religión católica. Al igual que Leticia, lo que primó en su decisión fue su conciencia y su autonomía para decidir sobre su cuerpo, pero siempre desde un discurso ético, de discernimiento personal, que no se encuentra opuesto a su creencia:

“C: no, no, **por esto que te decía de lo moral, nunca nos significó un planteo “¿che estamos...?” este del límite...** yo siempre... nunca sentimos que estábamos haciendo algo... yo creo que esto de los límites van más que del lado de la ciencia, van con el tema de la moral. **El límite lo pone más la conciencia ¿no?** Y cómo que **siempre pensamos y consideramos que estamos haciendo todo...**” (Catalina, 38 años).

Más aún, ella señala la heterogeneidad de posiciones que existen en el campo religioso católico, siendo consciente de la multiplicidad de interpretaciones de la doctrina:

C: No, no porque viste que encima que la Iglesia Católica es como tan... depende del... bueno uno elegirá el cura con qué confesarse [se ríe] porque viste que si bien están los

dogmas, después cada cura es más piola, más abiertos, que esto y que el otro, entonces como que no. **Y yo soy, creo en Dios, y todo**, pero creo que la Iglesia es una institución hecha por hombres y comete ochocientos errores la Iglesia. O sea para mí una cosa es Dios, que yo creo en Dios y le confío todo, y **otra cosa es la Iglesia que hasta ellos mismo se van retractando de cosas que dijeron y después las cambian**. O sea que **la Iglesia tampoco tiene la verdad absoluta**" (Catalina, 38).

De esta manera, no estamos hablando de un grupo de usuarias que se dejan de identificar con su religión de pertenencia, sino de un grupo de usuarias críticas con las enseñanzas de su religión en relación al aspecto sexual y reproductivo. Esto implica un movimiento donde se pasa a primer plano el reconocimiento de la propia conciencia como la fuente de autoridad, y en coincidencia con lo que advierten algunas investigaciones sobre el campo católico en Argentina (Giménez Béliveau & Irrazábal, 2008).

Para otras entrevistadas, principalmente en aquellas con un vínculo prolongado con instituciones confesionales (laboral o por experiencias personales dentro de la Iglesia Católica) seguir la propia conciencia implicó a su vez un proceso interpretativo de las propias doctrinas y enseñanzas religiosas, que Michele Dillon (2001) denomina "autonomía interpretativa" de las personas creyentes en las religiones. Ello implicó transformaciones de sentido sobre la sexualidad, la reproducción y la familia, así como sobre los sentidos de religiosidad en las biografías de las usuarias. María (43 años) quien relata una extensa socialización católica en su familia, así como una gran proximidad y formación en la Iglesia Católica, si bien conocía con detalle las objeciones religiosas sobre las TRHA, ello no implicó ni un total rechazo a las enseñanzas de la religión ni una total conformidad:

"M: fue muy... muy... fue muy fuerte, Porque yo estudie teología sé perfectamente lo que dice la Iglesia, con respecto a, **entonces despegarme de todo eso, tomar la decisión, llevó su tiempo, tiempo de decantación...**"(María, 43 años).

Pero a lo largo de su relato, María señala diversas acciones que le permitieron nuevas interpretaciones sobre la "fe" así como nuevas formas de habitar la religión, buscando herramientas en la misma religión católica, como puede ser pedir consejo a un sacerdote

con una mirada más “flexible”, así como en las herramientas que le dio su amplia formación religiosa:

"M: sí. **En la flexibilidad (....) no fue todo fruto de esto, fue todo de la formación que yo recibí antes.** Ser más flexible, no ser tan tajante, se entiende en ese sentido, más libre en las decisiones que tome, y no condicionar, lo que diga el dogma, lo que diga porque digan los otros, lo que digan..."(María, 43 años).

Así también Sandra, posición que se señaló previamente, hizo primar su propia conciencia individual, planteando en una misma línea que la religión supone la acción de interpretar, aspecto que puede dar lugar a múltiples interpretaciones y autonomía propia:

"E: ¿Estaban al tanto ustedes de algunos posicionamientos de la iglesia en relación a las técnicas de reproducción asistida?

S:- Sí, **absolutamente. Nos importaba.**

E:- Contame un poquito de eso ¿lo hablaron con tu marido?

S:- Ni siquiera lo hablamos, ni siquiera. Porque además no lo compartimos. Una cuestión retrógrada, del año dos antes de Cristo, como la mayoría de las cosas de la iglesia. **Decí que ahora están empezando recién a comprender, a entender que el ochenta por ciento de las cosas que están escritas en la biblia son interpretaciones del tipo que escribió en ese momento eso ¿entendés? Están pudiendo comprender y ampliar esa cabeza y dejar a la gente vivir en paz y ser feliz como quiera, con la elección sexual que quiera y todo lo demás.**" (Sandra, 44 años)

Particularmente señala el tema de “la elección sexual”, identificando cómo la sexualidad y la religión constituyen áreas donde debe primar la propia autonomía y no la norma religiosa como autoridad indiscutible.

La ausencia de contradicción: los relatos integradores

Otra manera de comprender la relación con la norma religiosa, se vincula a la noción

de “religión vivida” (Ammerman, 2014), la cual supone prestar atención a las prácticas religiosas y espirituales de las personas. Algunos enfoques performativos y poscoloniales hacen referencia a la religión como un “hacer” , “doing religion frame” como propone Orit Avishai, (2008), lo que permite comprender cómo la reproducción y la sexualidad se habitan de forma integrada en cada biografía, aún frente aquellos marcos de sentido que discursivamente podrían pensarse desde un “choque de paradigmas”.

Este enfoque resulta valioso para comprender un conjunto de relatos donde no aparece un conflicto latente entre la práctica de TRHA con la norma religioso, sino que se vive de forma “integrada”. Este concepto remite a lo que Todd Nicholas Fuist (2016) advierte analizando las experiencias de varones gays identificados como religiosos, que no viven sus identidades en contradicción. Por ello el autor, prefiere hablar sujetos que viven de forma “integrada” su identidad y su religión poniendo el foco en la agencia religiosa de los sujetos y no en las maneras en que se reconcilian las identidades a simple vista contrapuestas (Fuist, 2016:771).

Cuando se analizan las experiencias de las usuarias de TRHA aparecen otras articulaciones entre marcos de sentido en principios contrapuestos, como entre religión y ciencia, entre medicina hegemónica y medicina popular, entre catolicísimo y creencias populares, o religiones tradicionales y creencias new age, aspectos que a simple vista parecieran contradictorios.

Así es que Juliana (37 años, católica) señala que a partir de su experiencia con las TRHA comenzó a comprender que puede ser religiosa y comprender los procesos biológicos y médicos del tratamiento. Juliana manifiesta una ausencia de contradicción entre sistemas de creencias científico y religioso, dando el ejemplo del Big Bang y su creencia en Dios como dos creencias simultáneas y válidas en su vida:

“yo antes de estudiar [profesión actual] hice un año de biología, entonces, imagínate que la biología es otra cosa, y siempre pensé que mi pensamiento, como que **las dos cosas son tan verdaderas, la teoría del Big Bang y tan verdadera como que Dios creó al mundo, no sé.**

E: claro.

J: entonces no sé, es como que eso no me cambió, entonces digo, no lo sabemos, es

simplemente una búsqueda de una respuesta a algo que no lo vamos a saber nunca, no hay certezas de nada. **Entonces me parece tan copado la teoría de Darwin como la teoría de Dios, entonces es como que tengo ambigüedad en eso, no sé, nunca pude definirme, ni por una cosa ni por la otra.**

E: pero, claro, no te paras desde un lugar así.

J: no, **me parecen súper verdaderos ambos, ambas cosas y no me genera ningún conflicto.** Me encanta, ponele, toda la teoría de que venimos del mono también me parece súper interesante, qué sé yo, pavadas, fui al Valle de la Luna y que ahí, en ese lugar hubo un bosque antes y la época de los tiranosaurios y toda esa historia también me re copa, **pero también digo: “bueno, Dios sabrá”** (ríe) (Juliana, 37 años).

Los conocimientos que las mujeres adquieren sobre el propio cuerpo como sobre los procesos reproductivos durante el tratamiento, se traduce también en procesos reflexivos sobre la postura de las religiones respecto al estatus moral del embrión. Como se analizó previamente, Melina, autoidentificada como católica, describe como la “pérdida de embriones” que sucede en el proceso de las técnicas -aspecto que la Iglesia Católica cuestiona- no constituye un aspecto que a ella le genere un conflicto religioso, porque a partir del tratamiento lo comenzó a comparar con la pérdida “natural” de embarazos en las mujeres:

“M: ... Si fueres una persona religiosa, no te acercarías a un instituto de ese tipo. O sea que si te acercas a un instituto de ese tipo te metiste la religión en el bolsillo... o bueno **resignaste muchas cosas.** Pero... no es como que, de lo particular mío de **esos** tres pre-embryones que se perdieron lo viví como natural, lo viví como puede pasar en la naturaleza.” (Melina, 41 años).

A su vez Melina entiende que no posible en cualquier caso integrar estos aspectos, ya que implica en sus palabras “meterse la religión en el bolsillo”. Para aquellas mujeres que son “religiosas”⁶⁶ esta integración no es posible, pero en su caso entiende que sí. Ella es

⁶⁶ En el contexto de esta cita de Melina, la noción “religiosa” hace referencia a aquellas personas que tienen un mayor apego a las normas y dogmas de la Iglesia Católica.

consciente de que una persona religiosa “dogmática” no podría integrar un lenguaje y proceso médico con la religión como parte de su vida. Sino que es preciso integrar la creencia con otros marcos aprendidos, como es la interpretación médica sobre el estatus del embrión, analizado en un capítulo previo.

Así también esta “integración” de marcos de sentido y de saberes sobre el propio cuerpo, tiene que ver con la fluidez con que las entrevistadas transitan desde una religión de pertenencia –como la católica por ejemplo- hacia otras formas de espiritualidad. Aparecen en otras entrevistadas otras formas de espiritualidad vinculadas a tradiciones indígenas y campesinas que resultan de gran relevancia en América Latina, donde la conexión con la “Pachamama” o “Madre Tierra” o “encomendarse a los muertos” pone de manifiesto las conexiones entre maternidad y espiritualidad propias de la cultura indígena latinoamericana. En el escenario latinoamericano también esta superposición entre prácticas “teísticas” y “extrateísticas” -como denomina Ammerman a aquellas donde la conexión con lo divino no recae en una deidad- se puede advertir en los sincretismos religiosos y la religiosidad popular, donde la devoción a un santo, el rezo a la Virgen en sus diversas denominaciones, la asistencia a reuniones de un sacerdote “sanador”, coexisten con el acceso a técnicas reproductivas de alta complejidad.

Tal es el caso de María (43) quien si bien se define como creyente católica, luego también relata que se define a sí misma como una “creyente sincrética” y plantea posturas disidentes sobre las normas religiosas sobre temas sexuales y reproductivos. Además para ella la religiosidad popular, vinculada a las creencias de las poblaciones campesinas en Argentina –y que como señala María es estigmatizada por algunos sectores católicos tradicionales- es muy importante en su espiritualidad, siendo una forma de sanación que se conecta con su identidad e historia familiar, de quien aprendió esas curas. Así lo cuenta en su relato:

“[Refiriéndose a la ojeadura y la curación del empacho] M: es una creencia popular pero tiene efectos. **Entonces rescaté eso que era una tradición de mi familia**, por ejemplo que a lo mejor **si vos perteneces a un sector tradicional de la Iglesia, lo aborreces**” (María, 43).

Así también las creencias New Age, vinculadas a las espiritualidades orientales, tales como la biodecodificación o las constelaciones familiares, como relataron otras usuarias, son aspectos que dan cuenta de este constante solapamiento entre formas religiosas, espirituales, prácticas vinculadas a la sexualidad y la reproducción, que en los relatos se vive como un hacer integrado, es decir forman parte de la performance cotidiana. En este sentido, Melina (41) señala que en ocasiones “*se va de la religión*” [Católica] interesada en realizar consultas de biodecodificación, como otra opción espiritual más que el proceso del tratamiento la llevó a buscar. Todas estas opciones integradas, dan cuenta de un proceso que en diferentes dimensiones remiten a lo que se analizará a continuación: la religión y la espiritualidad, más que una norma o un camino a seguir sobre la sexualidad y la reproducción, adquieren en el marco de los tratamientos con TRHA el carácter de “recurso” para agenciar el proceso reproductivo.

7.2 La religión y la espiritualidad como recursos culturales para el tratamiento

Entender a la religión y a la espiritualidad como un recurso cultural en el marco del tratamiento, constituye otra de las maneras en que esta dimensión aparece como intersección en el marco de los relatos. Si bien como señaló previamente, algunas de las usuarias religiosas manifestaron una distancia o desinterés por las normas religiosas sobre esta área, las prácticas religiosas y espirituales sí se constituyeron en recursos para sostener el tratamiento. A su vez esta manera de comprender la religión y la espiritualidad permite percibir la experiencia religiosa o espiritual de aquellas usuarias que se identificaban como “ateas” o “agnósticas”.

Este tipo de vínculo con lo religioso y espiritual, coincide con lo señalado por las perspectivas teóricas que enfatizan el papel que tiene la religión y la espiritualidad como práctica cultural. Tomando el planteo de Nancy Ammerman (2013) quien propone un conjunto de categorías para comprender la espiritualidad como llaves, como “paquetes culturales”, se buscó explicar otras formas de vivir la religión y la espiritualidad en conexión con los tratamientos. Esto se vincula también a lo señalado por Jennings (2010) y Czarneski

(2015), según las autoras si bien los discursos religiosos incrementan el peso de la reproducción sobre las mujeres, también proveen diferentes recursos culturales que permiten resistir las dificultades financieras y emocionales que experimentan durante el tratamiento con TRHA.

