

## Más allá de la infertilidad: narrativas de usuarias sobre reproducción asistida en Córdoba, Argentina

Beyond infertility: user's narratives on assisted reproduction in Córdoba, Argentina

**María Cecilia Johnson**

<https://orcid.org/0000-0002-5102-2504>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Universidad Nacional de Córdoba

cecilia.johnson@unc.edu.ar

Fecha de envío: 8 de abril de 2020. Fecha de dictamen: 6 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2020.

### Resumen

El artículo presenta resultados de una investigación doctoral en género centrada en la experiencia de mujeres argentinas con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). En Argentina, la ley que regula el acceso a las TRHA garantiza el acceso a una diversidad de personas usuarias que no siempre parten de un diagnóstico de infertilidad. Se propone como objetivo principal conocer las diversas relaciones de las usuarias de TRHA con la tecnología reproductiva. Desde una perspectiva feminista, se trabaja con el análisis cualitativo de relatos de usuarias de TRHA, mediante su codificación.

Como resultados se identifican dos grandes categorías: “relatos de reparación”, donde la decisión de usar las TRHA se vincula a la noción de infertilidad; y los “relatos de simultaneidad”, donde la tecnología reproductiva aparece posibilitando una decisión reproductiva. Estas reflexiones constituyen un aporte para pensar las tecnologías desde las propias experiencias de las usuarias, así como las tensiones en la construcción de la autonomía reproductiva.

## Abstract

This article presents the results of gender-focused doctoral research about the experience of Argentine women with Assisted Reproduction Techniques (ARTs). In Argentina, the current law regulating access to ARTs guarantees access to a variety of users who do not always start from an infertility diagnosis. The main objective is to know the different relationships of the users with reproductive technology.

From a feminist perspective, the study is based on the qualitative analysis of ARTs users' narratives, by coding them. As result, two broad categories are identified: "repair stories", where the decision to use the TRHA is linked to the notion of infertility, and the so-called "simultaneity stories" where reproductive technology appears enabling a reproductive choice.

These reflections are a contribution to discuss the technologies from the user's experiences, as well as the tensions in the construction of reproductive autonomy.

**Palabras clave:** Feminismos; Reproducción Asistida; Narrativas; Biografía; Infertilidad; Interseccionalidad.

**Keywords:** Feminisms; Assisted Reproduction; Narratives; Biography; Infertility; Intersectionality.

## Introducción

Las TRHA (Técnicas de Reproducción Humana Asistida) han sido desarrolladas en el marco de un sistema capitalista en el que usuarios, proveedores, practicantes, están inmersos y forman parte de su producción y reproducción. Así lo ha señalado el feminismo, develando el entramado de relaciones de poder presentes en un mercado reproductivo (Stolcke, 1986). Como señala Emily Martin (1991), en una sociedad capitalista la reproducción no se centra en las mujeres, sino que se encuentra orientada por la lógica de la calidad en la producción de bebés, aspectos que se traducen en las prácticas y en el lenguaje médico. Estas lógicas se intersecan con miradas patriarcales sobre la sexualidad y la reproducción, y se traducen en la idea de que la ausencia de descendencia constituye una "falla" reproductiva. En esta línea se

parte de comprender que las TRHA han sido diseñadas como una respuesta médica a la ausencia involuntaria de hijos o la infertilidad, en el marco de una ideología pro natalista y maternal (Nari, 2004).

Esto ha llevado a que las posiciones feministas sobre las TRHA sean en general críticas, y evidenciando la tensión y la incomodidad de algunas posiciones feministas con la experiencia materna, que en sociedades patriarcales ha sido identificada como una fuente de opresión hacia las mujeres (de Beauvoir, 1949; Badinter, 2012; Tubert, 1993). Sin embargo, algunas teóricas feministas también han planteado la relación de los feminismos con la maternidad desde la ambivalencia (Letherby, 1999; Fernández Pujana, 2014), asociando la opresión no a la maternidad en sí misma sino a las condiciones de injusticia de su ejercicio (Rich, 1995). Como señala Marcela Nari (2004), la maternidad ha constituido un punto de tensión histórica en la construcción política de las mujeres, desde procesos de medicalización de la maternidad y la traducción de estas miradas en políticas sobre la maternidad en Argentina que cimentaron cierto “ideal materno”.

