

Tratame bien.
**Experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la
procreación asistida¹**

Lucía Ariza²; Micaela Libson³

Resumen

Esta ponencia analiza comparativamente las experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas en relación con el uso de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). Se exploran cuatro dimensiones diferentes, a saber: las opiniones sobre la adopción como técnica alternativa a las TRA, las asociaciones entre maternidad, identidad de género y biología femenina, el rol de las TRA frente a la matriz heteronormativa, y los procesos de estigmatización y discriminación ligados al uso de TRA. La pertinencia de un estudio comparativo se asienta en la necesidad de ampliar el conocimiento obtenido hasta la fecha por dos investigaciones independientes sobre el uso de la reproducción asistida en Argentina. La viabilidad del método comparativo se afianza en la utilización de metodologías cualitativas para la realización de ambos estudios, conducidos según técnicas exploratorias dada la falta de antecedentes de investigación en la temática abordada. El trabajo de campo de la investigación sobre mujeres heterosexuales se realizó entre septiembre 2005 y febrero 2007, y durante septiembre a diciembre 2008 y enero 2009 en el caso de mujeres lesbianas. Todas las entrevistas fueron conducidas en AMBA. Los resultados muestran que las razones de elección y las experiencias de ambos colectivos en relación a las TRA son significativamente diferentes.

Palabras clave: reproducción asistida; heterosexualidad/lesbianismo; adopción; maternidad; heteronormatividad; discriminación.

¹ Esta ponencia presenta resultados de dos investigaciones diferentes, una defendida en calidad de Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (IDAES/UNSAM), llevada a cabo por Lucía Ariza, y la otra ganadora del proyecto "Segundo concurso a la producción científica sobre discriminación en la Argentina" (INADI), llevada a cabo por Micaela Libson. Las autoras desean agradecer la generosa participación de las entrevistadas de sendos proyectos, así como de las personas que facilitaron contactos para la realización de las entrevistas. De la misma manera, agradecemos la contribución de las Becas de Postgrado Tipo I y Postgrado Tipo II otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones y Técnicas (CONICET), y el premio otorgado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), que posibilitó la concreción de las investigaciones que dan origen a este artículo.

² Grupo de Estudios sobre Sexualidades, IIGG, UBA/ Goldsmiths, University of London. Correo electrónico: l.ariza@gold.ac.uk.

³ Grupo de Estudios sobre Sexualidades, IIGG, UBA/ CONICET. Correo electrónico: micalalibson@gmail.com.

1. Introducción

En esta ponencia analizamos comparativamente las experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas que han hecho uso o planeaban hacer uso de las tecnologías de procreación asistida para tener descendencia. La pertinencia de un estudio comparativo se asienta en la necesidad de ampliar el conocimiento obtenido hasta la fecha por dos investigaciones independientes sobre el uso de la reproducción asistida en Argentina. Tal comparación permitirá, por lo tanto, profundizar el conocimiento sobre el recurso a la reproducción asistida en Argentina, iluminando las *diferencias* existentes en las expectativas, experiencias y razones presentadas por dos colectivos diferentes de mujeres usuarias (heterosexuales y lesbianas). De modo adyacente, el método comparativo se propone como una forma de maximizar la producción del conocimiento arrojado por investigaciones previas que no tenían como objetivo profundizar en las diferencias entre ambos colectivos.

En el marco de este trabajo, se denomina "tecnologías reproductivas" al conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o clínica y la biología y la medicina experimental, se propone como una respuesta a la ausencia involuntaria de descendencia. Están comprendidas dentro de esta denominación las técnicas de baja complejidad, paradigmáticamente la inseminación artificial (con vínculo biológico del padre (IA) o por donación anónima de esperma (IAD)), y las técnicas de alta complejidad. Dentro de estas últimas, las más comunes son la fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) (técnicas ambas que se realizan tanto con gametos -óvulos y esperma- propios como con donados). Otras técnicas de alta complejidad, aunque actualmente menos usadas, son la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), la transferencia de pre-embriones de 2 días a la trompa (TET), la transferencia a la trompa de ovocitos recientemente microinyectados (TOMI), y la transferencia a la trompa de embriones en estado de pro-núcleo (PROST), entre otras (Ariza, 2008). Cabe aclarar que en el caso mujeres lesbianas sin antecedentes o diagnóstico médico de infertilidad y que buscan descendencia a través del recurso a técnicas de procreación artificial, el método más utilizado es la inseminación, técnica de baja complejidad que requiere únicamente un procesamiento del esperma antes de ser introducido en el cuello del útero, el canal cervical o la cavidad uterina (dependiendo de la técnica de inseminación de que se trate). Si la mujer lesbiana tiene antecedentes reproductivos o no logra el embarazo con técnicas de baja complejidad, usualmente utilizará técnicas más completas como FIV o ICSI, aunque esto es en un porcentaje menor de casos.

El surgimiento de las tecnologías reproductivas en la Argentina se ubica hacia mediados de los años '80. En 1986 el embarazo y parto exitoso de mellizos se logró con la asistencia de un equipo médico especializado en fertilización asistida formado en Estados Unidos. Este evento tuvo lugar sólo 8 años después de que se conociera el primer caso de

fertilización in vitro exitosa en el mundo, ocurrido en 1978 en el Reino Unido, lo que habla de una absorción local relativamente rápida de tecnologías desarrolladas en países centrales. A partir de este nacimiento, y con el rápido perfeccionamiento y globalización de las técnicas, los servicios de fertilización asistida inician la expansión de su oferta en el país. La Argentina no cuenta hasta la fecha con una regulación legal de la oferta de medicina reproductiva, aunque existen lineamientos éticos y consensos médicos sobre buenas prácticas, auto-impuestos por el propio campo reproductivo (Ariza, 2008).

En este trabajo partimos de la noción de “heteronormatividad” para referimos al orden socio-político que toma a la heterosexualidad reproductiva como norma universal, natural y factor obligatorio para la institución de lazos amorosos, filiales y de otras uniones. Desde este punto de partida y sobre la base de nuestro objetivo general (que es analizar comparativamente las experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas que han hecho uso de las tecnologías de procreación asistida), enfocamos nuestro trabajo a partir de los siguientes interrogantes: ¿Cómo opera la noción de naturaleza para ambos colectivos? ¿Se sienten interpeladas de la misma manera las mujeres lesbianas y las mujeres heterosexuales con respecto al binomio biología/tecnología? ¿Cómo se vive/experimenta/proyecta la maternidad en ambos colectivos? Tales cuestiones serán abordadas a partir de cuatro dimensiones diferentes: las opiniones sobre la adopción como técnica alternativa a las TRA, las asociaciones entre maternidad, identidad de género y biología femenina, el rol de las TRA frente a la matriz heteronormativa, y los procesos de estigmatización y discriminación ligados al uso de TRA. Frente a estos interrogantes, consideramos que un estudio comparativo nos permite dar cuenta de las experiencias relativas a cada uno de los colectivos estudiados y su posición frente a los tratamientos de procreación asistida.

2. Metodología

La ponencia se construye en base a la comparación de resultados provenientes de dos investigaciones distintas, cuya viabilidad se afina en la utilización de metodologías cualitativas para la realización de ambos estudios. Dado el carácter exploratorio de ambas investigaciones, y la consecuente imposibilidad de conocer de antemano la distribución estadística de las mujeres que recurren a tratamientos reproductivos en la región AMBA, se utilizó en ambos casos una técnica de muestreo no aleatorio intencional. A esta decisión contribuyeron en ambos casos aspectos fácticos (la menor cantidad de mujeres que recurren a tratamientos reproductivos en relación con la de las que conciben naturalmente, y la menor cantidad de mujeres lesbianas que tienen hijos/as en relación tanto con las mujeres heterosexuales como con las lesbianas), así como a la dificultad de constituir un grupo muestral en el marco del estigma asociado tanto a la homosexualidad como al recurso a la medicina reproductiva.

Las entrevistadas de las dos investigaciones fueron seleccionadas de acuerdo a la posesión de ciertas características. En el caso de la investigación con mujeres heterosexuales, se seleccionaron mujeres de orientación sexual heterosexual, que hubieran recurrido (o no) a tratamientos reproductivos⁴ y que fueran de clase media. En el caso de la investigación con mujeres lesbianas, se seleccionaron mujeres de orientación sexual no heterosexual, que hubieran recurrido o planearan recurrir a la procreación asistida y que también fueran de clase media. Dada la dispersión de la población objeto de estudio en la población general, en ambos casos se usó complementariamente el muestreo por bola de nieve. En el primer caso, la unidad de muestreo fue el conjunto de mujeres heterosexuales de AMBA, y en el segundo el grupo de mujeres lesbianas en la misma región. Las unidades de análisis fueron en ambos casos mujeres que hubieran realizado o planearan realizar tratamientos de reproducción asistida.

En el caso de la investigación con mujeres heterosexuales, se realizaron 25 entrevistas en profundidad divididas en dos grupos, 20 con mujeres infértiles o en parejas infértiles que habían realizado tratamientos reproductivos, y 5 mujeres infértiles o en parejas infértiles que no habían realizado tratamiento. El trabajo de campo se llevó adelante entre septiembre de 2005 y febrero de 2007. Cabe aclarar que en esta ponencia sólo se presentan resultados relativos al primer grupo de mujeres heterosexuales (aquellas que realizaron tratamiento de reproducción).

En el caso de la investigación con mujeres lesbianas, se realizaron 16 entrevistas en profundidad a mujeres lesbianas que tuvieron, o planeaban tener sus hijos o hijas mediante tecnologías de procreación asistida al momento de la entrevista (para la muestra se tomaron tanto las mujeres que fueron gestantes como a las que no). Las entrevistas fueron realizadas en los meses de septiembre a diciembre de 2008 y enero de 2009.

En cuanto a la cantidad de entrevistas realizadas, en ambas investigaciones el criterio para establecer el grupo muestral se determinó por la saturación teórica de los datos (Glaser y Strauss, 1967).