Como se analiza a continuación, la importancia de lo religioso se manifestaba con la importancia de la presencia de “Dios” o lo “divino” a lo largo de los tratamientos. Este aspecto vinculado a la “conexión con lo divino” en cualquier de sus formas, se puede observar en los relatos a través de prácticas espirituales como es rezar, o la disposición de “fe” que las entrevistadas realizaban a la hora de afrontar un tratamiento, lo que no resulta sorprendente en el marco de un tratamiento relatados como “dolorosos”, “invasivos”, “prolongados”, “costosos”, como se analizó en capítulos previos.

Tal es el caso de Florencia, autoidentificada como católica, señala la importancia de su espiritualidad en su vida y durante el tratamiento, que resultó en su caso una experiencia muy complicada para ella y su pareja. La espiritualidad le permite dar un sentido a estos obstáculos, “volverse más dura, más fuerte”:

“F: en su momento si estuve enojada con Dios, con la Virgen, con todos y después me di cuenta que **son etapas que te tocan para ser más dura**, para ser **más fuerte en la vida**, por algún tipo de experiencia que tengas que vivir y demás” (Florencia, 32 años).

Como señala Florencia, atravesar el tratamiento con las TRHA desde una disposición “no creyente” constituye un desafío, ya que como señala Florencia, es preciso creer en “algo”, como veremos en relatos posteriores:

“F: no, lo considero como algo que bueno, me tocó y **si pierdo la fe es como que ya perdés todo**, no tenés más nada, **en algo tenés que creer**” (Florencia, 32 años).

Melina en su relato destaca la centralidad de su fe en Dios, así como en otros agentes en los que tiene devoción, pero ello no significa que no acompañe esta creencia con otras acciones que le permitan sostener el tratamiento y lograr su objetivo de ser madre. Resultan así dos aspectos, su acción religiosa y reproductiva, que no resultan contradictorios

sino que son parte de una misma estrategia:

“M: ...yo soy muy creyente entonces yo tengo mucha fe de que vamos a ser padres, pero mientras tanto tenemos que ir haciendo cosas para que se dé. Bueno eso por un lado (...). Y bueno, esto de buscar otras alternativas, de seguir intentándolo, de... Nos ayudó mucho también. Te da aliento que te digan, si nosotros intentamos cuatro veces pero la quinta lo logramos. Bueno qué se yo, eso también te ayuda. Y la fe en Dios, tengo mucha fe en Dios, entonces pedir...

E: ¿vos sos católica?

M: si, **pedirle a la Virgen, al cura Brochero, eso también sostenía la, sostiene esta esperanza de decir "vamos a seguir haciendo cosas para que se dé"** (Melina, 41 años).

Silvana, quien se identifica como católica, relata que su mayor obstáculo para ser madre fue la heteronormatividad social presente en diferentes dimensiones. Por un lado expresado como “culpa” ante su proyecto de comaternidad y en contra de lo dictado por la “ley natural” católica; por otro lado disputando el reconocimiento legal de su maternidad un escenario social heteronormativo. Al momento de la entrevista ella examina de forma retrospectiva que sin la dimensión espiritual y divina –que define en sentido amplio- no podría haber afrontado este proceso médico, legal, y personal que implicó en su vida lograr su proyecto materno:

[Refiriéndose al caso de una periodista] "S: ...por eso yo digo que, porque es muy loco, yo digo: “¿Cómo pudo haber estado congelada cinco años y conservarse su vida ahí?” Estuvo conservada su vida, su vida paradita por cinco años y aparte en el primer intento Laura quedó embarazada y yo encontrarla, **entonces vos decís, hay algo superior, hay una energía, yo le llamo Dios, otras personas le llamarán energía, universo, lo que sea, pero existe una fuerza que nos acompañó en todo momento, o me acompañó a mí en todo momento, que me hizo ir a hablar con tal persona y así, yo en algún momento sí me sentía con mucha culpa, porque como fui criada y mi papá me dijo: “vos haciendo esto le negas un papá a ella” “pero es que ella nunca tuvo un papá, fue un donante”** y bueno, yo a ella cuando la tengo en mis brazos le digo: “vos

tuviste congeladita en una heladera y mamá te deseo mucho, con mamá, que lo fuimos a buscar a [nombre del médico] y nos ayudó” siempre le voy contando como un cuentito y cuando ella va a ir creciendo se lo voy a ir contando con más detalle” (Silvana, 43 años).

Como señala Sandra, la creencia en “algo superior” es una forma de creencia que permite a las mujeres sostener estos tratamientos, que lejos de dar certezas, precisan de procesos personales como de recursos culturales que habilitan su sostenimiento:

"S:- Seguro, **yo creo que es como la necesidad de tener, de creer en algo. Que algo te sostenga**, que algo superior te pueda sostener. Uno tiene que poder creer en algo, porque **cuando uno está con tanta ansiedad, con tanta angustia, con tantas ganas, algo que no depende de vos ¿entendés? Entonces si necesitas apoyarte en algo superior**, por ponerle un término” (Sandra, 44, profesional).

Esta diversidad de concepciones de lo “divino” que señalan las usuarias hace referencia a un tipo de espiritualidad que Nancy Ammerman (2013) identifica con el concepto de “espiritualidad teística”, cuando existe un agente divino identificado con esta dimensión. Pero así también en estos relatos se advierten diversas maneras de “conectarse con lo divino” o “con el universo” que Ammerman define como “extrateístico”, como refiere Sandra, cuando hacer alusión a la necesidad de conectarse con “algo superior”.

En el caso de Hillary quien practica el budismo, su práctica no sólo le ayudo a tomar la decisión de ser madre, como se analizó anteriormente, sino como un recurso que ella destaca le ayudó a llevar mejor física y emocionalmente el proceso:

“H: Por una parte creo que **me ayudó mucho que yo sea una persona realmente sana y también me parece que eso de estar trabajando sobre lo emocional y la práctica que también es reflexiva**, sobre lo esencial de la vida, **hace que lo pueda transitar mejor**. Tengo muchas compañeras que lo han pasado, compañeras de la práctica que lo han pasado al embarazo con más dificultades y **en el caso de que tengas dificultades la práctica te da entereza para hacerle frente...**”(Hillary, 49 años).

Por ello, la religión y la espiritualidad como recurso cultural, también aparece en algunas entrevistadas que no se autoidentificaban como religiosas ni creyentes. Tanto Candelaria (38 años) quien se define como agnóstica y Rosa (37 años) como atea, señalaron cómo la maternidad y el proceso de búsqueda las conectó con algo llamado “superior” o en la percepción de “las energías”. Para Candelaria, “encomendarse a los muertos” fue un recurso que la ayudó en el tratamiento y nacimiento de su bebé. Esta práctica de encomendarse a los muertos, es propiamente latinoamericana, y da cuenta de las intersecciones entre religiosidad católica, espiritualidad y tradición de los pueblos originarios:

[Relatando las preguntas que le hacía su kinesióloga cuando la notaba contracturada]

C: (...) ¿Qué es lo que hay acá? ¿Qué tanta presión? ¿Vos rezas? ¿En qué confías? ¿En quién crees? ¿A quién te encomendas? ¿En qué confías?”

E: ¿así te dijo?

C: “en mi -“¿y en quien más?”- en la gente que me rodea, mis amigos” me hace así, como si tuviera el cuerpo infecto, me hace así y me dice: **“vos tenés el mal de los ateos”** ¿Qué es eso? me dice: “no se puede vivir así, no puedes vivir así, o sea, no sé en qué crees o en qué querés creer, **vos te tenes que encomendar a alguien porque nadie se salva solo, nadie se salva solo**” la mina me ve entrar y dice: **“más hippie, menos hippie, todos creen, todos creen, en dios, en el Dalai lama, en el guasu guasu, en el cosmos, en la pacha mama si querés, en algo tenes que creer, en algo que te aliviane del peso que tenés acá”** “y ¿Qué quieres que haga? Es una sensación, yo creo que la fe es una sensación y no la sentí nunca” en eso me dice la mina, muy bicha, muy inteligente, me dice la mina: ¿vos tenés muertos?” “sí” “encomendate a tus muertos” pero mirá si voy a... **“encomendate a tus muertos”** mi papá era un loco manejando, manejaba muy rápido, manejaba muy bien pero manejaba muy rápido y a mí me da miedo manejar, porque es un estrés, porque tengo que estar muy atenta y a mí me gusta... bueno, entonces empecé a probar en el auto “papá voy con vos eh, ayudame” y yo empecé a notar que yo me bajaba del auto más relajada, claro”. (Candelaria, 38 años).

Así también Candelaria cuenta que el nacimiento de su bebé coincidió con el fallecimiento de un amigo, y cómo ella conecta estos procesos como “parte de un plan”. Este proceso mismo del relato la lleva a reflexionar sobre su primera autodefinición como “agnóstica”:

“... ¿Qué es lo armónico de esto?” bueno en vez de irme a trabajar me voy a tener que ir al taller ¿Qué se yo? No sé, **como que hay un plan, hay un plan que está diseñado y que yo no sé, yo, no lo sabe nadie, no lo sabe nadie, hay algo que está escrito que es superior, que es superior, no sé que es. Creo que empecé la conversación siendo agnóstica y ahora no tanto (ríe)**” (Candelaria, 38 años).

A Rosa la práctica de yoga, que comenzó luego del nacimiento de su bebé, le permitió afrontar las consecuencias emocionales del tratamiento que como señala en su relato, la agotaron emocionalmente:

"R: no, o sea, sí volver a yoga por una cuestión física, de **buscar herramientas** para calmar la ansiedad." (Rosa, 37 años).

Paradójicamente a lo que las TRHA prometen, es decir “lograr la maternidad”, en la experiencia de Rosa el tratamiento con las TRHA provocó una presión tan grande que la “desconectaron” con la maternidad en una primera instancia. La práctica del yoga, constituyó uno de los recursos mediante los cuales Rosa pudo, luego de nacer su bebé, conectarse con la vivencia de la maternidad:

"R: capaz era que estaba muy lejos de mí, yo la veo a ella con sus muñecos y como le cambia los pañales y qué sé yo y yo digo: “tiene dos años”, (...) me había olvidado y uno por ahí, es como que, va yo no confiaba en mi animalidad (ríe), demasiado racional. **En ese sentido sí por ahí no sé si le diría espiritualidad, pero si me volví a conectar con algo más básico mío después de la maternidad.** Que todo esto [tratamiento] es como que te aleja, **estos tratamientos me alejaron de eso.**" (Rosa, 37

años).

Otra forma en la que las prácticas religiosas y espirituales se revelan como un recurso cultural, tiene que ver con la conexión con otras causas sociales, como un tipo de espiritualidad que Nancy Ammerman identifica como una “espiritualidad ética” y que pone de relevancia la conexión con la comunidad y vivir una vida virtuosa. Melina (41 años) quien como ya se señaló antes es creyente católica, también relata el creciente involucramiento de ella y su esposo con una fundación secular en el mismo período en que comenzó con el tratamiento con TRHA, como una forma de vivir su fe que tiene ver con “ayudar a otros”, pero que a la vez los sostiene a ellos en este proceso:

“mi fe va más al agradecimiento, al ayudar... si hago alguna promesa a la Virgen, la promesa es ayudar a otro, por ejemplo esto de la Fundación (...) en realidad yo empecé metiéndome en la Fundación. Lo hice por eso. Porque bueno, a ver, es una especie de promesa de que iba a ayudar a alguien que lo necesitara... pidiendo ese favor, esa gracia, no era una condición. Pero después me metí y me quedé porque me gustaba, me enganche, y después se enganchó [mi marido]. Pero lo vivo así, lo vivo no como el castigo de que sino seguís es precepto religioso... no. No lo vivo así, lo práctico a mi manera...” (Melina, 41 años)

Esta dimensión “ética” de la espiritualidad y la religión que trabaja Ammerman, resulta un concepto útil para entender otra dimensión de las experiencias con TRHA, ya que permiten dar cuenta de otra dimensión de la espiritualidad como un recurso de las usuarias para sostener el tratamiento. Melina conecta en su relato que ante el malestar vivido por los obstáculos del tratamiento, ella decide realizar una tarea solidaria, como una manera de conectarse espiritualmente. Un aspecto que suma al análisis esta llamada espiritualidad ética, es que este recurso no implica sólo una conexión individual con lo divino, sino que sitúa al tratamiento en un entramado social, como puede ser un trabajo comunitario.

De esta manera la espiritualidad y la religión se constituyen en recursos sociales que dan cuenta de cierto carácter colectivo del tratamiento, como una disposición que puede ser individual o colectiva.

Siguiendo a Sarah Franklin (1997) existe cierta disposición esperanzada, que ella

denomina “tecnologías de la esperanza” o “hope technologies”, que impacta de forma directa en la dinámica en que se produce entre médicos, pacientes en el campo de la salud (Rose, 2007). La disposición espiritual de las usuarias, podría estar contemplada dentro de las “tecnologías de la esperanza” que señala Franklin, dado que constituyen un da cuenta recurso espiritual se encuentra incorporado en las usuarias como una manera de resolver, agenciar, diversos aspectos críticos, como puede ser la salud reproductiva.

De esta manera este aspecto da cuenta de que la dimensión religiosa y espiritual presenta una complejidad que supone dar cuenta de otras conexiones en la vida de las personas, que a simple vista pasan desapercibidas si se la entiende únicamente en su dimensión normativa y doctrinaria.