Esta ideología maternal se traduce en nuestras sociedades en la concepción de la infertilidad como una situación no deseada para las mujeres (Thompson, 2005). Esta situación resulta en una experiencia estigmatizante, así como en una situación marcada por el sentimiento de otredad ante el ideal materno (Letherby, 1999). En esta línea ideológica, las TRHA constituyen una posibilidad más para tener hijos, pero configuran nuevas expectativas y exigencias sobre su uso en mujeres infértiles (Franklin, 1997; Letherby, 1999).

Sin embargo, como señalan algunas posiciones feministas estos procesos de medicalización de la reproducción y la maternidad no han sido homogéneos para las mujeres y cuerpos gestantes, sino que conviven con diferentes formas de agencia de parte de las usuarias (Rich, 1995; Petchensky, 1984; Rapp, 2001; Franklin, 2009). Desde otras tradiciones, Donna Haraway (1995) y Paul Preciado (2019) también permitieron repensar la relación con la tecnología identificando nuevas formas de subjetivación y de apropiación de parte de las usuarias para fines impensados en su creación.

Esta tensión resulta central en este trabajo, ya que se identifican en las experiencias de las usuarias atravesadas por las tensiones de la ideología maternalista que conviven con diversas formas de apropiación de la tecnología reproductiva. Este segundo punto implica reconocer las diferentes maneras en que las

TRHA, como dispositivo que fue concebido para el tratamiento de la infertilidad, hace tiempo que superó estos propósitos. La experiencia de las mujeres lesbianas, así como de las madres solteras por elección (Poveda, Rubio y Rivas, 2011) dan cuenta de estas transformaciones, como advierten diferentes estudios situados en Argentina (Peralta, 2015; Libson, 2012; Vespucci, 2014; Schwarz, 2016; Trupa, 2017; Johnson, 2020). Como señala Noelia Trupa (2017), la biología no resulta para estas experiencias la base desde la cual se politiza la maternidad, en la construcción de la “ciudadanía biológica” que plantea Nikolas Rose (2007), sino que la autora entiende que las experiencias de familias no heteronormativas precisan otras lecturas que parten de la ciudadanía sexual (di Marco, 2012).

Un aspecto no menor es que dicha disputa política, gracias a las luchas de movimientos de usuarias y feministas, se logró plasmar en los marcos normativos de Argentina. La ley vigente desde 2013 (Ley 26.862) reconoce la cobertura y el acceso gratuito a toda persona mayor de edad como parte del Plan Médico Obligatorio<sup>1</sup>. Se plantea como una legislación superadora de otros proyectos de ley que, desde la noción de “infertilidad” que propone la OMS<sup>2</sup>, reproducían una mirada patologizante y heteronormativa de la reproducción (Farji Neer, 2015). Ello implicó el reconocimiento y ampliación de derechos reproductivos a todos los cuerpos gestantes y de forma directa hacia las usuarias en relaciones sexo-afectivas con otras mujeres así como de mujeres que acceden a las TRHA desde la monoparentalidad elegida (Poveda, Rubio y Rivas, 2011).

El campo de las TRHA en Argentina presenta esta riqueza ya que la misma legislación reconoce esta diversidad y se expresa en las experiencias de las usuarias, que se aborda en este trabajo a partir de los propios relatos. El trabajo con las propias narrativas de las usuarias supone, como señala Rayna Rapp (2001), que ellas transitan estos procesos como analistas de sus propias prácticas. Las TRHA como tecnologías de género (de Lauretis, 1996) evidencian que la decisión de ser madres y tener hijos, que *a priori* distinguiremos, se encuentra siempre atravesada por un proceso de reflexividad en su decisión. Asimismo, esta reflexividad no puede desconectarse desde las propias posiciones de género, generación y orientación sexual. Esta reflexividad conduce a resignificar tanto algunos aspectos de la maternidad como de la propia identidad de las usuarias (Denny, 1994; Jennings, 2010).

## Metodología

Este artículo es parte de los resultados de una tesis en género que analiza la experiencia reproductiva de cis mujeres<sup>3</sup> usuarias en la Provincia de Córdoba entre 2015 a 2018<sup>4</sup>. La investigación se propuso comprender cómo ellas significan su experiencia reproductiva y familiar, desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989).

Específicamente, el artículo se centra en las relaciones de las usuarias con la tecnología reproductiva, prestando atención a las intersecciones de género en la construcción de esta relación. Se plantea como hipótesis que la orientación sexual y la conyugalidad constituyen variables centrales a la hora de configurar una relación con la tecnología.