Dado el carácter exploratorio de ambos estudios, que buscaron comprender aspectos del recurso a la reproducción asistida como medio para procrear entre dos grupos de mujeres cuya predisposición hacia la técnica médica ha sido escasamente estudiada en Argentina, se utilizaron técnicas pertenecientes al paradigma cualitativo tanto el diseño de las investigaciones como en el análisis de los datos. Por técnicas cualitativas se entiende, en el marco del diseño metodológico, la utilización de una hipótesis de trabajo en lugar de una

⁴ Como se indica más abajo, si bien en la investigación mayor que da origen a esta ponencia se entrevistaron también mujeres heterosexuales con dificultades reproductivas que no hubieran recurrido a la reproducción asistida como respuesta a la infertilidad, en este texto sólo se analizan los testimonios de las mujeres que realizaron tratamiento reproductivo, con el objeto de poder comparar estas experiencias con las de mujeres lesbianas también favorablemente predisuestas a la realización de un tratamiento de reproducción.

prueba de hipótesis, así como la implementación de técnicas de reclutamiento no aleatorias. A esta decisión contribuyeron además en ambos estudios aspectos fácticos (la menor cantidad de mujeres que recurren a tratamientos reproductivos en relación con la de las que conciben naturalmente, y la menor cantidad de mujeres lesbianas que tienen hijos/as en relación con las mujeres heterosexuales), así como a la dificultad de constituir un grupo muestral en el marco del estigma asociado tanto a la no heterosexualidad como al recurso a la medicina reproductiva.

La perspectiva cualitativa también está definida en este estudio por la adscripción a una sociología interpretativa, constructivista e inductiva atenta al sentido de la acción transportado en palabras, narrativas y discursos, así como a la idea de que las interpretaciones de primer grado provistas por los participantes en una sociedad, como aquí las entrevistadas de sendos estudios, tienen un rol constitutivo del mundo social que es así performativamente construido a través del discurso. Es decir, la perspectiva interpretativa asume que las estructuras sociales objetivas, sean estas entidades más abstractas como ideologías o formas de conocimiento, o más concretas, como instituciones o mercados (por nombrar sólo un par de ejemplos), son también en parte construidas por la actividad interpretativa de las personas.

Por último, cabe aclarar que dado el carácter sensible de los temas abordados en ambos estudios cuyos resultados acá se comparan, las entrevistadas de ambas investigaciones firmaron consentimientos informados donde aceptaron participar de las respectivas investigaciones, una vez que toda información relevante sobre los objetivos del proyecto les fue brindada, y cualquier pregunta o inquietud surgida respecto del tratamiento dado a la información, respondida de forma satisfactoria por la entrevistadora.

3. El recurso a la reproducción asistida como alternativa a la adopción

Confrontadas con la pregunta de por qué realizar tratamiento reproductivo en lugar de una adopción como forma de dar respuesta a las dificultades reproductivas, una mayoría de las entrevistadas heterosexuales manifestó no haber descartado la adopción como alternativa para procrear. La principal razón aducida por estas entrevistadas para considerar la adopción tiene que ver con la decisión de no realizar tratamiento más allá de una cierta cantidad de intentos o una cierta cantidad de años. Es decir, estas entrevistadas manifiestan haber considerado la adopción como una opción frente al potencial fracaso de los tratamientos reproductivos, como una forma de prevenirse contra una acumulación de frustraciones encontradas en el ámbito médico, como una manera de evitar alcanzar una determinada edad sin haber logrado procrear, o de no “resentirse” o “quedarse con la imposibilidad” en el caso de una eventual falla de los tratamientos. Por ejemplo, una entrevistada expresó que:

“...yo no quiero llegar a los 36, 38, 39 años desgastada, amargada, con la cabeza quemada, con tratamientos o lo que sea porque puede ser que puede no funcionar, y

no se qué va a pasar... y perdiéndome la experiencia y años de tener un hijo igual, o sea un hijo, bueno, adoptivo, pero un hijo al fin..." (Faustina, factor femenino y masculino, 31 años, sin hijos).⁵

Otra de las razones aducidas por una notable cantidad de entrevistadas para considerar la adopción tiene que ver con la percepción de la misma como una práctica altruista, solidaria, un acto de amor que es valorado como tal y más allá de su objetivo concreto que es el traer un/a hijo/a deseado/a a la familia adoptante. Así, las entrevistadas mostraron tener una alta valoración tanto de la adopción como de las familias o mujeres que deciden adoptar, comprendiendo ambas como una acción cuyo sentido moral excede el de la mera satisfacción del deseo de maternidad, expresando una consideración o preocupación por el prójimo (en este caso, por el/la bebé o niño/a adoptado/a y su familia) que transforma a la adopción simultáneamente en una obra de bien:

"...siempre tuve la fantasía de esa cosa como de no se, solidaria de poder darle algo a alguien que lo está necesitando" (Felicitas, sin diagnóstico, 38 años, 1 hijo adoptado).

"...es un acto divino el tema de la adopción, y que por más que yo tenga mis hijos biológicos no se si no haría el tema de la adopción, porque creo que hay tantos nenes que necesitan de una mamá y un papá que me parece que está bueno" (Franca, factor femenino, 32 años, sin hijos).

En tercer lugar, algunas entrevistadas que dijeron considerar la adopción como una posibilidad, afirmaron tal decisión en la idea de que un/a hijo/a biológico es igual a un/a adoptado/a. Basándose en ocasiones en la noción de educación y crianza como las instancias que verdaderamente producen la afinidad y pertenencia de un/a hijo/a a su familia (en oposición al componente "genético" de un vínculo de sangre en el caso de descendencia concebida biológicamente), estas informantes prestaron atención al carácter procesual que tiene lo que podría llamarse la "producción" de una relación, enfatizando el trabajo (en oposición a algo "dado") que requiere el establecimiento de una relación materno-filial, ya sea esta adoptiva o biológica:

"Yo creo que un chico es igual a sus padres por mas que sean adoptivos o no (...) eso creo que lo hace uno a la persona ¿entendés? Es como que yo creo que vos lo educás, le enseñás. Los chicos son el fiel reflejo de sus padres" (Antonia, factor femenino, 37 años, 1 hijo).

"...el vínculo se va armando, no es que viene el bebé y... qué amor (...) el vínculo se arma. No sentí que eso pudiera no sentirlo con un bebé adoptivo" (Aurelina, factor femenino y masculino, 2 hijos).

⁵ Los testimonios de las entrevistadas heterosexuales serán referenciados de aquí en adelante siguiendo la lógica de esta breve descripción: nombre ficcional, factor determinante de la infertilidad (masculino o femenino), edad, cantidad de hijos/as. En los casos en los que entre las entrevistadas alguno/a de los/as hijos/as no haya sido/a concebido/a gracias al uso de la medicina reproductiva, este dato también será consignado en la descripción. Cuando las entrevistadas tengan hijos/as adoptados/as se aclarará oportunamente. Se entiende por factor determinante de la infertilidad (femenino o masculino) el origen de las causas orgánicas en la mujer o en el varón.

Por otro lado, en cuanto a las razones aducidas por las entrevistadas que no consideraron la adopción como una alternativa al tratamiento reproductivo, la de mayor recurrencia es la de haber estado totalmente enfocada en los tratamientos como para haber considerado una opción alternativa como la adopción. A veces influenciadas por el consejo médico alentador (la visión de los médicos de que estás mujeres lograrían el embarazo “tarde o temprano”), y otras marcadas por la imposibilidad de realizar dos cosas simultáneamente (los trámites de adopción y el tratamiento médico reproductivo), estas mujeres relatan no haber tenido en cuenta la adopción con la misma importancia con la que consideraban la realización de un tratamiento:

“Es que como me dieron tanta seguridad de que me iba a quedar embarazada, no fue que tuvimos que plantearnos seriamente de si adoptamos o no” (Máxima, factor masculino, 36 años, mellizos).

“...yo la verdad que nunca... estaba encaprichada, el médico me había dicho ‘si vos sos perseverante vas a tener’” (Alfonsina, factor femenino, 40 años, 1 hija).

En segundo lugar, otra razón invocada con frecuencia es el tedio de los trámites de adopción, la duración de los procesos burocráticos, los vacíos legales, la organización de los juzgados por provincia, en síntesis la percepción de un sistema legal que antes que facilitar dificulta el acceso de las personas o parejas adoptantes a los/as niños/as en situación de ser adoptados/as:

“...toda la vida lo que más me asustó de la adopción fue la burocracia, el trámite” (Faustina, factor femenino y masculino, 31 años, sin hijos).

En tercer lugar, algunas entrevistadas profundizaron sobre los miedos que sentían respecto de la posibilidad de adoptar un/a hijo/a no biológico/a. Si bien en general puede decirse que se requirió mucho trabajo de indagación para lograr esclarecer algunos de estos temores sentidos (dificultades que en sí mismas ejemplifican la resistencia de varias entrevistadas a poner en acto un discurso que podría calificarse como conteniendo un alto de grado de prejuicio o incluso racismo), algunas de las entrevistadas ofrecieron racionalizaciones de estos miedos. En general, éstos estuvieron concentrados alrededor de la posibilidad de tener un/a hijo/a “con problemas”, las dificultades potenciales en el establecimiento de un vínculo “exitoso” con los/as hijos/as adoptados/as, y el desconocimiento del origen tanto social como genético del/a niño/a:

“...conozco casos de chicos que han adoptado chicos y que tienen problemas, problemas de no sé, de retraso o...de complicarte la vida” (Alfonsina, factor femenino, 40 años, 1 hija).

“...creo que está mucho el fantasma de, de dónde viene” (Juana, factor femenino y masculino, 32 años, trillizos).

“...yo las experiencias que ha tenido cerca de adopción, o sea siempre son casos bastante conflictivos” (Jazmín, factor femenino y masculino, 36 años, 1 hija).