7.3 Los desafíos éticos del campo biomédico: las usuarias y la “agencia moral”.

Las tecnologías reproductivas suponen para las usuarias no sólo un posicionamiento o reflexividad frente a las normas religiosas o espirituales sino un conjunto de desafíos que se vinculan también a lo que Rayna Rapp (1999) advertía como desafíos de las usuarias en el campo biomédico. La autora señalaba la creciente responsabilización ética y moral vinculadas a su condición de usuarias, frente al conocimiento experto y biomédico (Rapp en Rose, 2007: 146).

Comprendiendo que la relación de las usuarias con la norma religiosa no constituye el único desafío ante cual las usuarias se posicionan, se tomará como categoría más amplia de análisis la noción de “agencia moral” como una noción que permite abarcar las diferentes maneras en que la “religión”, la “espiritualidad” y los sentidos “éticos y morales” forman parte de los repertorios decisionales del tratamiento con TRHA.

La llamada “agencia moral” de las entrevistadas se presenta como una categoría que amplía la intersección de las dimensiones de religiosidad y género en las usuarias, para comprender la posición ética y moral en un campo biomédico patriarcal.

Como señalan Cutas & Smajdor (2017) retomando el planteo de Warren (1997), contar con “estatus moral” significa ser una entidad que tiene importancia y sobre la cual se

tienen determinadas obligaciones y consideraciones. En cambio ser un agente moral, implica ser responsables de las propias acciones y que las mismas estén basadas en razones. Históricamente la filosofía, teología y el derecho han considerado como modelo implícito y explícito de agente moral sólo al varón adulto y blanco. Para Platón las mujeres no eran consideradas agentes racionales por contar con útero, como señala Diana Maffía (2005) la palabra útero en griego “hysteron” es la raíz de la palabra “histeria”: “Las mujeres son imprevisibles porque están dominadas por algo que un varón no puede comprender en términos lógicos, porque remite a un impulso biológico” (Maffía, 2005:3).

De esta manera ser consideradas agentes morales no es trivial para las mujeres, particularmente el aspecto reproductivo constituye un área de histórica reivindicación de los movimientos feministas. En consecuencia, comprender el repertorio decisonal de las usuarias y la manera en que estos se intersectan con los posicionamientos morales y éticos resulta un aspecto central de este trabajo. Se hará referencia a un tipo de “agencia moral y ética” tomando los desarrollos de que algunos autores han utilizado para referirse a los desafíos que experimentan las mujeres en el tránsito por el campo biomédico reproductivo. En primer lugar tomando el concepto de Rayna Rapp (1999) quien se refiere a las usuarias del campo biomédico como “pioneras morales”. Con este concepto Rapp hace alusión a la agencia de las mujeres frente a las decisiones reproductivas, analizando particularmente la decisión de la amniocentesis. Al mismo tiempo con esta noción pretende analizar aquellas situaciones en que los límites morales y las consecuencias de los tratamientos para ellas y para tercero/as no están definidos. Un autor que retoma estos análisis es Nikolas Rose (2007) quien se refiere a las “pioneras éticas”, ampliando este concepto para referirse a las decisiones de las mujeres en el ámbito de la medicina en general:

“Son pioneras de una nueva ética informada del yo: un conjunto de técnicas para manejar la vida cotidiana en relación con una condición y en relación con el conocimiento experto. Mientras que algunos podrían ridiculizar estas técnicas del yo biomédico como una especie de autoabsorción narcisista, de hecho muestran una admirable seriedad ética”. (Rose, 2007:146)

Estas decisiones a su vez se toman en un campo biomédico reproductivo (Rose, 2007) que se caracteriza por ser un espacio de constante innovación y donde aún no se definen

límites regulatorios claros frente a algunos procesos reproductivos, pudiéndose advertir diversas lagunas del derecho argentino en esta materia. Como se señaló anteriormente, si bien a partir del Nuevo Código Civil y Comercial, se definieron algunos aspectos sobre la filiación partir de las TRHA con la figura de la “voluntad procreacional”, a la vez que definiendo la noción de persona desde la concepción, a la vez queda abierta a una futura regulación la “protección del embrión no implantado”, aspecto que no ha sido debatido hasta la actualidad.

En este escenario donde jurídicamente el estatus moral de los embriones aparece de forma ambigua ante la ley, denominar a las mujeres usuarias de TRHA como pioneras, resulta bastante apropiado por encontrarse en un escenario donde los límites jurídicos, médicos, sociales y culturales sobre algunas decisiones que deben tomar a lo largo de su tratamiento no aparecen siempre con claridad.

Así relataba Hillary, quien reconoce cómo su práctica budista le permitió afrontar un conjunto de decisiones del tratamiento. Hillary explica que la manera de afrontar el tratamiento desde el budismo supone una reflexividad moral constante frente a decisiones que no son fáciles de tomar en este campo biomédico, y más aún desde la monoparentalidad elegida:

“[me señala que no eran pensamientos ni razonamientos] E: bueno, sensaciones, ¿Qué era lo que te pasaba?

H: bueno, me quedé conversando con otras mujeres que por ahí estaban el mismo tránsito, **uno tiene resistencias internas que ni siquiera las puedes explicar pero de vuelta**, como es algo que no es que va a suceder por sí mismo, digamos, **sino que vos tenes que tomar la decisión de ir, o sea, tenes que hacer una serie de pasos en función de que has decidido tener un hijo**, te pone, digamos, **entras en un tránsito que eso implica muchas cosas internas**, que tiene que ver con todas esas cosas por la cual no ha llegado antes (ríe)

E: claro, o sea, implica un caminito de mucha conciencia, digamos

H: sí, **mucha reflexión**, me parece que **si no lo haces desde la reflexión es más sufrido** porque de la manera que vos puedes ir avanzando mejor es esa, es difícil, digamos, incluso para la gente que está en pareja y está en parejas heterosexuales que tiene

que intentar a través de fertilización asistida implica tanto emocionalmente, **en momentos que son así críticos, que son duros, que son complejos, que si uno no está haciendo algún trabajo reflexivo que lo acompaña, me parece que se sufre más**" (Hillary, 49 años).

La falta de información de las usuarias, la novedad, las diferentes relaciones construidas con el equipo médico, la exposición del cuerpo al tratamiento y los efectos del mismo, la donación de gametas y el derecho a la identidad de los niños nacidos por fertilización, son algunos aspectos que dan cuenta de un entramado complejo de decisiones. El relato de Sofía (44 años) expresa este aspecto de forma clara:

"S: me preocuparon muchas cosas al entrar a tema de la fertilización, cuestiones éticas, cuestiones de de cómo lo va a vivir ella [su hija] cómo se va a enterar ella... cómo lo afronto yo, y cómo me siento yo, ni remotamente me preocupé porque dice la Iglesia de esto. O sea no..." (Sofía, 44 años)

Por otra parte la agencia moral presenta otra dimensión ligada a la situacionalidad de la misma, y se vincula a que las experiencias de las usuarias se producen en un conjunto de recorridos, decisiones y negociaciones personales, ubicadas en el nivel de la praxis.

Una de las maneras en que aparece la injerencia moral de otros, como opuesto a hablar de agencia moral en los relatos aparece con la idea de "receta". Como parte de la entrevista con las usuarias, se les preguntaba a las usuarias que pudieran dar "un consejo" a quien está pensando pasar por un tratamiento. Lo que surgía con frecuencia es la imposibilidad de hacerlo por reconocer el carácter situado de las decisiones tomadas. Así lo expresaba Sofía, quien explicita que no hay "recetas" en estas decisiones, sino que tiene que ver con una conciencia y lectura práctica y reflexiva del escenario personal y social:

"Entonces me parece que no se si puede haber una receta. Pero seguro si pensó algo seguro se me ocurre "mira no vayas por este lado porque..."

E: ¿crees que es una decisión muy íntima, es ese sentido?

S: si. Si absolutamente, porque son un montón de cuestionamientos que después uno se tiene que hacer cargo. Y cuando la decisión pasa por otro, la culpa la va a tener otro. **No, uno se tiene que hacer cargo de la decisión que toma.**

E: claro

S: me parece que si podría responder sobre mi experiencia. Pero aconsejar a alguien. Yo soy más de lo que debería, así que seguramente termino dando un consejo pero preferiría no dar consejos...". (Sofía, 44 años)

Del mismo modo lo señala Catalina, quien diferencia la propia agencia moral del entramado social, legal y religioso, compara la manera en que disintimos con las normas sociales en diferentes áreas, también es un ejercicio que se puede realizar en el ámbito reproductivo:

"C: es muy personal, porque lo que yo considero que este bien y mal... la ley viste que lo que yo considero que sea legalmente bueno o este correcto no va con la moral. Hay cosas que la ley las permite y para mí están mal, [para] mi moral..." (Catalina, 37)

Este carácter "situado" de la decisión, también explica que algunas entrevistadas refieren no haberse planteado algunos aspectos que involucran decisiones morales o éticas, dado que en el proceso no se encontraron en esta decisión a tomar. Por ejemplo, es el caso Nadia como de otras mujeres quienes señalan que nunca se plantearon una posición frente a la criopreservación de embriones -porque en su tratamiento todos los embriones fueron implantados- o sobre el uso de gametas donadas, dado que el proceso fue realizado con sus gametas y la de su pareja:

"E: ¿Y qué piensas de la criopreservación?

N: si no sé... **vos sabés que nunca nadie me lo preguntó ni me lo cuestionó demasiado, era como que pasó, se dio y no se cuestionó demasiado,** ni a nivel familiar, ni con amigos, no sé, la verdad es que todo un tema tan personal, tan no sé... nunca lo reflexioné demasiado. **Para mí el hecho de haber logrado embarazarme fue ya más que suficiente. Después con todo lo otro, es todo tan complejo** me parece, es

más, congelar óvulos, viste que también lo pensé si fuera necesario en algún momento, uno piensa todo. **Pero como nunca tuve que avanzar con nada de eso...**"
(Nadia, 50 años)

La gran determinación que acompaña a la mayoría de las entrevistadas en el logro de un embarazo, se vincula lo que se relata como un fuerte pragmatismo a la hora de asumir estos tratamientos y que también se analizó como una forma de "agencia pragmática" en capítulos previos. Este pragmatismo ha sido comprendido desde la categoría que propone Rosalind Petchensky (1987) cuando hace referencia a la "moralidad de la situación" (Petchesky, 1987), categoría que da cuenta una decisión pragmática que no está exenta de una lectura de la situación de la mujer en el momento en el que se toma la decisión y que toma en cuenta el escenario, las posibilidades propias y de tercero/as en esta decisión y que da cuenta de este carácter situado:

"Entonces **yo creo que hay gente que ni la piensa, va**. Yo la... para mí es así es intrínseco, así como tengo que estudiar una carrera, cosas, mandatos, y además la quería, pero decir que yo tenía que adoptar o hacer un tratamiento, nunca fue "¿che hacemos un tratamiento?" No. Era no podemos y si, vayamos a consultar un médico, o sea los dos somos en ese sentido cero rollo."(Catalina, 38 años)

Este llamado "pragmatismo" entendido como una forma de agencia, en relación a las decisiones morales y religiosas podría vincularse a cierto "sentido práctico" (Bourdieu, 1997) en sus prácticas reproductivas, también es una noción que puede dar cuenta de cierta estrategia para negociar los dilemas morales y religiosos frente a estas técnicas, donde las prácticas de las mujeres parecieran a primera vista desconectadas de las normas morales. Este aspecto, es relevante para comprender el papel de las normas religiosas, que en ocasiones pierden relevancia, en otras son reformuladas, y en otras constituyen un recurso cultural como sucede con la mayoría de las entrevistadas que se posicionaron de esta manera. Para otras entrevistadas, por el contrario esta instancia si tuvo una importante significación y se puso en juego una agencia moral y ética que se analizará a continuación.

El cruce estas experiencias reproductivas con lo religioso ha permitido analizar algunos aspectos que de otro modo son invisibilizados o aparecen señalados sólo como paradojas o contradicciones. Aún en un contexto de creciente disputa por la autonomía reproductiva de las mujeres, estas experiencias revelan por un lado la complejidad de la experiencia de lo religioso y espiritual en nuestras sociedades actuales, como su centralidad a la hora de analizar las decisiones sobre la sexualidad, la reproducción y la familia.

En este sentido, se propusieron algunas categorías que respondiendo a diversos debates en el campo de la sexualidad, reproducción y religión permiten hacer inteligibles las prácticas de las usuarias “creyentes”, quienes cada vez dan cuenta de su autonomía moral frente a la religión, pero sin embargo tanto usuarias religiosas como no religiosas, no descartan esta dimensión en sus prácticas reproductivas, como un recurso relevante. Particularmente las experiencias asociadas a la reproducción y la maternidad, revelan fuertes interconexiones con la religión en la cultura latinoamericana, donde la espiritualidad forma parte de la manera en que las TRHA se convierten en una “tecnología de la esperanza”, al decir de Sarah Franklin (Franklin, 1997; Rose, 2007).

Por último, poder analizar estas experiencias más allá del binarismo “agencia o sujeción” frente a la hegemonía de género, religiosa y médica, permiten comprender otras formas de agencia en las mujeres usuarias a diferentes niveles: interpretativos, prácticos, y que dan cuenta procesos gran creatividad y transformación a lo largo de sus biografías.

Capítulo 8. Conclusiones: desnaturalizando la naturaleza de la familia y la reproducción.