Para explorar estas relaciones, se trabaja con narrativas de usuarias partiendo del análisis de las transformaciones de la subjetividad y la identidad (Arfuch, 2005), buscando comprender la manera en que el “hablar de sí misma” (Conde, 1994) constituye un vehículo central de la reflexión de sí, y del análisis de las vinculaciones y transformaciones de sentidos de la reproducción. A partir de un análisis cualitativo de codificación de 21 relatos, se identificaron dos grandes formas o relatos para comprender la experiencia de las usuarias con la tecnología reproductiva en Argentina.

La codificación arrojó una diferencia central entre los relatos de usuarias, dos puntos de partida que configuran experiencias disimiles con las TRHA. Por ello, se analiza la decisión de usar TRHA, lo que lleva a una primera distinción narrativa entre las usuarias: 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; y otro relativo a la apertura de una posibilidad antes negada donde las TRHA suponen la posibilidad de pensar posible la maternidad, y que se diferencian de las narrativas de infertilidad. En ese segundo tipo de relato se analiza la decisión de las madres solteras por elección (Jociles Rubio y Villamil Pérez, 2012) y la decisión de usuarias autoidentificadas como lesbianas.

### **La decisión de usar TRHA: relatos de reparación y relatos de simultaneidad**

Aunque todas las usuarias de TRHA tendrían en común el uso de la tecnología reproductiva con el objeto de tener hijos, a partir del análisis de sus relatos se advierten diferentes construcciones de sentidos sobre las tecnologías reproductivas.

Partiendo desde un análisis interseccional es posible pensar que las diferentes posiciones de las usuarias en el espacio social configuran de forma singular sus posibilidades reproductivas.

Desde un punto de vista analítico existen estudios que parten de la experiencia de la “infertilidad” en usuarias de TRHA (Ariza, 2014; Garay, 2008); sin embargo, el presente trabajo se ubica entre aquellos que reconocen otras formas de articular la decisión de la maternidad con la decisión de comenzar el tratamiento con las 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 biomédica de infertilidad, que ubica al proceso reproductivo en el orden de lo patológico. 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 estas 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.

### **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 desde la ideología maternalista.

La asunción heteronormativa de que las mujeres son reproductoras “por naturaleza” y las parejas heterosexuales “naturalmente fértiles” (Viera Cherro, 2015) tiene consecuencias importantes en la subjetividad de las usuarias. Cuando esto no ocurre del modo esperado, ello se expresa en las usuarias como sorpresa, frustración

y malestar por no poder experimentar aquello que forma parte de la “naturaleza femenina”. En este sentido, no es coincidencia que este tipo de relatos, que se llamarán “reparadores”, aparezcan centrados desde la idea de que la fertilidad es un recurso biológico escaso y que las TRHA amplifican, reparan y permiten subsanar este recurso, o como señala Marilyn Strathern (1992), “asisten a la naturaleza”.

Estos sentidos se reflejan en el modo de narrar la experiencia: 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 de este tipo de relatos.

*Subyace la noción de infertilidad.* Si bien en estos relatos la categoría de infertilidad prácticamente no aparece mencionada por las propias usuarias para hablar de sus obstáculos reproductivos o de sí mismas como “infértiles” dado su carácter estigmatizante, sí coincide con algunos sentidos que las usuarias les asignan a las tecnologías reproductivas en sus propias narrativas. 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 se inicia con una “duda” que lleva a la decisión de hacer un tratamiento con TRHA. Así fue que Rosa, una profesional de 37 años, junto a su marido deciden buscar un embarazo sin obtener resultados. A raíz de esto comenzó a realizarse estudios que dieron lugar a los tratamientos de fertilidad:

“[Ante la pregunta de por qué comienzan con el tratamiento] de si estaba todo bien o no. Sí, yo quería sacarme la duda [...] y ahí fuimos acá a [clínica de fertilidad], en realidad yo había empezado a ir a una ginecóloga de ahí, [...] entonces me recomendaron dos ginecólogos. El primero que fui me dijo eso [que espere antes de hacer los estudios], entonces saqué también en la otra pero tenía mucha 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. 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.

“[...] 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 [la clínica de fertilización] y hablamos con el médico de ahí [...] 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 [...] empezar a investigar si hay algo. Y bueno, empezamos con estudios, él y yo, ambos [...] 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 la nombra en su experiencia 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:

“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 hacés estudios y no tenés nada, y no pasa nada, te hacés 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 obsesionás 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 (Martin, 2001). 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 intersección de 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, que 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<sup>5</sup>. La investigación de Patricia Schwarz (2016) en Argentina revela que es una práctica frecuente de parte de los médicos “alertar” sobre la edad de “decadencia de la fertilidad” sólo a las pacientes mujeres. Esta lógica mediante la cual opera el control de estas tecnologías se hace cuerpo en las subjetividades de las usuarias y se expresa como temor y desencadena la demanda 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), y en los relatos recabados el inicio de los tratamientos es visibilizado como una acción y control sobre la propia reproducción. Del mismo modo, Rose (2007) señala que la biomedicina exige pacientes “activos”, disposición que asume la usuaria de THRA.