Para las mujeres lesbianas que hacen uso de las tecnologías de reproducción asistida, se plantean razones distintas en relación con la dicotomía medicina reproductiva vs. adopción, a aquellas aducidas por mujeres heterosexuales diagnosticadas como infértiles. En tales casos, se involucra un proceso reflexivo que incluye diversas etapas, cada una de ellas relacionadas con la experiencia de ser lesbiana y querer ser madre: las razones de por qué se eligen los tratamientos de procreación asistida para poder tener hijos; la decisión de poner, o no, el cuerpo; la elección de la clínica y el trato con el médico; los intentos y la elección del donante; el trato y respeto por el cuerpo de la mujer lesbiana.

Por su parte, si bien la decisión de recurrir a este tipo de tecnologías involucra en muchos casos cuestiones ligadas al deseo del hijo biológico, también tiene como uno de sus determinantes el hecho de que se asocia mayormente con cuestiones de discriminación social y de falta de reconocimiento legal para la parentalidad no heteronormativa. En tal sentido, cuando la disponibilidad de recursos económicos lo permite, las tecnologías de reproducción asistida son percibidas como la mejor opción frente a otras como la adopción:

"...el proceso fue por inseminación. Inicialmente habíamos pensado en adoptar, esa había sido la primera opción. Hicimos todas las averiguaciones...y, en esto la escala del tiempo es muy importante porque no es lo mismo hace seis años atrás que hoy..."
(Diana, mujer lesbiana con hijos).⁶

Recordemos que la institucionalización de la adopción, en tanto práctica social legitimada y legalmente regulada, proyecta como fin el resguardo pleno de niños/as que no posean un núcleo familiar capaz de otorgar y avalar las garantías promovidas por la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, y como hecho social sedimentado, la adopción promueve el interés superior del/a niño/a "que comienza con el reconocimiento de su identidad y con su inserción en una organización familiar, dispuesta a reconocer y defender los derechos que la Convención garantiza" (Giberti, 2004: 18). Sobre tales tramas, y en base a la pregunta sobre cómo garantizar el interés superior del menor, se tejen los criterios de elegibilidad de padres adoptivos. El debate existente respecto al tema de la adopción de chicos por parejas del mismo sexo, constituye una de las cuestiones más polémicas y conflictivas de este campo, pues "sigue primando un ideal de familia adoptante, que debe estar 'normalmente' constituida: hombres y mujeres de clase media, casados, que pertenezcan a religiones mayoritarias" (Tarducci, 2008: 23). En la adopción, quien figura como potencial adoptante debe responder a lo que el Estado, influenciado por una visión tradicional y patriarcal de las familias (Tarducci, 2008: 23), espera de una buena madre o buen padre. En tal sentido, la adopción se transforma en un proceso arduo y difícil que refuerza "las desigualdades de género, de clase y de raza de la sociedad en su conjunto" (Tarducci, 2008: 22).

⁶ Los testimonios de las entrevistadas lesbianas serán referenciados indicando nombre ficcional e hijos/as, si los hay.

En los relatos de mujeres lesbianas, la alusión a tal marco de exclusión se presenta de forma recurrente, mostrando cómo, por el contrario, la reproducción asistida parece ser una opción que favorece el ejercicio de derechos reproductivos:

"...no se puede, en éste país no se puede. Mandamos algunas cartas. Y no, porque la idea era en todo caso como madre soltera. También estaba el tema de la entrevista social, porque te hacen una entrevista. Entonces, habremos estado unos meses, contestando, yendo, viniendo, averiguando, contactándonos por el tema de la adopción y bueno, ante lo que vimos que era muy difícil surge el tema biológico. Decir 'bueno, tengámoslo alguna de las dos...'" (Laura, mujer lesbiana con hijos).

"Entrevistadora: Yo te consulto algo que ha surgido en otras entrevistas. Cuando pregunté respecto de la adopción me han respondido, por ejemplo, "porque no quería ser madre soltera" o "porque no quería ir como madre soltera a adoptar, sino en pareja". Finalmente una entrevistada me lo explicó, porque en el caso de la inseminación también figurarías como madre soltera.

Entrevistada: Sí, pero, por ejemplo, no viene ninguna asistente social a evaluarte

Entrevistadora: ¿Pero por qué vos creés que en el caso de la adopción se remarca el tema de "la mamá soltera" y en el caso de la inseminación, no? ¿Por qué está tan marcada para vos esa diferencia?

Entrevistada: No, está marcada en el sentido de la accesibilidad a una lista de adopción. Vos decís "soy lesbiana, estoy en pareja, quiero adoptar un bebé" y lo más probable es que te pongan última en la lista" (Julia, mujer lesbiana con hijos).

Para concluir este apartado, puede decirse que la mayoría de las mujeres heterosexuales entrevistadas relata haber considerado, o estar dispuesta a realizar, una adopción como forma de lograr la maternidad alternativa al tratamiento reproductivo. Sin embargo, el hecho de que para la mayoría de estas entrevistadas positivamente predispuestas hacia la adopción ésta siguiera figurando como una opción "de segunda", sólo verdaderamente sometida a consideración en caso de falla total e irrevocable del tratamiento, es demostrativo en sí mismo de la alta predisposición de estas informantes hacia la tecnología reproductiva en detrimento de la adopción. Por otro lado, un número menor –aunque aún importante– de entrevistadas, rechazó de plano la posibilidad de realizar una adopción, aduciendo entre otros motivos la focalización en el tratamiento, las dificultades del sistema legal y los temores frente a posibles problemas de los/as chicos/as adoptados/as.

Para las lesbianas, la decisión de recurrir a este tipo de tecnologías tiene como su fundamento el hecho de que, si bien involucra en muchos casos cuestiones ligadas al deseo del hijo biológico, está guiada mayormente por la aspiración de contrarrestar los efectos de la discriminación social y de falta de reconocimiento legal para la parentalidad no heteronormativa. Esta conclusión está sustentada principalmente en las narrativas que muestran cómo, si la adopción es vista por las entrevistadas como un régimen que limita la realización plena de los derechos reproductivos de las parejas lesbianas, la procreación asistida es una práctica a través de la cual las entrevistadas pueden comenzar a contrarrestar esos dispositivos. Allí donde para adoptar las entrevistadas se topan con un sistema jurídico que si bien puede ser sorteado (a través principalmente de la adopción de

una de las miembro de la pareja en calidad de persona soltera), la formulación legal de adopción para parejas se limita a personas heterosexuales casadas. La reproducción asistida parece ofrecer una opción donde tales límites legales pueden ser traspasados, aunque más no sea a través de la ausencia de una legislación específica sobre tales técnicas. En tal sentido, cuando la disponibilidad de recursos económicos lo permite, las tecnologías de reproducción asistida son percibidas como una herramienta de apropiación de derechos entre las mujeres lesbianas.

4. El uso de las TRA en relación con la maternidad, la identidad de género y la biología femenina

Las maternidades (como las paternidades) pueden ser pensadas como “un campo de prácticas y significaciones culturales en torno a la reproducción, al vínculo que se establece o no con la progenie y al cuidado de los hijos” (Fuller, 2000: 36). Maternidad y paternidad involucran un salto, una distancia respecto del mismo hecho biológico de engendramiento, pues suponen una construcción que coloca (y arraiga) determinadas experiencias en un contexto social, político, económico y cultural específico. Las relaciones que constituyen y dan sentido a los modelos sociales instalados sobre las maternidades (y las paternidades) han ido mutando y modificándose fundamentalmente a partir de la Revolución Industrial (Kornblit, Pecheny y Vujosevich, 1998: 79), generando nuevas experiencias no libres de ambigüedades.

Para las entrevistadas heterosexuales de esta investigación, las asociaciones explícitas e implícitas con la maternidad están atravesadas por la experiencia de no poder concebir sin ayuda médica. Una de las principales representaciones de la maternidad lograda o buscada a través de las tecnologías de reproducción asistida es la de cierta pérdida de naturalidad que se da al tener que suplantar la relación sexual con la técnica médica. Esta pérdida es expresada a veces en la forma de una nostalgia por lo que no fue, dando cuenta de la añoranza de aquella relación inmediata con la naturaleza a través del acto sexual en tanto “acto de amor”. En efecto, para estas entrevistadas hay una asociación de sentido entre naturalidad-acto sexual-amor, por un lado, y entre reproducción asistida-artificialidad-pérdida de naturalidad o espontaneidad por el otro:

“Y es todo mucho más manipulado. Lo que uno pensaba que era sencillo ¿entendés? era simplemente haciendo el amor con tu marido para tener un hijo, se transforma en que primero te sacan, después lo unen, después te lo vuelven a poner (...) es como demasiado pautado todo entonces ya deja de ser natural obviamente” (Franca, factor femenino, 32 años, sin hijos).

“...supongo que por este como deseo de que sea lo mas natural posible, de que vos decidís tener un hijo y que sea la relación amorosa del momento...” (Renata, factor femenino y masculino, 34 años, sin hijos).

“...te estas quedando embarazada de una forma totalmente artificial, sin amor” (Máxima, factor masculino, 36 años, mellizos).

En segundo lugar, otras ideas de las mujeres heterosexuales acerca de la maternidad lograda o buscada a través de la tecnología médica se relacionan con la imposibilidad previa para concebir de forma "natural". Así, algunas entrevistadas expresan vivir la maternidad de una forma especial, valorando más el significado de ser madre, y en algunos casos encontrando dificultades para no "sobrecargar" a los/as hijos/as concebidos/as médicamente con angustias relacionadas con las dificultades previas para conseguir la maternidad:

"De hecho para mí cuando vos pasás por todo esto (...) a mi me cuesta mucho el despegue con él (...) Yo cuento, hoy es el día de hoy, él tiene un año y yo cuento las horas que estoy fuera de casa; obviamente quiero manejarlo, no quiero oprimirlo con esa angustia" (Bruna, factor femenino y masculino, 34 años, 1 hijo).