“En la medida en que el parentesco es pensado como una combinación de dominios sociales y naturales, y por lo tanto es el lugar de superposición entre ellos, el reconocimiento de un componente sin el otro siempre da pausa a las personas. Lo que es nuevo es la asistencia en ambos dominios. Los hechos naturales de la procreación están siendo asistidos por los avances tecnológicos y médicos. Los hechos sociales del reconocimiento del parentesco y la relacionalidad (relatedness) están siendo asistidos por la legislación. El parentesco es doblemente asistido. Hay un resultado mayor de esta doble asistencia porque le quita el concepto que hace del parentesco un dominio distintivo en sí. Hay muy poco para dar por sentado ahora.” (Strathern, 1992:20)

Como señala Marilyn Strathern (1992), y como bien indican su nombre, las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, traen como novedad la “asistencia” sobre un conjunto de dominios sociales centrales para las discusiones de la academia como para las luchas del feminismo.

La primera y más clara asistencia, que la nomina, es la asistencia a la reproducción “biológica” y que el dispositivo biomédico lo traduce bajo la promesa de la “reparación” de la infertilidad. Partir de esta noción, sin embargo, constituye un punto de arranque para la exclusión: las TRHA como tecnología de género (Lauretis, 1989c) se configuraron al servicio del sostenimiento de la familia entendida históricamente como un orden “natural”, bioconectada, heterosexual, garantía de la herencia y por todo ello depositaria de la reproducción del orden social.

Pero al mismo tiempo, como refiere Strathern, esta asistencia también supone una asistencia a lo social: ya no resulta claro qué es una familia, cómo se define, cómo regularla, porque las categorías “sociales” del parentesco perdieron su capacidad de nombrar con la eficacia que gozaron por largo tiempo.

La importancia que Schneider (1980) encontraba en la “sangre” y al afecto como elementos simbólicos para el parentesco euroamericano, continúa vigente en el valor

cultural que aún se le asigna simbólicamente a la biología como sostén “natural” de las relaciones familiares. Sin embargo, la asistencia de las TRHA, hace tambalear la estructura de poder que se creía cimentada en este “sostén natural”. La importancia de asistir a la familia “natural”, se basa en que la misma constituye la organización que en función de obligaciones morales, garantiza la reproducción biológica, cotidiana y social de sus miembros de forma gratuita (Jelin, 2010). De esta manera, como organización social reproductora de un orden social patriarcal, ha sido depositaria de la mediación de dos ámbitos artificialmente separados, lo público y lo privado, y se ha convertido en un agente socializador de la división sexual del trabajo. Esta división refuerza y garantiza la sujeción de las mujeres al ámbito de lo doméstico y los cuidados, sobre la base de la naturalización del lugar de las mujeres como reproductoras, gestantes, madres en la organización social.

Por todo ello, cuando se anuncia que las TRHA están asistiendo al parentesco y la familia, algunos sectores del feminismo lo traducen lógicamente como una asistencia al heteropatriarcado. Sin embargo, al indagar en la manera en que el poder opera en el campo biomédico, se advierte que esta relación de poder no puede ser tomada de forma lineal. La contracara de la asistencia a la familia y el parentesco, también supone que esta *naturaleza* de lo familiar no está dada de antemano. Si bien las TRHA no suponen una revolución del parentesco ni una desaparición de la institución familiar, sus efectos tampoco son unívocos: hay una búsqueda por la conformación de un vínculo familiar, pero este vínculo ha cambiado de contenido, las categorías del parentesco –madre, padre, gestante, cuidadora, donante- se han multiplicado, sin resultar claros los componentes de aquello a lo que antes era a claras luces una familia. Por todo ello, la deconstrucción de una idea conservadora de naturaleza, como sostén del orden heteropatriarcal, constituye un eje de análisis central que atraviesa esta investigación.

A continuación, se analizarán dos ejes que de forma transversal permiten recuperar los principales hallazgos de esta investigación. Para ello se retomarán algunos debates teóricos en articulación con lo trabajado empíricamente. El primer eje se vincula a la deconstrucción de una idea de naturaleza familiar y reproductiva, sostenida por el dispositivo médico, social y religioso. Este “orden natural”, que en el campo biomédico aparece asociado lo biológico y genético y la infertilidad, constituye el orden simbólico que sustenta y legitima a la familia heteropatriarcal y que conforma jerarquías y estratificaciones entre las familias. Para ello se

retomarán los principales sentidos que desde las experiencias de las usuarias de TRHA permiten comprender algunas fisuras de este orden natural “original”.

En una segunda instancia, se toma como otro eje transversal a los capítulos trabajados, la comprensión de las experiencias de las usuarias de las TRHA y su posibilidad de agencia en un campo biomédico que medicaliza la reproducción. Pensando desde las teorías feministas que plantean otras maneras de comprender e interpretar las relaciones de las usuarias con la tecnología reproductiva, así como recuperando los análisis de las experiencias de las usuarias en sus recorridos con el tratamiento, se analizarán las posibilidades de construir agencia en este espacio biomédico. Ello supone recuperar desde los relatos los diferentes modos de acción, las diferentes disposiciones y la reflexividad frente a los diferentes procesos del tratamiento. Todo ello ubica a las mujeres usuarias como agentes que en su búsqueda por maternar, toman decisiones que reproducen, transforman y disputan los sentidos sobre la reproducción, la religión, espiritualidad, la maternidad y la familia.

La deconstrucción de la naturaleza familiar

Si bien las TRHA prometen la conformación de una familia bioconectada, las múltiples maneras para conformar una familia, ya no dan por sentada un contenido homogéneo: no supone la heterosexualidad, no supone conyugalidad, no supone tampoco el binomio padre y madre. De alguna manera esta categoría ha sido puesta en duda, o al menos como se señalaba al principio, ha perdido su capacidad de nombrar un orden estable.

Retomando a Strathern, la “familia asistida”, ya no podría seguir siendo considerada en el orden de la naturaleza, como base material y previa a las relaciones sociales. La asistencia al parentesco, trae como ruptura la posibilidad de cuestionar la estructura heteropatriarcal que justifica las exclusiones de aquellos que no se adaptaban a la norma familiar ni social, o como refiere Butler, los abyectos del parentesco. Las TRHA como transformaciones tecnológicas, forman parte de los mecanismos que algunos sectores no incluidos en la familia “natural”, vehiculizan para conformar sus familias, impensados desde una ideología patriarcal y heteronormativa. Aquellas experiencias que se distancian de la norma del parentesco heteronormativo o bioconectado, tienen la potencialidad de producir transformaciones de sentido en el campo de las TRHA. Sin embargo aún las más cercanas al

modelo hegemónico, por estar orientadas en la búsqueda de la naturalidad, también producen dan fisuras no previstas a este orden natural familiar. Tomando lo analizado en el marco de esta investigación, se buscará reflexionar sobre la potencialidad de las diferentes experiencias de las TRHA para contribuir a la desnaturalización de la reproducción y la familia.

Como se identificaron a lo largo del capítulo cuatro, se advierten dos tipos de relatos que plantean una relación diferencial con la idea de una “naturaleza reproductiva” y la tecnología. Algunas usuarias, desde los llamados “relatos de reparación”, iniciaban su vinculación con las TRHA con el objeto de lograr la asistencia que les permitiera acceder a este orden familiar bioconectado. Aquí la medicalización de la reproducción, constituye una manera de dar respuesta a la ausencia de descendencia en aquellas parejas cis heterosexuales que buscaban un embarazo. Si bien las usuarias generalmente no se identificaban a sí mismas con la nominación patologizante de “infértiles”, su búsqueda se orientaba a la reparación de un orden natural mediante la asistencia de la tecnología reproductiva.

Así mismo, esta reparación exige por momentos un papel activo en esta resolución. En una sociedad que ofrece cada vez más herramientas que permiten extender el tiempo reproductivo y por lo tanto una mayor autonomía reproductiva, la ausencia de un embarazo buscado genera en las usuarias en relaciones sexo-afectivas heterosexuales, una necesidad a resolver en forma urgente la propia reproducción. Ello es así porque esta gestión de tiempo reproductivo exige frenar la incertidumbre ante una situación de infertilidad que como diagnóstico suele caracterizarse por su incertidumbre.

En estos casos, la infertilidad como estigma se manifiesta en la manera en que intersectan en estas experiencias el género y la edad, donde las usuarias son comparadas con la “edad de sus óvulos” y valoradas por en función de su eficacia reproductiva, y por lo tanto etiquetadas como “malas gestoras” de su reproducción. Sin embargo, a la vez que el orden patriarcal refuerza con el estigma el “orden natural reproductivo” este mandato en las mujeres no queda intacto, sino que se produce un proceso de reflexividad que supone una ruptura con la expectativa de fertilidad como característica intrínseca de las mujeres cis.

Esta relación supone una ruptura con la narrativa patriarcal que las categoriza como “infértiles”, permitiéndoles la gestión del tiempo reproductivo de otras maneras no

esperadas para la sociedad. Pero así también esta ruptura se produce repensando este mandato reproductivo, tal es el caso de una usuaria quien luego de un tratamiento prolongado sin resultados, relativizaba una idea central en la conformación subjetiva patriarcal: *“las mujeres no somos naturalmente fértiles”*, idea que culturalmente se transmite como una certeza. Ello genera una distancia con aquellos discursos patologizantes y culpabilizantes que las señalan como *“fallidas”*, *“irresponsables”* por dejar pasar el tiempo y ser *“demasiado grandes”*, por decidir la maternidad en determinadas condiciones personales y de pareja, o por priorizar su carrera y su educación. En consecuencia, esta instancia a la vez que las responsabiliza, también habilita la posibilidad de cuestionar a la reproducción como una característica esencial que las identifica como mujeres cis en una cultura patriarcal.

En cambio otra relación se genera con la tecnología y con el *“orden natural”* reproductivo, en aquellos relatos que se llamaron de *“simultaneidad”*, donde la decisión de acceso a las TRHA no aparece como resolución de un diagnóstico de infertilidad, sino que se constituye de forma conjunta con la posibilidad y decisión de maternar. Estos son los casos que, en lugar de ser exigidos en su reproducción, sus experiencias a priori resultan impensadas e imposibles sin la asistencia de las TRHA. En este sentido para estas usuarias, las TRHA constituyen una oportunidad ante un diagnóstico irreversible, como es el caso de aquellas mujeres donde no existía una expectativa de fertilidad, como el caso de una usuaria con una ligadura tubaria y el de otra con una enfermedad genética. Pero así también en estos relatos se identifican particularmente aquellas experiencias de usuarias disidentes de la heteronorma, como son los casos de la monoparentalidad elegida y la homoparentalidad. En los casos de parejas de lesbianas, la ruptura de la heteronorma, supone deconstruir la incompatibilidad de una sexualidad disidente con la maternidad. Del mismo modo, la posibilidad de pensarse como madres sin una pareja, fuera de la estructura conyugal nuclear, da cuenta de un proceso similar. Es así que el acceso a las TRHA acompaña estas rupturas con la norma familiar hegemónica, y supone para estos casos la condición de posibilidad para el acceso a sus proyectos de maternidad que no se vivencia desde un lugar patologizante.

Estas dos maneras de vincularse con la tecnología reproductiva, permiten comprender que más allá de que las TRHA fueron desarrolladas para la asistencia a la infertilidad, como

respuesta a la reproducción patológica, sus efectos son imprevistos y dan lugar a la aparición de otras conformaciones familiares y otros sentidos sobre la “naturaleza” reproductiva.

La experiencia de aquellas conformaciones no heteronormativas, no conyugales, como que se apartan del original familiar bioconectado por uso de gametos donados, o en aquellas experiencias de adopción, suponen una ganancia para todas las personas usuarias del campo biomédico porque disputan una mirada despatologizante sobre la reproducción y la maternidad, en su resistencia a la estigmatización. De esta manera, si bien en los “relatos de reparación” se advierten procesos de transformación frente a la idea de fertilidad como identidad femenina; los “relatos de simultaneidad”, permiten potenciar la ruptura de los primeros. Ello es así, porque como se indicaba con el nombre de la categoría, suponen de forma simultánea enfrentar de inicio las asunciones heteropatriarcales que subyacen en la decisión de conformar una familia, ante un dispositivo biomédico que patologiza la reproducción y problematiza la ausencia de hijos.

Los diferentes tipos de conformaciones familiares que el acceso a las TRHA dan lugar, más cercanas o alejadas del parentesco asociado al modelo “natural”, no tienen el mismo valor, ni gozan de la misma legitimidad en un espacio social heteronormativo. Por el contrario, dan cuenta de un conjunto de estratificaciones familiares que se conforman en función de un conjunto de intersecciones de género, sociales, raciales y culturales, que delimitan las fronteras de la familia que se considera natural y por tanto legítima, como se trabajó en el capítulo seis.

Esta estratificación se vuelve clara cuando tomando la propuesta de Judith Butler (2001) se identifica al parentesco heteronormativo bioconectado como el “original”, y ante el cual las demás conformaciones buscan ser reconocidas e inteligibles en el marco de este modelo (Brettschneider, 2006). Así lo señalaba una usuaria que antes de adoptar, prefería “agotar los caminos naturales”, donde las TRHA proponen soluciones intermedias. Así también aquellas usuarias que utilizaban gametos donados valoraban esta experiencia en comparación con la adopción, ya que la primera garantizaba la experiencia del embarazo, como un proceso más cercano a la procreación natural. Lo mismo sucede en las clínicas cuando se produce la selección del donante se busca el “parecido” a la una determinada receptora, lo que pone al descubierto los mecanismos raciales que atraviesan estas prácticas bajo la idea de naturaleza.