El relato de Rosa explica claramente que la posibilidad de hacer un tratamiento de fertilidad se construía en una forma de agencia sobre 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.

R: [...] 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 a la que se le sugiere o se lo hace por tema de edad, para apurar.

E: De tiempo.

R: De edad, también.

E: De edad.

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" se hace cuerpo:

"E: ¿Cómo fuiste pasando todo eso?

S: No, una locura, mal. Primero que te obsesionás, 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, [...] creo que es algo que si hacés todo eso es porque lo querés realmente y te obsesionas. Y ya la pareja, no [...] 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 cuándo vienen los hijos?, ¿y cuándo 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 visualizó en las TRHA un dispositivo que facilitaría el proceso y permitiría lograr en un corto plazo el embarazo.

Esta lógica de acción ante la posibilidad de una situación de infertilidad, precisa comprenderse también desde otras intersecciones. Si bien la categoría de la edad y el paso del tiempo aparecen como los determinantes centrales que articulan el discurso de las entrevistadas, dichas usuarias pertenecen a un sector medio, profesionalizado,

algunas de ellas con estudios universitarios, lo que se expresa en esta lógica de gestión del tiempo reproductivo. Este aspecto se vincula a lo que Mario Margulis, Marcelo Urresti y Hugo 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 la paternidad son una inversión de tiempo y recursos (Margulis *et al.*, 2007). En una línea similar, Ana Martí Gual (2011) refiere que la decisión de maternar implica visualizar y compatibilizar en un momento vital la vida personal y profesional con la maternidad.

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 determinados sectores, en ocasiones implica mucho tiempo y dinero. 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 qué pasaba, y antes de irme de vacaciones me entero que estaba embarazada naturalmente [...]  
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 queda embarazada una vez que deja los tratamientos. En este sentido, reflexiona que existe un "sobreuso" de las TRHA, vinculado a esta "urgencia reproductiva":

R: Me parece que hay un montón de cosas que hizo bien [la doctora...] 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...  
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 [...] 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 pueden explicar si estos tratamientos tuvieron algún efecto en su embarazo posterior.

Por otra parte, permiten reflexionar sobre el hecho de que si bien les permitió a las usuarias 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, económicos, así como insumo de tiempo, moldeando una demanda frente a la presión social que muchas personas experimentan respecto de la maternidad y que no siempre constituye una respuesta efectiva para ello, como señalan algunas posiciones feministas (Chatel y Cohen, 2004).

*Medicalización y responsabilización de las usuarias.* Otra dimensión común en este tipo de relatos “reparadores” se vincula con la idea de que la reproducción es una responsabilidad individual y que el tratamiento constituye una opción segura frente al paso del tiempo. Luz, que al momento de la entrevista llevaba varios años en tratamiento y sin resultados, habla de su propia responsabilidad en esta situación: del tiempo que esperó hasta encontrar una pareja con quien quisiera tener hijos y de no haber congelado sus óvulos cuando “debió” hacerlo; en sus propias palabras “me tomé demasiado tiempo”.

“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 mí alguien me hubiese dicho a los 35 años, [...] «che, 35 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 40 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 otra usuaria que por un problema ginecológico atraviesa una operación a sus 20 años que 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 explicó que ella habría tenido la posibilidad de quedar embarazada más joven, cuando apenas había sido operada, pero como esperó no era posible.

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. Los efectos de la medicalización y la lógica de previsión en las subjetividades de mujeres de sectores medios y altos también se pueden expresar en la demanda por preservar sus ovocitos, si entendemos que permite resolver las presiones de la maternidad biológica y los mandatos por forjar una carrera profesional exitosa. De esta manera, las TRHA presentan una tensión ya que, por un lado, posibilitan agenciar a las mujeres en su reproducción y abren posibilidades reproductivas, pero, por otro lado, también funcionan como tecnología de género (de Lauretis, 1996) 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, permite advertir cómo la medicalización de la reproducción y las TRHA como una alternativa no constituyen necesariamente un recurso que permite lograr un embarazo, como tampoco una alternativa sencilla. Lo que ofrecen 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 ser “pasiva” frente a la propia reproducción.