En los relatos de algunas entrevistadas, la experiencia emocionalmente difícil de la infertilidad toma la forma de dichos normativos respecto de la baja valoración de la maternidad o de los/as hijos/as que tienen otras mujeres que no atravesaron dificultades reproductivas:

"O sea me parece que valoro más el hecho de ser madre (...) quizás en este momento me da mucha más bronca gente que abandona a sus hijos (...) o sea me pasa mucho más eso que antes de tener un hijo, o sea gente que queda embarazada a los 15 años, a los 18 años o no los puede... no se, que los deja tirados, que veo un chico pidiendo y me pone mucho peor que antes" (Victorina, factor femenino, 1 hijo).

En relación con el uso de las TRA entre las entrevistadas heterosexuales y sus conexiones con la identidad de género, vale la pena indicar brevemente que la gran mayoría de las entrevistadas de esta investigación dijo haber sobrellevado comparativamente el mayor peso del tratamiento en relación con sus parejas masculinas. Para la mayoría de las entrevistadas, la intervención médica estuvo predominantemente focalizada en ellas antes que en sus compañeros. En algunos casos, este desequilibrio es descripto como algo más fácil de sobrellevar (en relación con el varón) dada la mayor socialización médica de las mujeres, habilitando así a pensar en una conciencia sobre la mayor medicalización de la salud de las mujeres (especialmente la reproductiva) que sería reproducida en los tratamientos procreativos:

"...la mujer ya de por sí, por más que no se someta a esto la mujer ya tiene más incorporado que una vez por año tiene que hacerse un pap, estamos más acostumbradas a ese tipo de cosas..." (Josefina, factor femenino, 32 años, 2 hijos).

En concordancia con lo anterior, muchas entrevistadas destacaron que en general para los hombres es "más difícil" hacerse estudios e intervenciones médicas, ya que les cuesta más "que se metan con su cuerpo". Pero aunque para muchas existe entre las mujeres una mayor predisposición a realizar estudios médicos y aceptar intervención médica, muchas informantes destacaron también el carácter asimétrico de tales intervenciones focalizadas predominantemente en la mujer:

"...los estudios más grosos, y más horribles (...) los hice yo (...) Yo sentía "quiero poder, me gustaría poder pasarle esta posta a Claudio, poné algo del cuerpo vos", era esta cosa de "poné algo del cuerpo vos", viste, sobre todo yo me hago las ecografías, me hago las inyecciones, anoto en el librito, voy a voy a ver al médico, está bien, digamos íbamos siempre juntos al médico, pero por lo menos la sangre sacatela vos, viste? (...) Desde el punto de vista de que, eh... tener un hijo lo tienen dos, pero la verdad es que lo tiene uno" (Alberta, factor femenino, 30 años, 1 hija).

Por último, en relación con el recurso a la reproducción asistida y las ideas acerca de la biología femenina, si bien como se dijo más arriba la mayoría de las mujeres estaba dispuesta a adoptar, esta disposición positiva estaba siempre planteada como una segunda instancia, es decir, como un recurso al que apelar si fracasaban los tratamientos reproductivos. Si bien fue muy difícil en el marco de esta investigación desentrañar las motivaciones profundas que encauzan una notable preferencia por el/la hijo/a biológico/a en oposición al/a hijo/a adoptado/a, es posible afirmar la prevalencia entre varias mujeres de marcadas disposiciones positivas hacia todos los aspectos del embarazo y el parto, a través de las cuales se valora la experiencia de estar embarazada como tal, enfatizando la particularidad de esta vivencia para el género femenino:

"Aparte hay un tema que a mi el embarazo me encanta, me encanta estar embarazada, la paso bárbaro, me encanta la lactancia, me encanta la sensación de que te salga un pibe del cuerpo, es muy fuerte, es muy fuerte la verdad que es muy fuerte" (Clementina, factor femenino, 36 años, 1 hija sin tratamiento, y mellizos).

"...la maternidad también estaba dentro de la panza, en dar la teta" (Dominica, sin diagnóstico, 37 años, mellizos).

Si bien hay una prevalencia de discursos donde la maternidad, el parto y la lactancia están fuertemente arraigados como elementos a valorar dentro de las posibilidades de la bióloga femenina, y en ese sentido, constituyen experiencias buscadas (o añoradas cuando no se verifican), vale destacar también que entre un grupo minoritario de entrevistadas heterosexuales surge también una apreciación crítica de la biología femenina en tanto "predestinada" o orientada exclusivamente hacia la maternidad. Estas posiciones son formuladas a veces como la disociación entre mujer y biología femenina, o entre identidad de género y sexo, así como a veces son vehiculizadas a través de una diferenciación entre maternidad y embarazo o entre maternidad y biología:

"Yo tenía bien en claro que no poder tener un hijo biológicamente para mí no era una imposibilidad de ser mamá" (Dominica, sin diagnóstico, 37 años, mellizos).

"Pero se puede ser mujer y no ser madre, eh" (Esmeralda, factor femenino y masculino, 37 años, sin hijos).

Estos testimonios ponen de manifiesto que si bien la mayoría de las mujeres heterosexuales están socializadas en discursos que enfatizan la asociación entre biología femenina, maternidad e identidad de género, ocasionando una narración sobre sí misma donde la aspiración o valoración del "ser madre" viene íntimamente ligada al hecho de tener un sexo femenino, es posible también destilar de entre las historias heterogéneas de las

entrevistadas otro tipo de discurso donde la maternidad en tanto mandato "biológico" está asumida críticamente.

En el caso de las mujeres lesbianas, la desaprobación generalizada de la no heterosexualidad, considerada no natural y no normal, se asienta en una pluralidad de espacios de saberes expertos (médicos, "psi", jurídicos, religiosos, etc.) que instituyen y refuerzan un concepto sobre la familia nuclear en el marco de la heteronormatividad:

"Yo creía que era algo a lo que uno tenía que renunciar por ser lesbiana. Yo creí en mi propio prejuicio también, como diciendo 'bueno listo, elijo ser lesbiana...'" (Margarita, mujer lesbiana con hijos).

La presencia de dos mujeres en la pareja hace que el proceso de procreación sea una situación de mayor negociación, pues involucra una primera decisión (no presente en los otros casos) que es la de quién lleva físicamente adelante el embarazo. La elección de quién es la persona gestante involucra diversas razones vinculadas a las distintas realidades biográficas de cada una de estas mujeres. Por un lado, se encuentran aquellas parejas en las que una desea poner el cuerpo y la otra sencillamente prefiere no hacerlo:

"En eso, la verdad, no hubo ni siquiera discusión ni nada, porque ella no quería y a mí de repente me interesó vivir la experiencia del embarazo" (Laura, mujer lesbiana con hijos).

Por su parte, están aquellas parejas en las que la negociación sobre quién pone el cuerpo se ve atravesada por cuestiones de salud o de edad. En estos casos, la mujer que es gestante es la que es más joven y/o sana. Asimismo, están las parejas que desean ambas poner el cuerpo. En la mayoría de los casos analizados, se decide llevar a cabo un proyecto que involucre más de un/a hijo/a. Así, primero pasa por el tratamiento la que es más grande y luego la más joven. Por último, cuando no se presentan dificultades de salud o de edad, y ambas quieren, o no, poner el cuerpo la decisión suele llevarse a sorteo. También, en situaciones donde una ya ha tenido hijos/as de relaciones anteriores, en general de una unión heterosexual, se decide por quien no los/as ha tenido, como lo ilustra el relato de Roxana:

"Entrevistadora: ¿Quién está llevando a cabo el proceso?"

Entrevistada: Yo

Entrevistadora: ¿Me querés contar por qué vos?"

Entrevistada: Sí, porque mi mujer ya es mamá. Y como yo ya venía con un deseo de ser madre, y soy un año más grande que ella, no tengo muchos años más para esperar" (Roxana, mujer lesbiana sin hijos).

En la situación de poner el cuerpo se plantean otras cuestiones, asociadas a la gestación, y al debate entre las llamadas "madres gestantes" y "madres no gestantes" o "madre afín" que en muchas de las entrevistas se plantea en términos de disputa. Hay quienes consideran que no deben sostenerse diferencias entre quien gesta y quien no gesta, como aquellas que postulan que sí hay diferencias fundamentales, en especial asociadas a lo corporal:

"Entrevistada: Yo no estoy de acuerdo con la división de la madre gestante y madre no gestante.

Entrevistadora: ¿Por qué?

Entrevistada: Primero, yo que tengo una hija anterior y ahora voy a tener otro pero no voy a ser yo la que me insemine, ¿dónde me coloco? ¿Quién tiene autoridad moral o la autoridad que le quieras poner para decir quién es buena o mala madre, dónde está escrito? Yo estoy tratando de verlo, de pensarlo conmigo y hablarlo conmigo misma, el por qué de la división. Yo no me pongo el título de la madre, porque soy la madre de mi hija y voy a ser la mamá de este futuro hijo. Soy la madre, bien o mal, con errores, sin errores. Mi mamá fue mi mamá, punto" (Lorena, mujer lesbiana con hijos).

En las sociedades contemporáneas occidentales, el significante "madre" posee una gran carga simbólica. Más allá de que se encuentra en constante discusión que las asociaciones culturales con la maternidad no deben por qué estar ligadas a nociones como lo femenino, el amor, los cuidados primarios etc., existe un consenso en considerar lo materno desde una "idealización" (Giddens, 2004: 48). Es una asociación metafórica experimentada en términos de pensamiento cotidiano (Lakoff y Johnson, 1980) y sedimentada a lo largo del tiempo mediante una ilusión de naturalidad y atemporalidad (Fernández, 2006:168-172). En términos giddensianos, ello da lugar a la "invención de la maternidad" (Giddens, 2004: 47) durante la época moderna. Así, si bien existe una pluralidad de sentidos vinculados a la noción de "madre", hay sentidos más arraigados o "fuerzas sociales que operan en la subjetividad de las mujeres" (Fernández, 2006: 162), que se constituyen como mitos. Para Ana María Fernández, los mitos aluden a la "producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y los masculino moderno que forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres" (Fernández, 2006: 162). A partir de estas significaciones, "que no sólo 'aluden y eluden lo real' sino que instituyen una realidad" (Fernández, 2006: 163) se produce una historia del sentido. Son mitos representantes de lo histórico, "ya que constituyen los discursos científicos, políticos, ideológicos, etc., por los que una sociedad habla de sus mujeres" (Fernández, 2006: 163).