Sin embargo las TRHA a la vez que reproducen estas desigualdades, permiten poner de manifiesto que toda familia es siempre un proceso de construcción, su reproducción siempre resulta una “copia” de este “original”: ya sea por la ruptura de la heterosexualidad, por la ruptura de la conyugalidad, o por la “pérdida” de la bioconexión como sucede en las experiencias de personas que utilizan gametos donados o se constituyen en adoptantes. De alguna manera es posible pensar que existe una tensión no resulta en estas experiencias donde por momentos se devela el papel de la tecnología en la construcción de la familia y por otros momentos se oculta este carácter construido, dado que lo que sigue estando en juego es la legitimidad y los privilegios que promete formar parte de la “familia natural”.

La disputa por este reconocimiento en aquellas familias consideradas más distantes del “original familiar”, ha sido un motor político que formó parte de la ampliación de un conjunto derechos sexuales y reproductivos en Argentina, como fueron el Matrimonio Igualitario y la Ley de Identidad de Género, y que también se refleja en una legislación de acceso despatologizante y universalista a las TRHA. Esta regulación permitió en sus debates poner en discusión la naturalización de la familia y cuestionar los privilegios de unos pocos que por contar con recursos económicos o por responder al modelo heteronormativo, podían acceder en mayor medida a las TRHA.

En el campo de la reproducción asistida, y como se analizó en el capítulo dos, llegar a este carácter despatologizante y universal en la ley, implicó cuestionar un conjunto de argumentos que en el marco del debate legislativo se orientaban a una idea de naturaleza familiar y bioconectada. Gozaron de gran legitimidad en los debates aquellos argumentos familiaristas que ponían el foco en el “derecho a conformar una familia” y el “derecho a procrear”, en lugar de un derecho reproductivo de las personas. Así también, significó cuestionar cierto consenso sobre aquellos argumentos que basados en una idea de un “orden natural familiar”, bregaban por el acceso restringido: tanto quienes postulaban la noción heteronormativa de infertilidad propuesta por la OMS (Farji Neer, 2015), como aquellas posiciones que en consonancia con los dictados de la jerarquía religiosa católica se oponían a las TRHA, al defender la *familia natural* y en la preservación de los embriones producto de estas técnicas (Lucía Ariza, 2017; Irrazabal, 2012).

De alguna manera, las dificultades que en estos debates implicó el cuestionamiento de un orden heteronormativo y bioconectado del parentesco, para la conformación de una

política de salud, refleja cierta potencialidad en el debate de las TRHA, en ocasiones desaprovechada, a la hora de cuestionar la idea conservadora de naturaleza y las implicancias que esta tiene en las políticas sexuales y reproductivas.

Sin embargo, más allá de que se reconoce el acceso a las TRHA desde la ampliación de derechos reproductivos, este no ha sido un camino de llegada, las usuarias disidentes del parentesco bioconectado, heteronormado y conyugal, no escapan a ciertas formas de exclusión en las que continúa operando el campo biomédico. Como se analizó en el capítulo cuatro, aquellas conformaciones disidentes que se apartan de “original” familiar sufren un mayor control de parte de aquellos dispositivos biomédicos, como así también de los dispositivos psi, jurídicos y religiosos. Ello es así cuando se advierte que en las usuarias que usan ovodonación o en las experiencias de monoparentalidad, aparece el dispositivo psicológico como una manera de *dar cuenta* de esta reproducción que aunque posibilitada por las TRHA, precisa ser controlada, como movimientos contradictorios y ambivalentes. Son bienvenidas en cuanto usuarias, pero el paso por estos tratamientos supone un camino divergente, donde aún persisten un conjunto de intersticios institucionales que se resisten. Del mismo modo sucede con otras formas de regulación del campo biomédico. Como se analizó en el capítulo dos, persisten algunas exclusiones basadas en este orden natural como dan cuenta algunas modificaciones en las reglamentaciones y prácticas en el sector de la salud: introduciendo límites de acuerdo a la edad, o restringiendo la cobertura a aquellos los casos donde se prueba la “infertilidad” de una pareja, como sucede con algunas obras sociales en Córdoba.

Tanto las disputas como las resistencias para su acceso, forman parte de diferentes maneras en que se van delimitando las fronteras y jerarquías de este “orden natural familiar”. Sin embargo es posible encontrar en sus efectos paradójales las fisuras y microresistencias al poder: aunque orientadas a la reproducción del mandato de género más primigenio, es decir la reproducción biológica, también producen un conjunto de transformaciones en las propias experiencias que van más allá de las intenciones originales de este dispositivo biomédico.

Desde un análisis que entiende a la producción del género y el parentesco como parte del mismo proceso (Yanagisako & Collier, 1994), desnaturalizar la noción de familia, también supone desnaturalizar la noción de naturaleza. Desde las feministas de la segunda ola como

Firestone que pensaban que la eliminación de la división sexual podía dar lugar a una liberación utópica de las mujeres y su sexualidad, o como posteriormente Haraway (1999), Franklin (1997) y Preciado (2008), quienes comienzan a disputar la falsa dicotomía entre las tecnologías y de la naturaleza, constituyen aportes claves para cuestionar la idea de naturaleza. En contraposición a la existencia de “hechos naturales”, Donna Haraway plantea que la naturaleza es discursiva, donde las distinciones entre naturaleza y tecnología son entendidas como ficcionales. Así mismo, cuando Haraway propone la noción de cyborg, o cuando Paul Preciado señala que somos tecnocuerpos, también se rompe con una idea de naturaleza basada en el sexo como base material biológica y como un orden ajeno a la tecnología. Es así que, la idea de una naturaleza pura, comienza a ser una idea cada vez más borrosa con el advenimiento de la tecnología en áreas como la sexualidad y la reproducción. Desde las experiencias de las usuarias, esta desnaturalización supone analizar las nociones de biología y genética, donde se encuentran un conjunto de transformaciones que no se vinculan a la desaparición de lo biológico como relevante en la conformación familiar, sino a un cambio de sentido de esta categoría (Hayden, 1995). Como se analizó en el capítulo seis, entre los movimientos que se pueden advertir, aparece la multiplicación de *lo biológico como* multiplicación de esta “naturaleza”: *lo biológico* deja ser único, se reconoce lo biológico en la gestación, en la genética y en diversas conexiones corporales. Así como se identifica un “duelo” una “perdida” de una “herencia biológica familiar” se construyen otras formas de conexión que dan cuenta de esta plasticidad de aquello que previamente era considerado como una base estable del parentesco.

Así también sucede en las experiencias de usuarias que por el uso de gametas donadas, comienzan a relativizar el componente genético como definición de la conexión, y a brindarle mayor relevancia a la crianza. De la mano con este proceso se encuentran procesos que por la pérdida de la conexión genética comienzan a dar primacía a gestación, en procesos denominados como “uterización del vínculo” (Viera Cherro, 2012).

Esto supone romper con la naturaleza única y atender a las maneras que lo “biológico” y lo “genético” se desdoblan. Un caso que refleja este conjunto de experiencias, es el de una pareja de mujeres lesbianas donde una de ellas aporta su ovocito, como “madre genética” y otra se constituye en la “madre gestante”. Es así que ambas conservan algún tipo de conexión desde lo que se entiende como los “hechos naturales” del parentesco. Pero así

también en esta misma pareja, el cuerpo como soporte para la conexión materna muestra otras facetas, como sucede con la lactancia quienes se constituyen en madres no gestantes. Aquí, se encuentra una construcción relacional y afectiva que no puede ser encasillada ni como biológica ni desconectada de lo social, pero que da cuenta de las transformaciones de sentidos corporales y biológicos. Aquí el “orden natural” no queda intacto, pero a la vez es usado como un soporte para disputar legitimidad en un escenario heteronormativo que negaba sus maternidades a la hora de inscribir a su bebé.

La transformación de sentidos sobre los embriones y las gametas tampoco resultan ajenos a estos movimientos en las experiencias de las usuarias. El paso por este campo biomédico supone para las usuarias el aprendizaje de reconocer un conjunto de gradientes de “vida humana”. Como se trabajó en el capítulo cuatro, los embriones a su vez son valorados por las usuarias en función de un contexto que les da inteligibilidad: si es un embrión deseado, valioso, se preserva por su potencialidad para la reproducción, pero ello no se traduce necesariamente en una concepción del embrión como persona. En ocasiones la pérdida de un embarazo es vivido como “la pérdida de un hijo” por las usuarias por el investimento afectivo sobre este proceso que lleva a la subjetivización del embrión. Pero así también aparecen relatos de usuarias donde la pérdida de un embarazo, significa en el marco de ese contexto la confirmación de la fertilidad, en donde el eje se corre hacia las mujeres usuarias y no en el embrión.

Estas experiencias disímiles e interpretaciones múltiples de los procesos biológicos, también se relacionan con el hecho de que en el proceso de tratamiento con las TRHA, supone una relación cotidiana de los sujetos con estas sustancias biológicas antes sólo en manos de la autoridad médica. Así mismo, la falta de certezas y diversos sentidos jurídicos, éticos y culturales unívocos sobre estas sustancias dan cuenta de que lo que está en juego es un proceso de interpretación cultural, donde no sólo la medicina propone un lenguaje y una mirada hegemónica, sino que las usuarias también significan de forma diferencial, en contextos particulares y donde las sustancias “naturales-biológicas” comienzan a ser recontextualizadas.

Lo mismo se puede señalar frente al dispositivo de las tecnologías reproductivas de visualización. Algunas usuarias encuentran en la experiencia de realizarse una ecografía la posibilidad de conectarse con una gestación deseada, o la gestación de su pareja con sus

ovocitos fecundados. Pero así también se encuentran experiencias de usuarias que desconfían de la interpretación médica de una imagen como si fuera una fotografía, resistiéndose a las tempranas formas de subjetividad del feto, donde se evidencia la importancia de la interpretación cultural sobre estos procesos. Los diversos efectos de las tecnologías reproductivas y de visualización en las experiencias de las usuarias, permiten evidenciar la importancia de la interpretación de los sujetos para el acceso a lo biológico, que no está dado, que no es unívoco, como un proceso que habilita la deconstrucción de la categoría.

A la vez que se identifica un escenario que habilita una ruptura con las nociones de biología, familia y de maternidad hegemónicas, estos procesos también van de la mano con el desarrollo de nuevas formas de control de lo biológico. En las experiencias de las usuarias, una vez convertidas en gestantes, se manifiesta en la vigilancia excesiva sobre sus cuerpos, desde la sospecha por su capacidad como gestantes, reforzando el control y la responsabilización de las mujeres sobre la reproducción. Estos procesos se corresponden con lo que señala Sarah Franklin (2006) como las nuevas formas de control de lo biológico y de la sociedad, donde el *embrión cyborg* se convierte en el modelo deseable de lo biológico para el campo biomédico, porque constituye una biología confiable y controlable.

De la mano de estas nuevas formas de control biopolítico, así como la multiplicación de los sentidos de lo biológico permite su deconstrucción, también puede ser funcional a la mercantilización de las sustancias biológicas, ahora fragmentadas para su comercialización (Stolcke, 1986).

Ello supone para las usuarias poner al descubierto un trabajo reproductivo realizado de forma desigual, donde la experiencia de “poner el cuerpo” en el tratamiento, provoca cierta conciencia del valor del trabajo reproductivo realizado por otros sujetos, como el caso de los donantes de gametos. Así también se expresa en el valor diferencial que le asignan a lo biológico: no tiene el mismo valor para las usuarias el ovocito de una donante que el esperma donado, por el trabajo reproductivo que supone cada donación; no tienen los mismos sentidos para las usuarias pasar por un proceso donde los gametos han sido donados de forma altruista que el hecho de comprarlos en un banco de gametos, lo que evidencia para algunas un trabajo reproductivo mercantilizado.

Aunque la biomedicina ya no añora esta idea de lo natural en sus sentidos hegemónicos originales, si se generan nuevas formas hegemónicas de lo natural mediante los procesos de biologización, genetización, naturalización de la reproducción y la familia. Es por ello, que aún resulta preciso encontrar otras metáforas, modelos, lugares para pensar la naturaleza, donde la libertad reproductiva de unos sujetos no implique el control y dominación sobre otras personas en posiciones desiguales.

Si como señala Donna Haraway (1999) la naturaleza es un discurso, un tropos, un “lugar” pero que se encuentra en constante movimiento, este discurso puede ser cambiado, apropiado. Desde las experiencias de las usuarias, la idea de que la naturaleza no es solo apropiada por el poder capitalista y patriarcal, sino que puede ser fuente de construcción de otros vínculos y usado en favor de las sexualidades oprimidas, constituye otra vía que se abre dentro del pensamiento feminista desde donde es posible pensar microresistencias a este modelo (Lauretis, 1989c; Preciado, 2008).

Así mismo, otra vía de transformación, supone la posibilidad de descolonizar esta categoría de naturaleza (Torrano & Fischetti, 2018) que no escapa a la dominación imperial, neoliberal y reproductora de las desigualdades sociales. Como señalan Torrano & Fischetti, se hace preciso en una búsqueda de la naturaleza desde el “Buen Vivir” y *“no desde el logos europeo/norteamericano, sino crear un modo de vivir **con** la tecnología que no responda a la competencia, la dominación, el consumismo ni la devastación”* (Torrano & Fischetti, 2018:276)

La agencia de las usuarias de TRHA en un escenario heteropatriarcal

Un segundo eje que atraviesa esta investigación, se vincula a discusión sobre cómo interpretar la experiencia de las mujeres usuarias desde una perspectiva feminista, interesada en la ampliación de su autonomía sexual y reproductiva. Abordar las experiencias de las mujeres usuarias como agentes pasivos, inocentes e irreflexivos, reproductoras de un orden heteropatriarcal, supone perder de vista el privilegio de la mirada parcial de feminismo que permite revalorizar las experiencias de las mujeres para la construcción de conocimiento (D. J. Haraway, 1995).