### **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 a los relatos donde la decisión de ser madres y de usar TRHA forman parte de una misma construcción narrativa. 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 es 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 para quienes, por diversas circunstancias de imposibilidad física, los tratamientos de fertilidad constituyen una posibilidad antes no prevista para pensar la maternidad, pero no parten de un supuesto de fertilidad o de reparación de lo 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, 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 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 Libson (2012), como una opción impensable. La posibilidad concreta de acceder a estas técnicas, mediante la cobertura que reconoce Argentina con la ley de 2013, puede significar, en el caso de una usuaria en una relación heterosexual, la posibilidad de tener hijos, algo imposible de desear previamente por la falta de acceso a estos onerosos tratamientos. Así se expresa en el relato de Cintia, quien accede a las TRHA para revertir una ligadura tubaria, motivo por el cual la maternidad se encontraba 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 de Córdoba y se plantea nuevamente tener un bebé:

“Llegué por una amiga, que tiene las trompas tapadas, y me dice: «vos sabés que en la Maternidad, fue la Carolina Rabolini en esa época, dice bueno, ahora se puede usar y es gratis», 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, dónde 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 se vincula a una búsqueda previa para ser madre. La existencia de este derecho, expresado en una política de salud gratuita, habilita de algún modo la posibilidad de pensar la maternidad mediante las TRHA. Ella, siendo madre de tres hijos, y en el marco de una nueva pareja, decide buscar un embarazo al enterarse de las posibilidades de acceso; en este sentido, la voluntad reproductiva está imbricada con el reconocimiento de un derecho.

El caso de Celeste y su pareja Ana da cuenta de este aspecto con claridad, cuando en su narración aparece como una misma decisión el hecho de tener hijos y acudir a un centro de fertilidad. Aun cuando en este caso se puede presentar una dificultad clínica o biológica en las usuarias, estos relatos no se enfocan en el problema de la 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. Así fue el caso de Celeste y Ana, que analizaron quién se encontraba en mejores condiciones físicas de llevar adelante el embarazo.

“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 [...] y como nosotras íbamos a aplicar [...] 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 una 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 maternar sin una pareja, nada de esto pasó, sino que ella es muy clara al respecto cuando señala que la posibilidad de ser madre mediante las TRHA supone que sea por definición intencional, buscada y decidida:

H: Igual tenés que hacer un esfuerzo consciente, no es algo que puede pasar en cualquier momento, no puede pasar por azar.

E: Claro, no te llevás una sorpresa.

H: No te llevás una sorpresa, no te puede pasar sin que haya una intención [...] 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: Sí, claro.

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

En 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 aún en las dos últimas alternativas, hacen forzosa la intervención profesional que se enmarca en instituciones médicas y jurídicas. Así lo señala Hillary:

“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 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. Sí podés intentar inseminaciones mucho menos complejas y hasta podés 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 Haraway (1995), se aproxima a la idea de *cyborg*, un proceso donde es difícil distinguir las fronteras entre máquina y organismo.

*No es infertilidad, es oportunidad: nuevos derechos.* 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 económicos y edad, era socialmente impensable:

E: Así que acompañás y mandás 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 40». Bueno, yo les digo: “probá”, y les explico, les digo: «mirá, si no tenés obra social, andá...». (Cintia, 44 años)

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

Del mismo modo, el reconocimiento de algunos derechos en una política pública lleva 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:

“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 o situación conyugal, lo vuelve una posibilidad real y concreta, como una tecnología social y jurídica que hizo posible pensar esta alternativa:

“[...] 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 [...] Empecé a averiguar, hablé con la obra social y me hicieron el expediente, y en 2015 fui [al centro de fertilidad]”. (Candelaria, 38 años)

“[La clínica de fertilidad...] estaba a pocas cuadras de mi trabajo [...] era porque, también, esta cosa abnegada de sufrir y tomarme ocho bondis para ir a La Plata para el parto humanizado<sup>6</sup> [...] 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 le permite a Candelaria acceder al centro médico que queda 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 materner 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 materner sin una pareja, más allá de su orientación sexual.