Más allá de adoptar una posición respecto del debate por diferenciar, o no, a madres gestantes de madres no gestantes, sí consideramos que tal debate debe situarse bajo el paraguas de aquellos mitos e idealizaciones asociados a la maternidad. Lo que pareciera disputarse aquí, sobre todo en aquéllas que plantean la inexistencia de diferencias, es quién es "más madre", casi como si retrotrajéramos la discusión al lugar común de "madre es la que pare con sangre, sudor y lágrimas". De alguna manera, estas cuestiones actualizan problemáticas pasadas, y ya discutidas respecto de la hegemonía de lo biológico, pero que reaparecen en otros contextos. Todo ello plantea dos cuestiones intrínsecamente ligadas. Por un lado, podemos ahondar, y discutir de una manera crítica, sobre las significaciones atribuidas al significante "madre" o "maternidad", como idealización. Pero, por otro lado, si se acuerda que la maternidad es una práctica de gran peso en las sociedades actuales,

resta afirmar que su importancia radica en su impronta social, cultural y simbólica, y no sólo en su lugar biológico. Con ello no buscamos desvalorizar la posición de quienes han llevado a cabo un embarazo deseado, ni de quienes han gestado criaturas que luego ofrecen en adopción, ni los deseos, infortunios, felicidades o desdichas que pueden haber detrás de un embarazo. Sólo procuramos alejarnos de aquella ideología heteronormativa que hace de lo biológico un lugar irrevocable de dominación, que se pone a la luz en las diversas situaciones de deslegitimación que experimentan las maternidades (y paternidades) no biológica.

5. Las tecnologías de reproducción asistida y la matriz heteronormativa

Podemos entender que la infertilidad, en tanto dinámica social y no estrictamente dolencia médica, se constituye como una experiencia problemática en la medida en que se contrarresta con el ideal burgués de la familia modélica heterosexual. Aquí se propone, además, entender que el recurso a la reproducción asistida también puede ser interpretado como un espacio de sanción (e igualmente de subversión) de la matriz heteronormativa.

En *La historia de la sexualidad Volumen I*, Michel Foucault indica que “fue en la familia ‘burguesa’ o ‘aristocrática’ que la sexualidad de los niños y los adolescentes fue problematizada en primer lugar, y la sexualidad femenina medicalizada; [la familia burguesa o aristocrática] fue la primera en ser alertada de las patologías potenciales del sexo, de la necesidad urgente de mantenerlo bajo control y de desarrollar una tecnología racional para su corrección” (Foucault, 1979:120)⁷. En la época moderna, la familia heterosexual tradicional fue central en un régimen que organiza y disciplina las modalidades y arreglos sexuales de los grupos poblacionales occidentales. Como dice Foucault (1979), las clases altas fueron la primeras en conferir un rol moral a la mujer madre y en disciplinar a la que no lo es (la “mujer nerviosa” o “mujer histérica”).

Mirada a la luz de los análisis foucaultianos, el foco puesto por la medicina reproductiva en la familia heterosexual adquiere un matiz particular en países en desarrollo como la Argentina, donde tal situación es complementada por la intervención de los esfuerzos gubernamentales y de las agencias bilaterales en el control de la fertilidad de las clases populares. A la vez, como indica Garay (2008) el discurso promotor de las tecnologías reproductivas en Argentina, anclado en la idea de familia e impulsando el cumplimiento del ideal maternal, tiene como eje de su intervención al modelo familiar heterosexual tradicional antes que a otros ejemplos de diversas familias observadas en la Argentina contemporánea. Esto significa que el recurso a las TRA por parte de parejas o personas heterosexuales que no pueden “construir una familia” sin hacer uso de la medicina reproductiva, es diferente del recurso que hacen mujeres o parejas de lesbianas, quienes lo

⁷ La traducción es nuestra.

hacen no guiadas por una dificultad reproductiva o infertilidad, sino antes bien debido a la necesidad de contar con gametos (óvulos o espermatozoides) donados.

Para la mayoría de las entrevistadas heterosexuales, el tener descendencia es una pieza elemental de un proyecto que está potentemente relacionado con el significante "familia". En algunas formulaciones, la familia es eso mismo que existe porque se tienen hijos/as, de forma que aparentemente la pareja que no procrea no es totalmente o plenamente una familia. Este es precisamente el significado cultural hegemónico que tiene en nuestra cultura el topos de "formar una familia", en donde el proyecto de una familia nuclear tal como fue definida por la sociología de mediados del siglo XX (Cheal, 2002) viene dado por dos acciones y dos partes constitutivas: de una parte, "casarse y tener hijos"; de la otra, dos tipos de actores sociales, la pareja heterosexual por un lado (padres) y los/as hijos/as por el otro. Si bien en cuanto a las acciones constitutivas es marcado el incremento sostenido en Argentina de las uniones de hecho a lo largo del siglo XX (y la consecuente disminución relativa de las uniones legales) (Torrado, 2003), en cuanto a las partes constitutivas podría decirse que para las entrevistadas heterosexuales si una de las partes falta (padres o hijos/as), la familia no es totalmente una. Una alternativa semejante a estas formulaciones es la que predica que si no hay descendencia, muchas actividades familiares tampoco tendrán lugar. En todas estas formas de proyectar la procreación, los/as hijos/as "funcionan" como viabilizadores del proyecto familiar. Esto es, son potentes intermediarios a través de los cuales la idea de familia (y de todas las formas de vivir en familia) se realiza:

"...el proyecto de la pareja en parte es tener hijos y formar una familia. No lo veo como una opción no tener hijos" (Renata, factor femenino y masculino, 34 años, sin hijos)

*"Yo lo disfruto, lo elijo, pudiéndome, habiéndome ido de vacaciones muchas veces sola, unos días igual me he ido con ellos [sus padres], o los iba a visitar a donde ellos estaban, entonces desde ese punto de vista nunca fue una opción no tener hijos, **porque no tener hijos es no tener familia**"* (Alberta, factor femenino, 30 años, 1 hija) (Énfasis nuestro)

Como dice Cheal (2002), las preguntas acerca de quiénes forman parte de la familia rápidamente se convierten en preguntas acerca de la definición del concepto de familia. Cómo la familia sea definida determinará entonces cuál es la brecha que separa a los que son parte de la familia y los que no lo son, quiénes quedan incluidos en ella y quiénes no. En este sentido, para estas entrevistadas la definición de familia que articulan en sus discursos es una familia con hijos/as, de donde la ausencia de estos últimos pone en jaque la misma existencia de la familia como tal. Es decir, a diferencia del análisis sociológico contemporáneo que, frente a la complejidad de los arreglos familiares surgidos en las últimas décadas, re-define a la familia como una unidad de colaboración donde se comparten recursos, cuidado, responsabilidades y obligaciones, y donde la familia aparece así intrínsecamente asociada a lo que hace (y no a quiénes la componen) (Cheal, 2002), las entrevistadas heterosexuales enfatizaron una definición de familia que se articula en

quiénes son sus miembros más que en qué es lo que se hace en la familia. A la luz de los análisis feministas pertinentes, puede verse que el ideario familiar puesto de manifiesto por estas entrevistadas supone una forma idealizada de la entidad familiar, compuesta por dos padres (madre y padre) heterosexuales y los/as hijos/as, dentro de una unidad auto-contenida (Arendell, 2000). El recurso a las TRA se hace, entonces, desde este marco institucionalizado en la familia heterosexual, donde el proyecto de tener hijos/as siempre está implícitamente enmarcado en un proyecto familiar más o menos buscado, que tiene como escenario central a la pareja heterosexual (y desde el punto de vista de las entrevistadas, al compañero varón) y cierta estabilidad laboral o económica que garantiza que esos/as hijos/as advendrán a un ambiente saludable donde serán criados.

En el caso de las entrevistadas lesbianas, La búsqueda de hijos por fuera de un proyecto familiar que coloca en el centro a la pareja heterosexual reproductiva, se imprime de varios matices. Por un lado, la dificultad biológica para engendrar que tienen dos personas del mismo sexo. Por el otro, la imposibilidad legal que tienen dos personas del mismo sexo para elegir la vía adoptiva, en términos de patria potestad compartida. Por último, la elección de otras vías como la tecnológica o la co-parentalidad como respuesta a ambas situaciones anteriores. En los relatos de las entrevistadas estas disyuntivas son recurrentes. En estas situaciones el dilema se circunscribe a qué vía permite un mayor grado de reconocimiento o, más aún, de menor fragilidad frente a la ley.

Para muchas de las mujeres lesbianas entrevistadas ese grado de reconocimiento recae en las “normas hegemónicas” (Fonseca, 2007: 6) de la biología y en su espacio de legitimidad irrefutable:

“Entrevistada: Con mi mujer hacemos una fecundación in vitro con un óvulo mío, lo sabemos ella, yo y vos...Sería una estrategia el día de mañana. Si a ella le pasa algo, o pasa algo con el bebe, con un ADN este hijo biológicamente es mío

Entrevistadora: ¿Y de ella no es biológico?

Entrevistada: Y... no. No, no, no... porque estamos hablando del caso de un óvulo mío. Legalmente es hijo de ella porque ella le dio su apellido, pero si a ella la pisa un auto, y su familia me lo quiere sacar... no me lo puede sacar” (Lorena, mujer lesbiana con hijos).

“Entrevistadora: Vos antes me planteaste algo que...ustedes van a usar una misma muestra de semen

Entrevistada1: Claro porque la idea es que sean hermanos de sangre

Entrevistada2: Para que sea más difícil separarlos ... si convive con un medio hermano” (Eugenia, mujer lesbiana con hijos y Soledad, mujer lesbiana con hijos).