Como se planteo desde diversas posiciones del feminismo, es posible identificar en la experiencia de las usuarias otras maneras de vincularse con las tecnologías reproductivas, que no son meramente opresivas y que supone pensar de otra manera las relaciones de poder. Ya sea para potenciar sus elecciones en un campo biomédico complejo (Frankin, 2009; Rapp, 1999) o para pensar sus formas de apropiación y subversión del poder biomédico y neoliberal (D. Haraway, 1984; Preciado, 2008) se pueden recuperar diferentes aportes que desde el feminismo permiten complejizar la mirada del poder, la tecnología y la reproducción.

Entendiendo que los relatos de las usuarias no constituyen los testimonios de feministas o activistas, sino que se tratan de narraciones de mujeres, como agentes reflexivas, que transmiten su experiencia desde la posición de usuarias del campo biomédico, es que se intentará comprender desde esta situacionalidad las posibilidades de agencia y transformación. En este sentido, el desafío del feminismo está en comprender otras formas de resistencia y transformación de las usuarias desde sus propios recursos simbólicos, sociales, políticos, presentes en sus experiencias biográficas que demuestran otras vías de reflexividad y autonomía. Esto implica, como señala Elaine Denny, comprender que las mujeres viven su infertilidad -o sus obstáculos para ser madres se podría agregar- *“lo mejor que pueden”*, *“la mayoría de ellas son bien conscientes de las presiones y constricciones que influyen sus decisiones, sin embargo, toman decisiones informadas”* (Denny, 1994: 78) [la traducción es propia]. Por ello las narraciones nos muestran a través de sus experiencias y recorridos, diversas transformaciones en sus biografías que da cuenta de los procesos de rupturas y continuidades sobre diferentes dimensiones sexuales, reproductivas, familiares y espirituales. Es por ello que como se analizó a lo largo de esta investigación existe una potencialidad en las microresistencias presentes en el tratamiento con las TRHA que captado por el relato biográfico, dan cuenta de este agenciamiento.

El tránsito por estos tratamientos supone la conciencia de las usuarias sobre la creciente medicalización de su reproducción, que ellas reconocen como diversas formas de “poner el cuerpo”: mediante la hormonización, las intervenciones y el continuo control corporal de sus cuerpos. Este aspecto es tolerado, resistido, en ocasiones negociado en el marco de una pareja, y en otras apropiado por las usuarias. No aparece como un trabajo reproductivo netamente opresivo sino más bien como un trabajo desigualmente distribuido

y controlado, como dan cuenta los diferentes relatos, desde diversas intersecciones. Como se trabajó en el capítulo tres, este cuerpo controlado, que en ocasiones se vive como ajeno, es también aquel tecnocuerpo sobre el que actúa la biomedicina. Como señalan los relatos, las usuarias entienden a sus cuerpos, como cuerpos que “aprenden” a ser fértiles con la hormonización, y que en ocasiones las propias usuarias aprenden a operar y “programar”, como señalan las experiencias donde las mujeres se autoadministran las hormonas y otros tratamientos en pos de sus objetivos reproductivos (Preciado, 2008).

De esta manera se reconoce que el dispositivo biomédico reinventa nuevas maneras de responsabilización bajo la exigencia la previsión y autogestión de las mujeres sobre su reproducción, pero al mismo tiempo estas formas de autogestión reproductiva en las usuarias dan lugar a resistencias y formas de acción.

Se advierten así, un conjunto de disposiciones y formas de agencia de las mujeres usuarias en este campo, que aparecen como disposiciones necesarias para habitar y conseguir que el tratamiento tenga los resultados buscados. Para comprender cómo se produce esta agencia, es preciso salir de la trampa analítica que sólo entiende como agencia a aquellas formas de resistencia o pasividad al poder (Mahmood, 2009). Una perspectiva que rompe este binarismo y permite hacer foco en las diferentes maneras en que las usuarias habitan estos espacios normados, supone siguiendo a De Lauretis (1989) encontrar las fisuras de este poder que opera como tecnología de género. De esta manera se identificaron en el marco de los relatos de las usuarias, otras formas de agenciamiento que desde otras perspectivas aparecen invisibilizadas.

Como se analizó en el capítulo cinco, el espacio biomédico exige de las usuarias de TRHA un conjunto de disposiciones que, en diferentes momentos, permiten accionar y hacer posible el tratamiento. De esta manera, el inicio del tratamiento demanda a las usuarias que puedan asumir un proceso sobre los que no tienen conocimientos, sin mayores cuestionamientos. Esto se corresponde con la llamada “agencia pragmática” que se orienta a resolver una necesidad, que supone en esa instancia inicial una reflexividad al nivel de la praxis (Pollack Petchesky, 1984) para la gestión del tiempo reproductivo. De esta manera las usuarias se dedicaban a seguir las indicaciones médicas, sin cuestionar y de forma práctica, como señalaban algunas usuarias realizaban lo demandado por la medicina como “autómatas” y sin mayores dilemas. Esta disposición va acompañada en su inicio, con la

llamada “agencia dócil” (Orit Avishai, 2008), como una forma de transitar el malestar físico, la invasión corporal y el malestar. Esto se corresponde con en algunos momentos la biomedicina espera que las usuarias se dispongan como pacientes, pero no necesariamente de forma pasiva. Se les exige que desarrollen una resistencia y acostumbamiento al dolor y los tratamientos, como aprendizaje que les permite pasar por una experiencia, que en ocasiones se repite en sucesivos intentos. Por ello, algunas usuarias relatan cómo en el marco del tratamiento aprenden a autoadministrarse las hormonas, superando fobias a las inyecciones frente al objetivo de quedar embarazadas, como un aprendizaje de autocontrol de sí mismas, como señala Preciado.

Este autocontrol, va de la mano con otras formas de control de las emociones, que durante el tránsito del tratamiento se vuelve un aspecto central para su sostenimiento. En ocasiones una inadecuada gestión de las emociones puede llevar a que las usuarias sean culpabilizadas cuando un tratamiento no funciona. Para ello las usuarias, desarrollan diversas estrategias de fragmentación corporal, donde disocian el dolor físico del emocional. De aquí que las usuarias señalen que no temen “poner el cuerpo”, pero sí “la cabeza”, que es lo que mayor malestar genera durante el proceso. Pero así mismo ello supone una resistencia a la estigmatización, porque es preferible que el cuerpo –como un tercero- sea el infértil y el que se entiende puede ser asistido por la medicina, y no la propia persona, identificada con las emociones. Es así que algunas usuarias, estratégicamente asumen este diagnóstico estigmatizante como una identidad estratégica que les permite resolver una condición que se entiende a nivel orgánico.

Habiendo atravesado por estos procesos de aprendizaje de la gestión de la reproducción mediante el tratamiento, algunas usuarias se atreven a cuestionar la autoridad médica, ya sea posicionándose como usuarias de un sistema de salud o como consumidoras de una prestación médica, que no sólo supone formas de control sino que posibilita la formación de una plataforma de ciudadanía biológica, como señala Rose (2007). Las llamadas “migraciones” entre clínicas y prestadores médicos, como otra forma de tomar el control y agenciar el tratamiento de parte de las usuarias, constituye una forma de gestionar y cuestionar el trato recibido en los centros. Ello suele suceder cuando ante el malestar vivido, se deja de consumir el servicio de salud, por disconformidad de la usuaria. Así mismo otras usuarias desarrollaron “estrategias múltiples” cuando, avanzado el proceso de

tratamiento, comienzan a desmitificar algunas promesas de simplicidad y rapidez que ofrecía el campo biomédico, comenzando al mismo tiempo el trámite para ser adoptantes como otra posibilidad para acceder a la maternidad.

Así mismo durante el tratamiento, se advierte como forma de agencia la apropiación del lenguaje médico, el cual es aprendido como una manera de tomar el control del tratamiento. Vinculado a ello, también aparece como una forma de gestionar las emociones ante un proceso desconocido que genera expectativas poco realistas cuando no se lo comprende técnicamente. La contracara de esta forma de agencia, es que las usuarias comienzan a incorporar un lenguaje médico estigmatizante para con ellas, como sucede cuando e sus discursos ellas mismas comparan su edad con la “calidad de los óvulos”, incorporado la mirada eficientista propia de la lógica biomédica.

Por último, estas mismas usuarias que durante el inicio del proceso, vivieron con docilidad y pragmatismo el tratamiento, luego de haber aprendido el lenguaje, comparado su experiencia y estando su posibilidad de ser madres en juego, es que se encuentran algunas fisuras que pueden llamarse como “agencias cuestionadoras”. Es así que las usuarias ocultan tratamientos paralelos, ponen en discusión la autoridad médica y se desplazan del lugar de “paciente”. Otras formas de agencia, se advierten cuando las mujeres usuarias identificadas como parte de un colectivo, como ciudadanas biológicas, gestionan diversas maneras de acompañamiento, donde el dispositivo grupal constituye una estrategia para resolver esta necesidad. Así también desde el lugar individual, aparece la disputa por la cobertura de su tratamiento desde la posición de usuarias, como una manera de gestionar sus recursos y su tiempo para llevar a cabo el trabajo reproductivo, como se trabajó en el capítulo cinco.

Otro aspecto que se manifiesta como una forma de agencia de las usuarias, supone advertir que este campo biomédico se encuentra atravesado por posiciones morales y religiosas que en general se oponen a su práctica, como se analizo en el capítulo siete. Este agenciamiento se expresa en procesos de autonomía reproductiva e interpretativa aún cuando la propia religión de pertenencia condene la práctica de las TRHA por una ruptura con el “orden natural”. Así mismo se advierte que frente a este proceso de oposición religiosa, se produce procesos de integración de cosmovisiones que parecieran incompatibles a nivel normativo, pero no así en las experiencias reproductivas de las

usuarias: se puede creer en la tecnología reproductiva y en la religión, se puede creer en la Pachamama y ser católica, se puede ser católica y realizar biodecodificación como experiencias múltiples.

Ello se conecta con otro aspecto que surge de los relatos, vinculado a la importancia que la práctica religiosa y espiritual, como un recurso que forma parte de la agencia de las usuarias para sostener el tratamiento. Tanto quienes se identificaron como religiosas, como así también ateas, se encontraron en el marco del tratamiento y la maternidad, con diferentes conexiones espirituales y religiosas que les permitieron sobrellevar la experiencia. Tanto rezar, practicar yoga o la experiencia de “conexión con los muertos”, se constituyen en recursos que orientan y apuntalan las decisiones de las usuarias.

La complejidad de las decisiones que las usuarias deben hacer frente en los tratamientos superan ampliamente algunas de estas dimensiones, por lo que no es casual que discursos religiosos, éticos, médicos, patriarcales, en ocasiones sean convergentes y en otras ocasiones se encuentren en tensión, lo que también da lugar que aquellas resistencias micropolíticas. Cuando se analiza su “agencia moral” es posible dilucidar cómo las usuarias accionan frente a decisiones concretas en escenarios complejos, donde las definiciones de la vida, persona, estatus del embrión, no son claros y donde las regulaciones de estos procedimientos son borrosas. Así también en decisiones que involucran un entramado de actores, médicos, las personas donantes, las obras sociales, y las propias usuarias con su salud en juego. Si entendemos que la religión y la medicina se configuran en tecnologías de género (Lauretis, 1989c) que generan efectos en los cuerpos y las subjetividades, no se puede negar que las mujeres usuarias de TRHA también encuentran fisuras a estas formas de opresión.

Así también estas fisuras se advierten cuando, en el marco de estos tratamientos, las usuarias dan cuenta de una creciente reflexividad ante el objetivo de ser madres, repensando el objetivo inicial que las llevó a comenzar un tratamiento. No aparece en las experiencias recabadas una total conformidad con la ideología patriarcal a la hora de pensar la maternidad: en ocasiones se distancian o se acercan a este ideal normativo materno como un lugar socialmente idealizado en la cultura patriarcal. Por ello, como se analizó en el capítulo tres, las experiencias de las usuarias dan cuenta de diferentes formas de pensar las maternidades, el cuidado y las relaciones familiares, como experiencias que proponen

diferentes acentos sobre la maternidad. Encontramos experiencias que desde nociones más esencialistas se acercaban más a la idea de mujer-madre como la manera legítima de habitar la maternidad. El personaje de “Susanita” del humorista gráfico Quino, resulta un espejo mediante el cual algunas usuarias nombraban en sus relatos a la norma patriarcal de la maternidad como identidad femenina, ante el cual se acercaban y se distanciaban para hablar de sus experiencias, como una forma de deconstruir el mandato materno. Aún aquellas usuarias que mayor conformidad mostraban respecto al mandato de la maternidad como orden natural femenino, reconocían que su determinación por ser madres era individual, y no una característica innata de las mujeres.

Pero así mismo se advierten otras experiencias que desde la idea de la performatividad del vínculo materno, entendían a la maternidad como un hacer. Para ella el eje de su búsqueda está en cuidar, como verbo, y no en la identidad social de “madres”. Las mayores rupturas se vinculan a las experiencias de mujeres lesbianas, donde el deseo de ser madres se había construido orientado al deseo de cuidar un hijo por sobre la identidad materna y la capacidad biológica: allí la ruptura con la heteronorma forma parte de esta desnaturalización de la maternidad.

Así como se pudo comprender desde las experiencias de las usuarias de TRHA que no es unívoca la relación de las personas con la tecnología reproductiva, como tampoco es homogéneo el vínculo con el mandato materno. Estas rupturas también se producen en las resignificaciones y en las apropiaciones de los términos que históricamente han sido naturalizados: la maternidad, la reproducción, la familia, el cuerpo y la biología misma, es allí donde la agencia de las usuarias es central para comprender las fisuras posibles al heteropatriarcado. Parafraseando a Adrienne Rich (1995) cuando ella señala que no es la maternidad la opresora sino el patriarcado, puede pensarse lo mismo con las TRHA: no son las TRHA, sino el heteropatriarcado en el marco de una sociedad neoliberal, que medicaliza los cuerpos y las identidades, el que hay que disputar.