Como señala María Luisa Peralta (2015), 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 materner 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 aun, 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 para la cual los tratamientos de TRHA no eran accesibles 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 pensás 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 planteé 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, Sandra, de 43 años, cuenta 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. A diferencia de 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”. (Sandra, 43 años)

Esta decisión de maternar fuera de la familia heteronormativa no pasa desapercibida para el campo biomédico, si se piensa en los horizontes de lo que es considerado posible para las usuarias. Cabe señalar que el dispositivo *psi* contemplado por la legislación es un recurso con el que algunas clínicas cuentan, y en ocasiones es vivenciado por las usuarias como un proceso de control y vigilancia<sup>7</sup>.

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 elección desde la misma clínica la derivan a una consulta psicológica. Así lo relata Candelaria, quien lo vivió como un aspecto estigmatizante:

[...] 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:

“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, 27.236 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, qué 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”. (Candelaria, 38 años)

Una experiencia similar relatan algunas usuarias en relaciones heterosexuales, derivadas a una consulta psicológica cuando en el marco del tratamiento decidían usar gametos donados<sup>8</sup>. Más allá de las diversas formas en que las distintas usuarias pueden resignificar lo que 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 presenta como una forma de “prevenir los daños psicológicos” también da 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 sobre las usuarias. Y en este sentido no es casual que quienes son derivadas a esta consulta sean quienes se alejan de esta norma, y la consulta psicológica como dispositivo de confesión, al decir de Michel Foucault (1994), no reprime ni prohíbe estas formas familiares diversas pero le exige a quien las quiera conformar un itinerario biomédico diferente, que opera como control.

*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 Rapp (1999). Ello se hace claro en aquellos relatos que denominamos de “simultaneidad” en este segundo apartado. Tal es el caso de 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:

“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 [...] la ciencia existe y hay que usarla porque está ahí a la mano [...] la que nos ayuda la hizo pensando en hacerle la vida más fácil a la gente. Que después a 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, quien, lejos de vivir el paso con las TRHA como un evento estigmatizante y patologizante, es consciente de la posibilidad que se abre para ella, que de otro modo no podría haber sido madre:

“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 [...] yo dije: «lo que la ciencia ha logrado me parece increíble»”. (Juliana, 37 años)

De esta manera, Juliana relata otra vivencia que, aun en un escenario en ocasiones disciplinante, termina valorando desde sus posibilidades y desde la apertura de una alternativa que antes estaba vedada para muchas personas.

## Conclusiones

A partir de los dos tipos de relatos analizados, que se denominaron como “restaurativo” y de “simultaneidad”, se podría señalar que las TRHA como una vía para la reproducción humana plantean un escenario paradójico. Reproducen un escenario de creciente medicalización de la reproducción y la maternidad, y al mismo tiempo abren nuevas posibilidades para que las personas gestantes puedan disputar la accesibilidad a estos tratamientos por la ampliación de un derecho reproductivo.

Desde las propias experiencias de las usuarias, no sólo se encuentran personas que acceden a ellas desde el lugar de estigma o patología, sino que también abren una alternativa que anteriormente estaba negada para aquellas personas que no podían hacerlo vía la reproducción bioconectada o heteronormativa. Así también el estudio de las narrativas pone en descubierto cómo estas relaciones de poder se hacen cuerpo de formas heterogéneas, motivo por el cual la relación que las personas construyen con la tecnología biomédica no puede ser pensada en abstracto sino desde las propias intersecciones. El género, el sector social, así como la generación de las entrevistadas configuran relaciones diferenciales con la tecnología, la reproducción y la maternidad. La demanda de un tratamiento con TRHA se configura como necesidad desde estas propias posiciones, y en este sentido las THRA, como recurso, puede ser significado de formas diversas por las usuarias en diferentes

contextos (González, Nucci, Soldevila, Ortolanis y Crosetto, 1999). Conviven en las usuarias mandatos maternalistas, estigmas asociados a la sexualidad “(no) serás madre”, responsabilidad individual, así como procesos de ruptura y apertura de posibilidades en nuevos escenarios sociales y normativos.

Frente a este escenario, las experiencias que emergen del trabajo narrativo invitan a continuar pensando de forma situada esta contradicción y complejizar esta tensión no resuelta, que nos permita evitar modelos binarios que entienden a la tecnología como “buena/mala” u “opresiva/salvadora”. Quizás conocer estas experiencias permita pensar nuevos escenarios que, parafraseando a Rosalind Petchesky (1984), garanticen las condiciones para que el derecho a decidir no sea abstracto sino posible mediante concreción de opciones claras y justas para las personas gestantes.