Kath Weston (2003), bajo su concepto “familias que elegimos”, opone las nociones familia de elección (gay y lesbiana) al de familia biológica o de sangre (heterosexual); enfrentamiento que resulta peculiar pues particulariza lo biológico y lo electivo como dos carriles que van separado. Sin embargo, el concepto de la autora, introduce varios elementos que merecen distinguirse. En primer término, se toma lo biológico y la elección como una oposición ideológica, como dos principios definitorios que orientan la organización

de las relaciones. En segundo término, y ligado a lo anterior, permite pensar de manera conjunta familia y no heterosexualidad, conceptos que otrora se mantenían apartados. Este desarrollo no es menor pues permite revitalizar la ya clásica dicotomía naturaleza/cultura, binomio que resulta implicate en el marco de los relatos interpretados. Situar como histórico tal binomio implica asumir que su carácter contingente no desecha su lugar como productor de sentido. Si bien, el parentesco "constituye culturalmente la bisagra entre lo biológico y lo cultural, esto no significa decir que es 'en parte' biológico y 'en parte' cultural, sino insistir en que su significado cultural radica en las operaciones de naturalización a través de las cuales es construido como parte del dominio inalienable de la naturaleza" (Ariza, 2008: 126).

En el marco de los relatos interpretados, dicha operatoria se presenta en la naturalización de lo biológico como elemento constitutivo para regularizar aquellas situaciones no contempladas por el Estado. Tales representaciones sobre lo biológico asumen, por su parte, un lugar performativo al plasmarse como táctica de actuación o resistencia. Pues se coloca en dicho valor, un lugar de amparo que el Estado no podría trastocar; o por lo menos no, en los imaginarios de tales relatos.

6. Procesos de estigmatización y discriminación ligados al uso de la medicina procreativa

Varios trabajos han destacado la procreación como uno de los hitos centrales en la adquisición de una madurez plena de la persona ante sí misma y ante los/as otros/as (Webb y Daniluk, 1999). Como un hito en ese recorrido, la procreación (o su imposibilidad) funcionan entonces como eventos densamente marcados y cargados de significación. A través del concepto de "transición de rol" Mathews y Mathews (1986, citado por Bartlam y Birch, 1998: 38) caracterizan a la infertilidad como un bloqueo en el proceso de transición hacia la paternidad. En el discurso de las entrevistadas heterosexuales aparecen referencias a las relaciones con el entorno (tanto para señalar los celos y los sentimientos de diferencia con respecto al grupo de pares con el que se comparan y miden a través del desarrollo del ciclo vital, como para señalar que tales sentimientos negativos no existen), que pueden interpretarse como una estrategia subjetiva que permite tramitar las dificultades encontradas en atravesar esa transición de rol. Bajo uno u el otro signo, "los otros" siempre están espontáneamente presentes en estos relatos sobre la experiencia de la infertilidad, porque son el parámetro y punto de referencia que atestigua la transición (o no) entre el rol de persona sin hijos/as a la de persona con hijos/as:

"Entrevistada: Y adoro a mis amigas, y adoro a los hijos de mis amigas pero llegaba un momento que me iba a la iglesia a confesarme y el cura me decía 'eso no es material de confesión', andate, porque yo..."

Entrevistadora: ¿Qué sentías?

Entrevistada: Estaba con amigas y los únicos que no teníamos hijos éramos nosotros y yo decía 'puta madre, cuándo voy a poder tener un hijo y disfrutarlo así' (...) mi

hermana tuvo una nena, tiene tres años, y cuando yo empecé a buscar ella queda embarazada en el medio y la que buscaba era yo. Ella quedó.

Entrevistadora: Ella por casualidad...

Entrevistada: Y también fue duro, fue duro, la adoro a mi hermana pero en el momento en que me enteré fue duro... lo recuerdo, estaba en el consultorio y me llamó para decirme que iba a ser tía otra vez y me tuve que ir al baño a llorar" (Juana, factor femenino y masculino, 32 años, trillizos).

"No me pasaba eso. No veía un chico y lo quería matar porque no es mi hijo. O sea no, no, para nada. Miraba a los chicos y me encantaba, me encantaba estar en ese lugar, bien, digamos, 'cómo me encantaría que estemos en familia'" (Dominica, sin diagnóstico, 37 años, mellizos).

La referencia a los/as otros/as puede interpretarse como una señal del estigma que es asociado con la infertilidad. La ausencia involuntaria de descendencia es un vacío o falta (o fracaso) que es necesario explicar a través del discurso. Esto es así ya que, por contraposición, la procreación es de forma constante un acontecimiento lleno de sentido, un "logro" y hasta un síntoma del poder del sujeto. Si bien para la mayoría de las participantes en esta investigación la procreación era algo obvio desde el punto de vista de su deseo y su proyección, no lo era desde el punto de su realización o consecución (precisamente porque había dificultades para lograrlo). En esta forma particular de entender a la procreación como un casillero lleno o un éxito, y a la imposibilidad de procrear como un vacío o un deseo irrealizado, la infertilidad está fuertemente marcada por la cultura. La ausencia involuntaria de descendencia es una marca del sujeto en la relación con los otros, una marca que debe ser explicada y que no puede ser entendida como una simple diferencia más. La infertilidad es sentida dentro del grupo de mujeres entrevistada como una desigualdad, algo que recorta al sujeto de la normalidad (Bartlam y Birch, 1998). El orden de las diferencias pertenece al orden de lo normal, la infertilidad al orden de lo a-normal. Es posible pensar, entonces, que si la infertilidad no estuviese culturalmente marcada como falta, la referencia al entorno (para señalar los celos o la felicidad por los embarazos de los otros) no insistiría en el discurso como lo hace en estos testimonios. La referencia persistente a los otros como representantes de la "plenitud" (o la normalidad), hace evidente la marca de la infertilidad.

Las entrevistadas también aluden a la relación con el entorno en un segundo sentido que igualmente da cuenta de la infertilidad como un acontecimiento que porta estigma para quien lo padece. Este segundo sentido de la relación con los otros tiene que ver con la problematización de la información transmitida a los otros sobre la dolencia que atravesaron. Resulta interesante, por lo tanto, explorar brevemente las diferentes estrategias de secreto y comunicación desplegadas por las entrevistadas respecto de la infertilidad.

Por un lado, surge una primera caracterización del entorno como una fuente de presiones y de discursos normativos sobre la maternidad y la paternidad. Así, varias mujeres refieren al conjunto de amigos/as y familiares como una instancia si no juzgadora, al menos moralizante y por eso mismo discriminadora de quienes no procrean.

Para varias entrevistadas, esos discursos normativos de los otros representaron la imposibilidad de poner en diálogo con pares cercanos o con la familia el problema de la infertilidad. Como una condición estigmatizante y que sitúa al sujeto en los bordes de la sociedad (Bartlam y Birch, 1998), la ausencia involuntaria de hijos/as marcó para algunas de las participantes en esta investigación el inicio de una relación con los otros cercanos caracterizada por el silencio sobre la infertilidad. Varias mujeres relatan haber sentido el aislamiento social producto de una dolencia sobre la que “nadie se atreve a preguntar”, duplicando las dificultades de quien la padece para comunicarla. Aún más, tabúes y limitaciones que asocian la infertilidad con tópicos sexuales pueden ser en parte la razón para las dificultades que encuentra el entorno cercano para proveer apoyo y comprensión a las personas infértiles, tal como fue narrado por las entrevistadas. En esta lógica, algunas informantes (aunque la minoría) ocultaron expresamente las dificultades reproductivas a ciertas personas o círculos:

Sin embargo, de forma contra-intuitiva a la percepción generalizada acerca de la infertilidad, el análisis realizado en este trabajo muestra que el secreto no es tan central como otros procesos a la hora de tramitar la comunicación a los otros sobre las dificultades reproductivas. A diferencia del grupo anterior, la mayor parte de las mujeres que participaron de esta investigación manifestaron transmitir y hablar de la infertilidad con los otros. Por un lado, una gran parte de mujeres destaca la “necesidad” de hablar de estas cuestiones con amigas íntimas o con familiares cercanos. En muchos de los casos se percibe que esta incitación a hablar funcionaba, paradójicamente, como una forma de crear un escudo protector alrededor de la pareja, una forma de “poner sobre aviso” a los otros respecto de la sensibilidad del tema:

“No, es más, yo siempre a las mujeres que se hacen tratamientos y no lo quieren contar les digo: ‘contalo’, porque es la única forma de que no te estén presionando, porque si no viste que cuando estás recién casado ‘¿y cuándo van a tener hijos...?’, entonces yo... viste yo las cortaba y decía: ‘no, no puedo, me tengo que hacer tratamiento’, y nunca más me jodían, viste? Es la mejor forma y nadie te pregunta nada. Hay muchas mujeres que no lo quieren contar, y que es más, después de tener hijos no lo cuentan, pero para mi es lo peor... primero porque es algo que tenés guardado adentro y escondiendo y que no tiene sentido, porque no es ninguna vergüenza... y después viste, el tema ese de la presión de que viste que ‘cuándo van a tener y cuando’, lo solucionás” (Máxima, factor masculino, 36 años, mellizos)

El “contalo”, con todas las semejanzas que tiene con la incitación al discurso foucaultiano (Foucault, 1979), opera entonces tanto como una forma de transmitir cierta información al entorno cercano, descomprimiendo las expectativas e inquietudes de los otros sobre la reproducción de la pareja, a la vez que tiene la función, para las entrevistadas, de preservar el polo decisorio dentro de la pareja, y con él su intimidad. Por otro lado, el relato de las participantes muestra que el “contalo” no funciona nunca irrestrictamente; siempre existen límites para el tipo y la cantidad de información que será transmitida al entorno, y especialmente a quién y en qué momento. Si bien hay un

permanente fluir de información, ésta es constantemente fiscalizada y lo que se dice y a quién se dice es frecuentemente el resultado de un cálculo espontáneo sobre el grado de vinculación y los efectos (positivos y negativos) que esa vinculación puede tener en quien padece la infertilidad.

La comunicación a otros siempre está mediada por el cálculo preventivo que se instaure como mecanismo de protección de la pareja (o al menos de la mujer que narra) frente a las presiones sociales del círculo social cercano.