Como dan cuenta las diversas formas de agencia, se encuentran experiencias que transitan entre la conformidad y la transformación, que se resisten con la patologización de su reproducción pero a la vez se identifican desde la posición de infértiles como identidades estratégicas; que sobrellevan los tratamientos pero eligen sostenerlos con el objetivo de ser madres; que buscan conformar una familia pero cambian de contenido sus categorías, que

desean preservar la bioconexión pero modifican el sentido de lo biológico, dando cuenta de relatos atravesados por experiencias ambivalentes pero transformadoras. De esta manera, recuperar las experiencias de las personas usuarias permite dar cuenta de una creatividad no prevista a la hora socavar el “orden natural”, y puede ser un aporte que contribuya a desarmar el andamiaje sobre el que se basan la lógica heteropatriarcal y neoliberal.

El estudio de las TRHA como dispositivo biomédico, permite descifrar algunas de las maneras en que una sociedad desigual reproduce estratificaciones en áreas como el parentesco y la reproducción y que son claves para la perpetuación de un orden social heteropatriarcal. En definitiva, se encuentra al centro de estas rupturas, la disputa por la idea de naturaleza como noción sobre la cual convergen un conjunto de desigualdades y estratificaciones. Evidenciar los mecanismos a través de los cuales se contribuye a esta reproducción de este “orden natural”, también permite identificar sus articulaciones con otras formas de opresión racial, religiosa, social, económica, que en ocasiones se articulan y en otras dan lugar a procesos de fisuras.

Como señala Elaine Denny citando a Warren (1988) *“no es la existencia de las tecnologías reproductivas la que evita que las mujeres tengan mayor control sobre la reproducción, más bien la desigualdad social, económica y política* (Denny, 1994: 78). De esta manera el aporte académico y político del feminismo también puede contribuir a que las personas se apropien, elijan autónomamente y disputen las lógicas heteropatriarcales y neoliberales que atraviesan el campo biomédico.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Olmos, A. L. (2015). "VENID A MI TODOS LOS AFLIGIDOS". SALUD, ENFERMEDAD Y RITUALES DE SANACIÓN EN EL MOVIMIENTO CATÓLICO CARISMÁTICO DEL PADRE IGNACIO. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, 22, 52–70.
- Ammerman, N. T. (2013). Spiritual But Not Religious? Beyond Binary. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(2), 258–278.
- Ammerman, N. T. (2014). *Sacred Stories, Spiritual Tribes. Finding religion in everyday life*. Oxford University Press. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Arfuch, L., Catanzaro, G., Corí, P. Di, Silvestri, G., Sabsay, L., Pecheny, M., & Robin, R. (2005). *Identidades, sujetos y subjetividades*.
- 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.
- Ariza, L. (2015). Keeping Up Appearances in the Argentine Fertility Clinic . Making Kinship Visible through Race in Donor Conception, 6(1), 5–31.
- Ariza, L. (2016). 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. <http://doi.org/10.18294/sc.2016.789>
- Ariza, L. (2017). Informada, esperanzada, dudosa. Una etnografía virtual de la participación de foro argentino de ovodonación. *Cuadernos de Antropología Social*, 45, 71–92.
- Ariza, L. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: análisis del debate parlamentario. *Dossiê: Conservadorismo, Direitos, Moralidades e Violência*, (50). <http://doi.org/10.1590/18094449201700500005>
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393–404. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>
- Avishai, O. (2008). "Doing Religion" In a Secular World: Women in Conservative Religions and the Question of Agency. *Gender & Society*, 22(4), 409–433. <http://doi.org/10.1177/0891243208321019>
- Avishai, O. (2008). "Doing Religion" In a Secular World. *Gender & Society*, 22(4), 409–

433. <http://doi.org/10.1177/0891243208321019>

Beck, U. (1992). *Risk society; towards a new modernity*. London ; Newbury Park,: Sage Publications.

Bento, B. (2012). A família Bettencourt ..., 40.

Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: Entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social*, 18(1), 83–95.

Blázquez-Rodríguez, M. (2005). Aproximación a La Antropología De La Reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1–25.

Bourdieu, P. (1997). El Espíritu de familia. En *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. (Anagrama). Barcelona.

Brettschneider, M. (2006). *Family Flamboyant : Race Politics, Queer Families, Jewish Lives* (State Univ).

Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*.

<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Butler, J. (2001). *El grito de Antígona*. Apertura (Vol. 1ª).

Butler, J. (2002). Is Kinship Always Already Heterosexual? *Differences*, 13(1), 14–44.
<http://doi.org/10.1215/10407391-13-1-14>

Butler, J. (2006). *Bodies That Matter: On the Disursive Limits of Sex*. *Social Studies of Science* (Vol. 36). <http://doi.org/10.1177/0306312706056409>

Cahill Sowle, L. (1996). *Sex, gender, and Christian ethics*. New York: Cambridge University Press.

Canessa, A. (2008). “El sexo y el ciudadano: Barbies y reinas de belleza en la era de Evo Morales”. En *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (pp. 69–104). Universidad del Valle, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Carbonelli, M., & Griera, M. (1999). Religión y políticas públicas en Políticas públicas y religión : arreglos , continuidades y tensiones, XXVI(2016), 155–162.

Chatel, M., & Cohen, A. (2004). Infertilidad , medicina y deseo. *Debate Feminista*, 30(Octubre), 185–245. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/42624841>

Cherro, V. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos.

- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender* (University).
- Colen, S. (1995). Like a mother to them. En F. Gynsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new word order. The global politics of reproduction* (pp. 78–102). University California Press.
- Conde, I. (1994). “Falar da Vida (II)”. *Revista Sociologia. Problemas e Práticas*, N° 16.
- Conklin, B. A., & Morgan, L. M. (1996). Babies, Bodies and the production of Personhood in North América and Native Amazonian Society. *Ethos* 24, 657–694.
- Corea, G. (1985). *The Mother Machine: reproductive technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. (New York:).
- Cosse, I. (2007). Relaciones de pareja a mediados de siglo en las representaciones de la radio porteña: entre sueños románticos y visos de realidad. *Estudios Sociológicos*, 25(73), 131–154.
- Cripps, Y. (1985). A Question of Life: The Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology. By Warnock Lady Mary. *The Cambridge Law Journal* 44(03), 507–509.
- Crowe, C. (1985). “Women want it”: In-vitro fertilization and women’s motivations for participation. *Women’s Studies International Forum*, 8(6), 547–552.
[http://doi.org/10.1016/0277-5395\(85\)90092-5](http://doi.org/10.1016/0277-5395(85)90092-5)
- Cutas, D., & Smajdor, A. (2017). The moral status of the (nuclear) family, *11*, 5–15.
- Czarnecki, D. (2012). Moral Women, Immoral Technologies: How Devout Women Negotiate Maternal Desires, Religion, and Assisted Reproductive Technologies. *Gender & Society*, 29(5), 716–742. <http://doi.org/10.1177/0891243215591504>
- Davis Floyd, R. E. (1987). Obstetric Training As a Rite of Passage. *Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society*, 1(Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly,), 288–318.
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo. Los hechos y los mitos. La experiencia vivida*. (Siglo XX). Buenos Aires, Argentina.
- Denny, E. (1994). Liberation or oppression? radical feminism and in vitro fertilisation. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 62–80. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347010>
- Dias Duarte, L. F. (2009). Família, Moralidade e Religião: tensões contrastivas contemporâneas à busca de um modelo. En *Gerações, família, sexualidade*. (Editora Se).

Dillon, M. (1996). Cultural Differences in the Abortion Discourse of the Catholic Church: Evidence from Four Countries. *Sociology of Religion*, 57(1), 25. <http://doi.org/10.2307/3712002>

Dillon, M. (1999). *Catholic Identity. Balancing Reason, Faith, and Power*. Cambridge University Press.

Dillon, M. (2001). Pierre Bourdieu , Religion , and Cultural Production, 1(4), 411–429.

Duarte, L. F. D., Jabor, J. de M., Gomes, E. C., & Luna, N. (2008). Family, Reproduction and Religious Ethos in Brazil. Subjectivism and Naturalism as Structuring Values. *Archives de sciences sociales des religions*, 53(142), 113–130. <http://doi.org/10.2307/30116918>

Farji Neer, A. (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. <http://doi.org/10.18294/sc.2015.721>

Faúndes, J. M. M., & Ruata, M. C. S. (2012). *Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*.

Felitti, K., & Irrazábal, G. (2018). Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires*. *Revista de Estudios Sociales*, 67(3), 58–70. <http://doi.org/10.7440/res64.2018.10>

Fernandez Pujana, I. (2014). “Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad”.

Firestone, S. (2003). *The dialectic of sex: The case for feminist revolution*. Farrar, Straus and Giroux.

Fisher, A. M. (2013). The journey of gestational surrogacy: religion, spirituality and assisted reproductive technologies. *International Journal of Children’s Spirituality*, 18(July 2013), 1–12. <http://doi.org/10.1080/1364436X.2013.801831>

Fonseca, C. (2008). Homoparentalidad: novas luzes sobre o parentesco. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 769–783. <http://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300003>

Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. (Siglo XXI).

Frankin, S. (2009). Transbiology: A Feminist Cultural Account of Being After IVF. *Critical conceptions: technology, Justice, and the global reproductive market*. Barnard U.

Franklin, S. (1997). *Embodied Progress*. (Routledge.). London.

Franklin, S. (2006). The Cyborg Embryo: Our Path to Transbiology. *Theory, Culture & Society*, 23(7–8), 167–187. <http://doi.org/10.1177/0263276406069230>

Fraser, N. (1989). La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío.

Fuist, T. N. (2016). "It Just Always Seemed Like it Wasn't a Big Deal, Yet I Know for Some People They Really Struggle with It": LGBT Religious Identities in Context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(4), 770–786. <http://doi.org/10.1111/jssr.12291>

Galeazzo, F. (2015). " Acerca de la equiparación de las familias y la compensación económica , en el Código Civil y Comercial de la Nación "

Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de a maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En O. M. Tarducci. (Ed.), *Maternidades en el siglo XXI*. (Editorial, pp. 29–59).

Giddens, A. (1987). Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativas, 195.

Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*.

Giddens, A. (1997). Modernidad e identidad del Yo. <http://doi.org/79651473>

Giménez Béliveau, V., & Irrazábal, G. (2008). Católicos en Argentina: hacia una interpretación de su diversidad. *Sociedad y Religión*, XII(2010), 1969–1970.

Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila A., O. E. C. R. y M. A. (2000). *Estrategias de reproducción cotidiana en el espacio social familiar. Informe de investigación*.

Gonzalez, Cristina y Nucci, N. (2005). Enseñar a intervenir con familias. *Revista Escenarios*, 9(Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. ESPACIO Editorial.), 21–27.

Gonzalez C., Nucci, N., Soldevila A., O. E. y C. R. (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar. Informe de investigación* .

Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila, A., Ortolanis, E., Crosetto, R., & Miani, A. M. (2004). "Políticas sociales y familia: La familia como objeto de las políticas asistenciales". (Informe de). Córdoba.

Gual Martí, A. (2011). *Maternidad Y Técnicas De Reproducción Asistida* :

Haraway, D. (1984). Manifiesto Ciborg. *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reivindicación de*

la naturaleza, 251–311. Recuperado a partir de http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

Haraway, D. J. (1995). Conocimientos situados: la cuestión en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Ciencia, cyborgs y mujeres. la reinención de la naturaleza.*, 313–346.

Haraway, D. J. (1999). Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/ble. *Política y Sociedad*, 30.

Hayden, C. P. (1995). Gender, genetics and generation: reformulating biology in lesbian kinship. *Cultural Anthropology*, 10(1), 41–63. <http://doi.org/10.1002/9780470775981.ch7>

Hayden, C. P. (2008). Gender, Genetics, and Generation: Reformulating Biology in Lesbian Kinship. En *Same-Sex Cultures and Sexualities: An Anthropological Reader* (pp. 116–137). <http://doi.org/10.1002/9780470775981.ch7>

Irigaray, L. (1993). *An Ethics of Sexual Difference*. Recuperado a partir de <http://books.google.com/books?id=gq8xy9kHQk4C&pgis=1>

Irrazabal, M. G. (2012). *Bioética y Catolicismo. Entrenamiento e intervenciones públicas desde la bioética personalista en Argentina (1999- 2012)*. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.

Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. (CEDES, Ed.).

Jelin, E. (2010). Pan y afectos.

Jennings, P. K. (2010). "God Had Something Else in Mind": Family, Religion, and Infertility. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39(2), 215–237. <http://doi.org/10.1177/0891241609342432>

Jociles, M. I., Rivas, A. M., Moncó, B., Villamil, F., & Díaz, P. (2008). Una reflexión crítica sobre la monoparentalidad: el caso de las madres solteras por elección. *Portularia*, 8, 265–274. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2797266>

Jociles Rubio, M. I., & Villaamil Pérez, F. (2012). Madres Solteras Por Elección: Representaciones Sobre La Fecundación Sexual Como Vía De Acceso a La Maternidad. *Chungará (Arica)*, 44(4), 717–731. <http://doi.org/10.4067/S0717-73562012000400012>

José Manuel Morán, F., & María Angélica Peñas, D. (2013). ¿Defensores de la vida? ¿De cuál "vida"? un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica

contra el aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 10–36.