### Referencias bibliográficas

- ARFUCH, Leonor (comp.). (2005). *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo.
- ARIZA, Lucía. (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.
- ARMSTRONG, David. (1995). “The rise of surveillance medicine”. *Sociology of Health & Illness*, 17-3, 393-404. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329> [consulta: octubre de 2018].
- BADINTER, Elizabeth. (2012). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera.
- CHATEL, Marie-Magdeleine y COHEN, Alice. (2004). “Infertilidad, medicina y deseo”. *Debate Feminista*, 30, 185-245.
- CONDE, Idalina. (1994). “Falar da vida (II)”. *Revista Sociologia. Problemas e Práticas*, 16, 41-74.
- CRENSHAW, Kimberle. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. En Katharine T. Barlett and Rosanne Kennedy (eds.) (1991), *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender*, pp. 57-80. New York: Routledge. Recuperado

- de: <https://doi.org/10.4324/9780429500480> [consulta: marzo de 2019].
- DE BEAUVOIR, Simone. (1949) *El segundo sexo. Los hechos y los mitos. La experiencia vivida*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- DE LAURETIS, Teresa. (1996). "La tecnología del género". *Mora*, 2, 6-34.
- DENNY, Elaine. (1994). "Liberation or oppression? Radical feminism and in vitro fertilization". *Sociology of Health & Illness*, 16-1, 62-80. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347010> [consulta: octubre de 2019].
- DI MARCO, Graciela. (2012). "Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina". *SER Social*, 14-30, 210-243.
- FARJI NEER, Anahí. (2015). "Cuerpo, derechos y salud integral: análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013)". *Salud Colectiva*, 11-3, 351-365. Recuperado de: <https://doi.org/10.18294/sc.2015.721> [consulta: junio de 2017].
- FERNÁNDEZ PUJANA, Irati. (2014). *Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad*. País Vasco: Emakunde / Instituto Vasco de la Mujer.
- FOUCAULT, Michel. (1994). Sexualidad y poder. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Vol. III*, pp. 129-147. Barcelona y Buenos Aires: Paidós. (Conferencia de 1978.)
- FRANKLIN, Sarah. (1997). *Embodied Progress*. London: Routledge.
- FRANKLIN, Sarah. (2006). "The Cyborg Embryo: Our Path to Transbiology". *Theory, Culture & Society*, 23-7/8, 167-187. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0263276406069230> [consulta: noviembre de 2018].
- FRANKLIN, Sarah. (2009). "Transbiology: A Feminist Cultural Account of Being After IVF". *Critical Conceptions: Technology, Justice, and the Global Reproductive Market*. New York: Bernard Center for Research on Women.
- GARAY, Ricardo. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En Mónica Tarducci (ed.), *Maternidades en el siglo XXI*, pp. 29-59. Buenos Aires: Espacio.
- GONZÁLEZ, Cristina; NUCCI, Nelly; SOLDEVILA Alicia; ORTOLANIS, Eduardo; y CROSETTO, Rossana. (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar. Informe de investigación*. Mimeo. SECyT, Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba.
- HARAWAY, Donna. (1995). Manifiesto para *cyborgs*: ciencia, tecnología y feminismo

socialista a finales del siglo XX. En *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*, pp. 251-311. Madrid: Cátedra.

JENNINGS, Patricia K. (2010). “«God Had Something Else in Mind»: Family, Religion, and Infertility”. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39-2, 215-237. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0891241609342432> [consulta: marzo de 2019].

JOCILES RUBIO, María Isabel y VILLAMIL PÉREZ, Fernando. (2012). “Madres solteras por elección: representaciones sobre la fecundación sexual como vía de acceso a la maternidad”. *Chungará (Arica)*, 44-4, 717-731. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0717-73562012000400012> [consulta: agosto de 2019].

JOHNSON, María Cecilia. (2020). “Las familias como copias. Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) y desigualdades reproductivas”. *Con X*, 6, 1-30. Recuperado de: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/conequis/article/view/6191/5272> [consulta: junio de 2020].

LEATHERBY, Gayle. (1999). “Other than mother and mothers as others: The experience of motherhood and non-motherhood in relation to «infertility» and «involuntary childlessness»”. *Women's Studies International Forum*, 22-3, 359-372.

LIBSON, Micaela. (2012). “Parentalidades gays y lesbianas: los cambios de relato”. *Sociedade e Cultura*, 15-2, 309-317.

MARGULIS, Mario; URRESTI, Marcelo; y LEWIN, Hugo. (2007). *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos.

MARTÍ GUAL, Ana. (2011). *Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. Tesis de doctorado en Ética y Democracia, Universitat Jaume I. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/32098?show=full> [consulta: marzo de 2020].

MARTIN, Emily. (1991). “The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16-3, 485-501.

MARTIN, Emily. (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press. (Edición original, 1987.)

NARI, Marcela. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.

- PERALTA, María Luisa. (2015). "Lesbianas madres: deseo, tecnología y existencia lesbiana". Recuperado de: <https://teenelsahara.wordpress.com/category/tecnologias-reproductivas/> [consulta: marzo de 2020].
- PETCHESKY, Rosalind. (1984). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality, and Reproductive Freedom*. New York: Longman.
- POVEDA, David; JOCILES RUBIO, María Isabel; y RIVAS, Ana María. (2011). "Monoparentalidad por elección: procesos de socialización de los hijos/as en un modelo familiar no convencional". *Athenea Digital*, 11-2, 133-154. Recuperado de: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v11n2.835> [consulta: febrero de 2020].
- PRECIADO, Paul. (2019). Procreación políticamente asistida y heterosexualismo de estado. En *Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce*, pp. 67-75. Barcelona: Anagrama.
- RAPP, Rayna. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America (Anthropology of Everyday Life)*. New York & London: Routledge.
- RAPP, Rayna. (2001). "Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory". *Medical Anthropology Quarterly*, 15-4, 466-477.
- RICH, Adrienne. (1995). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: WW Norton.
- ROSE, Nikolas. (2007). *The Politics of life it self. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- SCHWARZ, Patricia. (2016). *Maternidades en verbo. Identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de matemar*. Buenos Aires: Biblos.
- STOLCKE, Verena. (1986). "New Reproductive Technologies - Same Old Fatherhood". *Critique of Anthropology*, 6-3, 5-31. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0308275X8600600302> [consulta: febrero de 2019].
- STRATHERN, Marilyn. (1992). *Reproducing the Future. Antropology, Kinship, New Reproductive Technologies*. Manchester, England: Manchester University Press.
- THOMPSON, Charis. (2005). *Making parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, London: MIT Press.
- TRUPA, Noelia (2017). "Familias comaternales, usuarias de nuevas tecnologías reproductivas, en el escenario de las ciudadanías biológicas en Argentina". *Nomadías*,

23, 87-110.

TUBERT, Silvia. (1993). "Demanda de hijo y deseo de ser madre". *Debate Feminista*, 8, 349-377.

VESPUCCI, Guido. (2014). "Una fórmula deseable: el discurso «somos familias» como símbolo hegemónico de las reivindicaciones gay-lésbicas". *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 17, 30-65.

VIERA CHERRO, Mariana (2012). "Inequidades múltiples y persistentes en el campo de la reproducción asistida". *Revista de Antropología Social*, 21, 251-271.

VIERA CHERRO, Mariana. (2015). "Sujetos y cuerpos asistidos: un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata". *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 15-2, 350-368.

---

## Notas

<sup>1</sup> 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. También 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".

<sup>2</sup> La OMS define a la infertilidad 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".

<sup>3</sup> Por este motivo el presente artículo está escrito en femenino. Asimismo hace referencia a "mujeres", sin desconocer la diversidad de experiencias reproductivas de personas gestantes, como es el caso de personas trans.

<sup>4</sup> *Nuevas tecnologías reproductivas: sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba*. Doctorado en Estudios de Género, Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Defendida en marzo de 2019, fue financiada con una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

<sup>5</sup> Ministerio de Salud. Resolución 1044/2018. (Fecha: 01/06/2018.) Dentro de las implementaciones de las TRHA en Argentina, desde el Ministerio de Salud existen límites 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 44 años para quienes utilicen óvulos propios, y 51 cuando se trate de ovocitos donados, a excepción de que se cuente con óvulos criopreservados.

<sup>6</sup> La entrevistada hace referencia a la Maternidad Carlotto, reconocida por su implementación de la ley de parto respetado. Si bien ella no se encuentra en la ciudad de La Plata, lo usa como referencia para argumentar que no necesita viajar a la Provincia de Buenos Aires para ser madre.

<sup>7</sup> 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”. Disponible en: [http://www.samer.org.ar/pdf/normas\\_ctros/normas\\_2015.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/normas_ctros/normas_2015.pdf).

<sup>8</sup> La SAMER sugiere la evaluación psicológica como una buena práctica. Para más información ver: “Guías para la admisión y asesoramiento psicológico en la donación y recepción de gametos donados”. Disponible en: [http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5\\_guia\\_donacion.pdf](http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2006/n2/5_guia_donacion.pdf).