Sin embargo, lo que interesa destacar respecto del tratamiento de la información provista a otros, es que el hecho de que la misma transmisión sea un tema sensible para las entrevistadas está lleno de significado cultural para quien analiza la experiencia de la infertilidad en un grupo dado. Más que sugerir la hipótesis (represiva) de que la infertilidad es un "tema tabú", difícil de comunicar y frecuentemente sobrellevada en silencio y en aislamiento, es posible pensar que los testimonios de las entrevistadas apuntan también en otra dirección. Esto es, que si bien en muchos casos existe una regulación sobre qué tipo de información contar, y a quiénes y en qué momento, lo que también está presente es una voluntad de poner la dolencia en diálogo con los otros, de hablar sobre ella, de analizarla, de explicarla a los otros, de interpretarla personal y colectivamente. Esta proliferación del discurso sobre la infertilidad en las entrevistadas, así como en los medios de comunicación y en otras instituciones culturales, se construye explícitamente contra la opción (renegada) de silenciar el tema y constituirlo como tema tabú. Es decir, si bien muchas entrevistadas trajeron a colación espontáneamente el tema de cuánta información y qué tipo de información transmitían, y algunas plantearon incluso ambivalencias respecto de qué decir, cómo, a quiénes y en qué momento, lo que también se muestra en estos testimonios es la voluntad de situar la infertilidad como un tema de diálogo con los otros, esto es, ponerla en discurso. Según la interpretación que aquí se favorece, todo esto refuerza la conclusión anterior de que para estas entrevistadas la infertilidad marca negativamente al sujeto que la padece, y que tal marca sitúa paralelamente la posibilidad de la auto-exclusión del/a persona infértil y del aislamiento social como resultado del alejamiento de los otros (Bartlam y Birch, 1998, Bury, 1982). Es en este contexto que la sensibilidad sobre la comunicación a otros sobre las dificultades reproductivas adquiere todo su sentido. Por un lado, asumir ante los otros la imposibilidad de concebir es dar cuenta ante la mirada de los otros –una mirada que es percibida como normativa y moralizante– de una fragilidad personal socialmente marcada o considerada como una falta. Esto es, significa asumir la posibilidad de una estigmatización al menos potencial, como se muestra en la aclaración de varias mujeres de que "no es nada para avergonzarse", ya que si hay que aclarar que no es algo para avergonzarse, entonces es porque al menos existe la posibilidad de que la infertilidad cause vergüenza. Por otro lado, comunicar las dificultades reproductivas a los otros es también potencialmente contrarrestar la mirada estigmatizante de los otros a

través de la resistencia a la auto-exclusión y al aislamiento social. Esto es, implica doblemente poner la dolencia en diálogo con los otros, alertándolos y haciéndolos partícipes, al mismo tiempo que implica sensibilizar ante los otros la cuestión reproductiva, sugiriéndoles que el tema reproductivo representa una cuestión que plantea desafíos emocionales a quién la está atravesando. Más que una visión restrictiva en donde el silenciamiento hacia los otros de la vivencia de la infertilidad sería sinónimo del malestar que genera en la persona que la atraviesa, una perspectiva foucaultiana sugiere en cambio que la significación cultural de la procreación (y de la estigmatización de su imposibilidad) se muestra en la insistencia con la que ésta es puesta en discurso. Estos testimonios indican que hablar con los otros sobre las dificultades reproductivas, aunque maniobrando cautelosamente respecto de cuánto, cómo, y qué transmitir, es una forma de contrarrestar la mirada victimizadora del otro.

Como dice a continuación una de las entrevistadas, resulta más doloroso el silencio de los otros (en tanto supone una resistencia de los otros a la invitación de quien padece la dolencia a poner el tema en discurso) que la posibilidad de que los otros se inmiscuyan en un tema sentido como demasiado íntimo y personal. Las entrevistadas critican mucho más, por lo tanto, el “de eso no se habla” como mecanismo represivo que un entorno con voluntad de dialogar:

“Entrevistada: A mí lo que me afectó en la parte social fue, por ejemplo mi familia que ni tocaba el tema.

Entrevistadora: O sea ni te preguntaban, por ejemplo.

Entrevistada: Ni me preguntaban, y para mí eso fue terrible (...) Y después era como que nadie me preguntaba nada, ni mis amigos, era como que era un tema viste tabú, como que ‘¿cómo nos iban a preguntar?’, y yo creo que lo importante era poder conversarlo también con alguien, porque creo que el desahogo o el poder compartirlo con las personas que querés era más que importante (...) Sabés que me daba la sensación de que cuando nosotros no estábamos se re hablaba el tema, y cuando nosotros estábamos nada” (Antonia, factor femenino, 37 años, 1 hijo)

La puesta en discurso de la infertilidad, tanto como mecanismo de control (controlar las expectativas del entorno respecto de la reproducción propia, alertar a los otros sobre la sensibilidad del tema para la pareja), y como forma de contrarrestar un potencial aislamiento social dado a través de la estigmatización o victimización por parte de los otros, está cargada de sentido cultural. Éste está dado en el hecho de que la proliferación del habla sobre la infertilidad es una forma de negociar la dolencia a nivel personal y a nivel intersubjetivo. Es una forma de aceptarla como una parte más de la persona que la atraviesa, a la vez que es una estrategia para generar una imagen de sí distinta ante los otros (es decir, dinamizar la imagen que los otros tienen de uno como un ser reproductivo antes del diagnóstico). La puesta en discurso de la infertilidad es una manera de viabilizar una respuesta, de manifestar cierta agencia subjetiva en la búsqueda de una solución. Poner en circulación la infertilidad es también objetivar la dolencia qua dolencia ante sí y ante los otros, y por lo tanto legitimar el recurso a la medicina reproductiva. El discurso

sobre la dolencia es entonces ese medio crucial a través del cual la infertilidad es identificada como problema y tornada objeto de intervención. Esto es, al igual que el dispositivo de la sexualidad que la hace posible, la infertilidad debe ser producida como tal, y el discurso es el medio a través del cual esto tiene lugar. Esta operación es contraintuitiva, en tanto ubica a la infertilidad no como esa experiencia tabú que es necesario silenciar, sino como aquella dolencia que es necesario verbalizar para mejor intervenir. En la base de esas operaciones está lo mismo que Foucault (1979) analizaba para el dispositivo de la sexualidad.

La heteronormatividad institucionalizada refuerza la figura de la pareja heterosexual como única constitución elegible para el acceso de las tecnologías de reproducción asistida. La cuestión de la elegibilidad no es menor en este terreno, en especial en un campo que está seriamente alejado de toda regulación. En los casos de parejas constituidas por mujeres el uso de esas tecnologías procreativas las enfrenta a una etapa fundamental que es el de la elección de un lugar “amigable”⁸ para la realización del tratamiento, pues de todos los centros existentes en la Argentina⁹ sólo unos pocos de ellos realizan el procedimiento a pareja de mujeres. O, incluso aquellos lugares que sí lo hacen no siempre ofrecen un trato que es aceptado cómodamente para quienes quieren hacer uso de tales tecnologías. Como se observa en el relato de Lorena, en varias de las entrevistas realizadas, se planteó esta manera de nominar a la mujer que se insemina como “la mujer que va a ser madre”, invisibilizando a la otra y colocándola en un lugar de no-madre.

“Entrevistada: Hemos pasado por distintas cosas en realidad buscando médicos. Fuimos con un médico que ni siquiera me miraba, o sea le hablaba todo el tiempo a ella. Hemos pasado por varias cosas, me sentí muy mal...”

Entrevistadora: ¿Pero vos creés que eso es porque son una pareja de chicas o porque si va una pareja heterosexual al varón no lo trata tampoco?

Entrevistada: Es porque éramos una pareja de chicas

Entrevistadora: ¿Sí?

Entrevistada: Sí, totalmente. De hecho yo quise entrar tres veces en la conversación y el médico me decía: ‘le hablo a ella porque ella va a ser la mamá’”

(Lorena, mujer lesbiana con hijos).

En muchos casos, se produce una exotización y desconocimiento del cuerpo de la mujer lesbiana que trae aparejado fuertes efectos en la salud física y psicológica de las mujeres, en especial en lo que atañe a la estimulación hormonal y las recetas de medicamentos innecesarios.

“Fuimos a dos centros. En el primero, la entrevista estuvo súper bien, pero la frase del tipo era: ‘nosotros recomendamos estimulación porque nosotros lo que queremos

⁸ En este contexto la utilización del término “amigable” proviene del uso anglosajón “friendly” y remite a los lugares que suelen ser receptivos con el colectivo LGTTBI, y en general en relación al mercado.

⁹ En el trabajo de Ricardo Garay, se enumeran los centros de fertilización asistida de la Argentina. Ver Garay (2008:51).

es meter el gol” [risas]. A mi pareja, como que está más orientada por la cosa del éxito, no le causó tanto escalofrío. Y yo le dije: ‘no, este tipo no me gusta’”. (Rosa, mujer lesbiana con hijos).

En varios de los relatos hay un cuestionamiento al discurso médico, pero no sólo al hecho de que se estimulen hormonalmente los cuerpos fértiles, sino a determinados procedimientos que se llevan a cabo al momento de querer iniciar un tratamiento. En los centros de procreación asistida, es una práctica común que las mujeres sean entrevistadas por profesionales psi para hacer una evaluación psicológica. En muchas ocasiones, ello no es cómodamente recibido, como en el caso de Serena (mujer lesbiana con hijos).

“A ver, ¿por qué alguien debe presuponer que una debe estar acompañada? Las parejas heterosexuales que buscan un bebé tienen relaciones y por ahí están dos años buscándolo y nadie les pone un psicólogo para acompañar la frustración. Yo creo que una hace tratamientos si tiene ganas con un psicólogo. Que sea forzado, me parece como una cuestión de control social muy pesada” (Serena, mujer lesbiana con hijos).

Como sostienen Diniz y Gomes Costa (2005) la “ideología naturalista” de la medicina reproductiva se complementó con una propuesta moral que tomaba como foco a la pareja infértil, trasladando todo problema de esterilidad individual al de un proyecto familiar impedido. ¿Qué es, entonces, la medicina de reproducción asistida? ¿Se trata de un servicio o un tratamiento de salud? Para una pregunta de respuesta imprecisa, la condición de pareja infértil pareció erigirse como ser la categoría adecuada; pues “la idea de que la infertilidad es un problema de la pareja es una herramienta discursiva que facilita la medicalización de la infecundidad” (Diniz y Gomes Costa, 2005: 16-17). Ahora bien, tales premisas generan diversas consecuencias, muchas de ellas contradictorias. Por ejemplo, si por un lado, el criterio de elegibilidad para el acceso a las tecnologías de procreación asistida de la pareja heterosexual infértil es solamente médico, el principal objetivo de estas técnicas “no sería revertir o solucionar las posibles causas de una infertilidad que conducen a la infecundidad involuntaria, sino garantizar la producción de un bebé” (Diniz y Gomes Costa, 16). Pero, por otro lado, para que la infecundidad siga siendo un patrimonio del discurso médico y, junto a ello, de la ideología naturalista y heteronormativa, es necesario que al servicio de producción de bebés se lo asuma asimismo como un tratamiento (Diniz y Gomes Costa, 17). En el alto componente moralizante de la pareja heterosexual infértil actúan otros elementos. Como se dijo líneas antes, la categoría resulta ser útil pues alivia la acusación de manipulación natural, recaída en las tecnologías de procreación asistida, tomando el lugar de auxiliadora de la naturaleza y salvadora de los proyectos familiares que, sin su ayuda, serían nulos. Por su parte, la categoría de pareja infértil deja por fuera otras situaciones de infecundidad, pero no necesariamente estériles, como el caso de personas lesbianas solas o en pareja. Con lo cual, los dispositivos que la medicina de procreación asistida fue tomando para legitimarse, conjuga elementos morales y estratégicos, junto a una ideología naturalista y heteronormativa. En la actualidad, si bien

existen centros de procreación asistida que realizan tales tratamientos a mujeres heterosexuales o a lesbianas solas o en pareja, la figura de la pareja heterosexual infértil sigue conformando el núcleo duro de la medicina reproductiva. Esto es, y como se planteó líneas antes, en los centros que definitivamente no llevan a cabo el proceso a mujeres lesbianas se apela al un discurso de la infertilidad. Así se sostiene que como las lesbianas no son mujeres estériles no tienen por qué acudir a la reproducción asistida. Pero, en algunos de los centros que sí realizan los tratamientos a mujeres lesbianas se genera otro tipo de proceso, efecto de la heteronormatividad, que es el de recurrir a la figura de la infertilidad incluso cuando no es necesario. La consecuencia principal de ello, como se dijo líneas antes, es la medicalización injustificada del cuerpo, en especial en tratamientos hormonales, para técnicas que no lo necesitan como la inseminación artificial.

7. Reflexiones finales

En esta ponencia analizamos comparativamente las experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas en relación con el uso de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). Trabajamos sobre cuatro apartados. En el primero de ellos, el recurso a la reproducción asistida como alternativa a la adopción, observamos cómo en el caso de las mujeres heterosexuales, si bien la mayoría de las entrevistadas está en principio de acuerdo con realizar una adopción, la elección de esta vía se mantiene como una opción “de segunda”, y sólo tomada en cuenta en caso de falla del tratamiento. Por su parte, en el caso de las mujeres lesbianas vimos que, al ser la adopción una herramienta imposibilitada para que dichas mujeres puedan generar descendencia, la procreación asistida se presenta como una práctica a través de la cual las entrevistadas pueden comenzar a contrarrestar esos dispositivos.

En el segundo apartado, el uso de las TRA en relación con la maternidad, la identidad de género y la biología femenina, intentamos dar cuenta de cómo la mayoría de las mujeres heterosexuales entrevistadas están socializadas en discursos que enfatizan la asociación entre biología femenina, maternidad e identidad de género. En sus relatos interpretamos la trayectoria de una narración sobre sí mismas donde la aspiración o valoración del “ser madre” viene íntimamente ligada al hecho de tener un sexo femenino. Asimismo, destacamos otro tipo de discurso donde la maternidad en tanto mandato “biológico” está asumida críticamente. Por su parte, en el caso de las mujeres lesbianas vimos que se involucran decisiones y negociaciones diferentes en relación a cómo, en las situaciones de pareja, se experimenta la relación con las TRA. Destacamos, así, una primera decisión (no presente en los otros casos) que es la de quién lleva físicamente adelante el embarazo; y trajimos a discusión la ideología sobre la “hegemonía de lo biológico” en el debate sobre “madres gestantes” y “madres no gestantes”.

En el tercer apartado, las tecnologías de reproducción asistida y la matriz heteronormativa, vimos cómo para las mujeres heterosexuales el tener descendencia es una pieza elemental de un proyecto que está potentemente relacionado con el significante “familia”, entendida ésta en términos de familia nuclear, padres heterosexuales e hijos/as. Y, observamos, asimismo cómo para las mujeres lesbianas la búsqueda de hijos o hijas por fuera de un proyecto familiar, que coloca en el centro a la pareja heterosexual reproductiva, se circunscribe a qué vía permite un mayor grado de reconocimiento o, más aún, de menor fragilidad frente a la ley.

Por último, en el cuarto apartado, procesos de estigmatización y discriminación ligados al uso de la medicina procreativa, procuramos mostrar cómo para las mujeres heterosexuales la puesta en discurso de la infertilidad, tanto como mecanismo de control (controlar las expectativas del entorno respecto de la reproducción propia, alertar a los otros sobre la sensibilidad del tema para la pareja), y como forma de contrarrestar un potencial aislamiento social dado a través de la estigmatización o victimización por parte de los otros, está cargada de sentido cultural. Advertimos, también, cómo la puesta en discurso de la infertilidad es una manera de viabilizar una respuesta, de manifestar cierta agencia subjetiva en la búsqueda de una solución. Por su parte, vimos que en el caso de las mujeres lesbianas las situaciones de estigmatización y discriminación están fuertemente ligadas al efecto de la heteronormatividad de gran parte de la medicina reproductiva, que genera la exotización y desconocimiento del cuerpo lesbiano, incluso cuando se recurre al discurso de la “infertilidad” aún cuando no es necesario.

La comparación de ambos colectivos en relación a las categorías planteadas líneas antes nos hace reflexionar sobre ciertas especificidades que posicionan a estos grupos como colectivos radicalmente diferentes. Ello da cuenta, por su parte, de experiencias diferentes en lo tocante a las demandas por reconocimiento y a los procesos de discriminación que interpelan a tales mujeres. Las mujeres lesbianas que hacen uso de las tecnologías de reproducción asistida presentan razones distintas en lo tocante a la decisión de recurrir a un tratamiento reproductivo, a las aducidas por mujeres heterosexuales diagnosticadas como infértiles. Tales razones contextualizan un posicionamiento diferente respecto de por qué se accede y cómo se accede a la medicina procreativa, en un contexto de heterosexualidad obligatoria.

Referencias bibliográficas

- Arendell, T. (2000). Conceiving and Investigating Motherhood: the Decade's Scholarship. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1192-1207.
- Ariza, L. (2008, diciembre). *El recurso a las tecnologías reproductivas en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural*. Tesis de Maestría en Sociología de la

Cultura y Análisis Cultural, Universidad Nacional de General San Martín. Manuscrito no publicado. Buenos Aires, Argentina.

-Bartlam, B. & Birch, S. (1998). Review: A right to parenthood. *Journal of Child Health Care*, 2(1), 36-40.

-Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.

-Cheal, D. (2002). *Sociology of the Family Life*. Nueva York: Palgrave.

-Diniz, D. y Gomes Costa, R. (2005). Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías conceptivas. *Revista SerAs para el debate*, 4, 11-23..

-Fernández, A. M. [1993] (2006). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

-Fonseca, C. (2007). Homoparentalidad: O ponto alfa do parentesco ? Trabajo presentado en la VII RAM, Desafíos antropológicos. Porto Alegre, Brasil. 23 al 26 de julio de 2007. (Obtenida el 10 de mayo de 2010 de http://www.nigs.ufsc.br/claudia_fonseca.pdf).

- Foucault, M., & Hurley, R. (1979). *The History of Sexuality*. Londres: Allen Lane.

- Fuller, N. (2000): Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

-Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En M. Tarducci (Coord.), *Maternidades en el siglo XXI* (p. 29-59), Buenos Aires: Espacio Editorial.

-Giberti, E. (2004). La adopción y la alternativa homosexual. En H. Raíces Montero. *et al. Adopción. La caída del prejuicio. Proyecto de Ley Nacional de Unión Civil*. (p. 17-44), Buenos Aires: Editores del Puerto.

-Giddens, A. (2004). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

-Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

-Kornblit, A. L.; Pecheny, M. y Vujosevich, J. (1998). *Gays y lesbianas. Formación de la identidad y los derechos humanos*. Buenos Aires: La Colmena.

-Lakoff, G. y Johnson, M. (1980): *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.

-Luna, F. (2002). Assisted Reproductive Technology in Latin America: Some Ethical and Sociocultural Issues. En E. Vayena, P.J. Rowe, & P.D. Griffin (Eds.) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health*. Ginebra: World Health Organization.

- Tarducci, M. (2008). Maternidades y adopción: una introducción desde la antropología de género. En M. Tarducci (org.), *Maternidades en el siglo XXI*. (p. 15-27), Buenos Aires: Espacio.
- Torrado, S. (2003). Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000). Buenos Aires: Ediciones de La Flor.
- Webb, R. E. & Daniluk J. C. (1999) The End of the Line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. *Men & Masculinities*, 2(1), 6-25.
- Weston, K. [1997] (2003). *Las familias que elegimos. Lesbianas, gays y parentesco*. Barcelona: Ballaterra.