Kaufman, S. R., & Morgan, L. M. (2005). The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life. <http://doi.org/10.1146/annurev.anthro.34.081804.120452>

Lamas, M., & Antrop, D. (2014). Ensayo Entre el estigma y la ley . La interrupción legal del embarazo en el DF, 56(1).

Lauretis, T. De. (1989a). La esencia del triangulo o tomarse en serio el riesgo del esencialismo: teoria feminista en Italia, los E.U.A. y Gran Bretaña. *Debate Feminista*, 1(2).

Lauretis, T. De. (1989b). La tecnología del género. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, 6–34.

Lauretis, T. De. (1989c). La tecnología del género. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, 6–34.

Libson, M. C. (2012). Parentalidades gays y lesbianas : los cambios de relato, 309–317.

Luna, F. (2008). *Reproduccion asistida, genero y derechos humanos en America Latina*.

Luna, N. (2001). Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 389–413. <http://doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200005>

Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(2), 395–417. <http://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200009>

M. V., F. (2012). El derecho a la identidad del hijo concebido mediante técnicas de reproducción humana asistida en el Proyecto de Código Civil y Comercial de la Nación. *LECCIONES*, 171.

Madies, C. (2013). Nueva ley argentina de reproducción médicamente asistida - limitaciones y nuevos desafíos, 88–97.

Maffía, D. (2005). El contrato moral. En E. y M. Carrió (Ed.), *Búsquedas de sentido para una nueva política*, (Paidós). Buenos Aires.

Mahmood, S. (2001). Feminist Theory, Embodiment, and the Docile Agent: Some Reflections on the Egyptian Islamic Revival. *Cultural Anthropology*, 16(2), 202–236. <http://doi.org/10.1525/can.2001.16.2.202>

Mahmood, S. (2008). *Politics of Piety: The Islamic Revival and the Feminist Subject* by Saba Mahmood. *PoLAR: Political & Legal Anthropology Review* (Vol. 31). http://doi.org/10.1111/j.1555-2934.2008.00027_2.x

- Mahmood, S. (2009). Agency, performativity and the feminist subject. *Pieties and Gender*, 9, 13. <http://doi.org/10.1177/0308275X0002000105>
- Mahmood, S. (2013). Women ' s Agency within Feminist Historiography, *84*(4), 573–579.
- Mallimaci, F., & Béliveau, V. G. (2007). Creencias e increencia en el Cono Sur de América. Entre la religiosidad difusa, la pluralización del campo religioso y las relaciones con lo público y lo político. (Spanish). *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 44–63.
- Margulis, M., Urresti, M., & Lewin, H. (2007). *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural* (Editorial).
- Martin, E. (2001). *The Woman in the body. A Cultural Análisis of Reproduction* (Beacon Pre).
- Meccia, E. (2013). Subjetividades en el puente . El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad, 38–51.
- Mies, M., & Shiva, V. (1998). *La Praxis Del Ecofeminismo. Biotecnología Consumo y Reproduccion*. Icaria Antrazyt. Mujeres, voes y propuestas.
- Morán Faúndes, J. M. (2014). LA VALORACIÓN DE LA VIDA, LA SUBJETIVACIÓN DEL EMBRIÓN Y EL DEBATE SOBRE EL ABORTO: APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA. (Spanish). *The value of life, the embryo subjectivity and the debate about abortion: contributions from a critical perspective. (English)*, 20(2), 151–157.
- Moreno Figueroa, M. (2008). Negociando la pertenencia: Familia y mestizaje en México en Raza, Etnicidad y Sexualidades: Ciudadanía y Multiculturalismo en América Latina, 1–25.
- Ortolanis, E. (2017). Familia, roles, funciones y después. Apuntes para una revisión necesaria. *Entre líneas. Dossier: derecho del trabajo y reforma laboral.*, 103–112.
- Pecheny, M., & De La Dehesa, R. (2011). Sexualidades y políticas en America Latina: un esbozo para la discusión. *Sexualidade e política na América Latina: Histórias, interseções, e paradoxos*, 31–79. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pecheny, M., Jones, D., & Ariza, L. (2016). Sexual Politics and Religious Actors in Argentina. *Religion & Gender*, 6(2), 205–225. <http://doi.org/10.18352/rg.10155>
- Peralta, M. L. (2010). Lesbianas madres: deseo, tecnología y existencia lesbiana.
- Petchesky, R. P. (1987). Fetal Images : The Power of Visual Culture in the Politics of

Reproduction. *Feminist studies*, 13(2), 263–292. <http://doi.org/10.2307/3177802>

Pollack Petchesky, R. (1984). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality, and Reproductive Freedom*. Northeastern University Press (Vol. Revised Ed).

<http://doi.org/10.2307/2070404>

Poveda, D., Rubio, M. I. J., & Rivas, A. M. (2011). Monoparentalidad por elección: Procesos de socialización de los hijos/as en un modelo familiar no convencional. *Athenea Digital*, 11(2), 133–154. <http://doi.org/10.5565/rev/athenead/v11n2.835>

Preciado, B. P. (2008). *Testo Yonqui*. (E. Calpe, Ed.). Madrid.

Ramírez-gálvez, M. C. (2003). *Novas Tecnologías Reproductivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Departamento de Ciencias Sociais.

Rapp, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America (Anthropology of Everyday Life)* (Routledge).

Rapp, R. (2001). Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 466–477. <http://doi.org/10.1525/maq.2001.15.4.466>

Rapp, R. (2007). Real-time fetus: the role of the sonogram in the age of monitored reproduction. En J. F. Arjun Appadurai, Jean Comarof (Ed.), *Beyond the body proper. Reading the Anthropology of Material Life*. (Duke Unive, pp. 608–622). Durhan and London.

Raymond, J. (1994). *Women as Wombs. Reproductive Technologies and the Battle Over Women's Freedom*. (S. Press, Ed.).

Rich, A. (1995). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution* (WW Norton).

Rodríguez Iturburu, M. (2016). “El anonimato del donante en las técnicas de reproducción asistida. Sistema adoptado por el Código Civil y Comercial”.

Rose, N. (2007). *The Politics of life it self. Biomedicine, Power and Subjetivity in the Twenty First Century*. (Princeton).

Rostagnol, S. (2006). Lugares y Sentidos del Aborto Voluntario: un diálogo con la bioética. *Perspectivas Bioéticas, Año 11 Núm*, 1–16.

Rostagnol, S. (2012). De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (12), 198–223. <http://doi.org/10.1590/S1984-64872012000600009>

Salem, T. (1997). AS NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS : O ESTATUTO DO EMBRIÃO E A NOÇÃO DE PESSOA, 3(1), 75–94.

Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra revista de estudios de género y feminista*, 7, 169–183.

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, P. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO COLECCION CAMPUS VIRTUAL.

Schenider, D. M. (1980). *American kinship: A cultural account*. University of Chicago Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Schenker, J. G. (1987). Jewish ethical perspectives on human reproduction. *Gynecological Endocrinology*, 1(4). <http://doi.org/10.3109/09513598709082712>

Schenker, J. G. (2000a). Women's reproductive health: Monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.*, 70(1), 77–86. [http://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0020-7292\(00\)00225-3](http://doi.org/http://doi.org/10.1016/S0020-7292(00)00225-3)

Schenker, J. G. (2000b). Women's reproductive health: Monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 70(1), 77–86. [http://doi.org/10.1016/S0020-7292\(00\)00225-3](http://doi.org/10.1016/S0020-7292(00)00225-3)

Schneider, D. (1969). Kinship, nationality, and religion in American culture: Toward a definition of kinship. *Forms of symbolic action*, 116–124.

Segato, I., Laura, R., Nación, L., & Buenos, O. (2007). (en Segato, Rita Laura:

Stolcke, V. (1986). New Reproductive Technologies - Same Old Fatherhood. *Critique of Anthropology*, 6(3), 5–31. <http://doi.org/10.1177/0308275X8600600302>

Stolcke, V. (2010). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Textos de Antropología Contemporánea*, 315–348.

Strathern, M. (1987). An Awkward Relationships; The Case of Feminism and Anthropology. *Signs*, 12(2), 276–292.

Strathern, M. (1992a). After nature: English kinship in the late twentieth century. *Lewis Henry Morgan lectures 1989, 1989(3)*, 240. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491436>

Strathern, M. (1992b). *Reproducing the future. Antropology, Kinship, New reproductive technologies*. (Manchester).

Strathern, M. (1995). Necessidade De Pais, Necessidade De Mães. *Estudos Feministas*,

(2), 303–329.

Strathern, M. (1996). ¿Habilitar la identidad? Biología, elección y nuevas tecnologías reproductivas. En *Cuestiones de identidad cultural* (Aморrortu, pp. 69–93). Buenos Aires-Madrid.

Strathern, M. (2005). *Kinship, Law and the Unexpected. Nature*.
<http://doi.org/10.1017/CBO9780511614514>

Strathern, M. (2009). A Antropologia e o advento da Fertilização In Vitro no Reino Unido: uma história curta. *Cadernos Pagu*, (33), 9–55. <http://doi.org/10.1590/S0104-83332009000200002>

Strathern, M. (2011). What is a parent? *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 1(1), 245–278.

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.

Sunkel, G. (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina, 66.

Tarducci, M. (2013). Adopción y parentesco desde la antropología feminista. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, IV(37), 106–145.

Thompson, C. (2005). Making parents. En *Inside technology*. Recuperado a partir de <http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=9780262701198>

Thompson, C. (2007). Quit Sniveling, cryo-baby, we'll work out which one's your mama! En M. Lock & J. Farquhar (Eds.), *Beyond the body proper. Reading the anthropology of Material Life* (pp. 622–639). Duke University Press.

Torrano, A., & Fischetti, N. (2018). Apuestas del feminismo: Ciencia/Técnica/Latinoamérica. Nuevas urdimbres desde el Sur. *RevIISE*, (Hacia un buen vivir feminista), 267–279.

V., M., F., & Marisa, H. (s. f.). Tensiones en el Derecho de Familia desde la perspectiva de género. Algunas propuestas. 2007.

Vaggione, J. M. (2005a). Los roles políticos de la religión. Género y Sexualidad mas alla del secularismo. En E. V. M. (comp) (Ed.), *En el nombre de la vida* (Catolicas). Cordoba.

Vaggione, J. M. (2005b). Reactive Politicization and Religious Dissidence: The Political Mutations of the Religious. *Social Theory & Practice*, 31(2), 233–255.

Vaggione, J. M. (2012). La “cultura de la vida”. Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Religião e Sociedade*, 32(2), 57–80. <http://doi.org/10.1590/S0100-85872012000200004>

Vaggione, J. M. (2014). La politización de la sexualidad y los sentidos de lo religioso Introducción En América Latina existe un creciente interés , tanto en las, XXIV, 209–226.

Vargas, E. P., Russo, J. A., & Heilborn, M. L. (2010). [Sexuality and reproduction: uses and values related to the desire for children among middle-class couples in Rio de Janeiro, Brazil]. *Cadernos de saude publica*, 26(1), 153–162.

Viera Cherro, M. (2012). Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida Multiple and Persistent Inequalities in the Field of Assisted Reproduction, 251–271.

Viveros Vigoya, M. (2014). The sexual erotic market as an analytical framework for understanding erotic-affective exchanges in interracial sexually intimate and affective relationships. *Culture, health & sexuality*, (December 2014), 1–13.

<http://doi.org/10.1080/13691058.2014.979882>

Waldby, C., & Cooper, M. (2008). The Biopolitics of Reproduction: Post-Fordist Biotechnology and Women’s Clinical Labour. *Australian Feminist Studies*, 23(55), 57–73.

<http://doi.org/10.1080/08164640701816223>

Weston, K. (2005). *Families we choose: Lesbians, gays, kinship*. (Columbia U).

Wichterich, C. (2007). The Re-Discovery of Gender Inequality: EU-China trade. *Development*, 50(3), 83–89. <http://doi.org/10.1057/palgrave.development.1100412>

Wichterich, C. (2014). *Sexual and Reproductive Rights* (Vol. 11).

Yanagisako, S., & Collier, J. (1994). Género y Parentesco Reconsiderados: Hacia un Análisis Unificado. *Assessing Cultural Anthropology*. Hawaii Pacific University.

Zegers-hochschild, F., Schwarze, J. E., Crosby, J. A., & Musri, C. (2016). Original Article Assisted reproductive techniques in Latin America : The Latin American Registry , 2013, 20(2), 49–58. <http://doi.org/10.5935/1518-0557.20160013>

Glosario⁶⁷:

TRHA: Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Lucia Ariza (2014) define a las TRHA como un *“conjunto de técnicas que siguiendo desde el campo interdisciplinario de la medicina y la biología, clínicas y experimentales, proveen alternativas biomédicas a la ausencia involuntaria de descendencia entre individuos o parejas”* (Ariza, 2014:43)

Reproducción médicamente asistida (RMA)- reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante

Técnicas de baja complejidad: incluye el coito programado, la inseminación Intrauterina o artificial, con gametos propios o donados.

Técnicas de Alta complejidad/ Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)- todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.

Infertilidad- enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

⁶⁷ Tomado de “Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010. © Organización Mundial de la Salud 2010. Extraído de: http://www.redlara.com/aa_espanhol/glossario.asp [Fecha de consulta: 1/12/2018]

Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI, por sus siglas en inglés)- procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito.

Fecundación in vitro (FIV)- Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.

Feto- producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

Embrión- producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de la fecundación). (Esta definición no incluye partenotes –generados a través de partenogénesis- ni productos de la transferencia de núcleos de células somáticas.)

Gestante subrogada- mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos y/o de terceros.

Criopreservación- la congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal.