



# SOCIOLOGANDO

**Familias comaternales usuarias de tecnologías de reproducción asistida en Argentina**  
**Families co-motherly users of assisted reproductive technologies in Argentina**

Noelia-Soledad Trupa (1984, Argentina, Socióloga.  
Universidad de Buenos Aires, Argentina)  
noeliatrupa@hotmail.com, noeliatrupa@gmail.com

## Resumen

En los últimos años, la sanción de leyes como la de Matrimonio Igualitario (N° 26618/2010) y la de Fertilización Asistida en la provincia de Buenos Aires (N° 14208/2010) han regulado uniones matrimoniales de familias diversas y el acceso a los tratamientos de reproducción humana asistida, ampliando el abanico de los proyectos parentales. En este marco se plantean interrogantes sobre la construcción de las familias comaternales compuestas por dos madres lesbianas que asumen la maternidad y crianza de sus hijos/as en forma conjunta, que han recurrido a tecnologías de reproducción asistida (TRA) para llevar adelante su proyecto parental. En este artículo se analizan, desde un enfoque biográfico —a partir de los relatos de vida realizados a cuatro familias—, algunas dimensiones constitutivas en la experiencia del tratamiento de reproducción asistida y de la comaternidad: la elección del médico y la clínica, ciertos saberes y recursos para llevar adelante los tratamientos, la participación de ambas madres en todo el proceso, entre otras. Si bien del análisis emergen diferencias en las trayectorias de estas familias, surgen, principalmente, puntos en común en lo referido al fuerte deseo de ser madres y la forma de llevarlo a cabo más allá de los obstáculos legales y sociopolíticos que se hacen presentes en la concreción del proyecto de comaternidad.

**Palabras clave:** Argentina, familias comaternales, relatos de vida, tecnologías de reproducción asistida

Recibido: 17-04-2016. Aceptado: 08-07-2016

## Abstrac

In recent years, the enactment of laws such as the Equal Marriage (N° 26618/2010) and Assisted Fertilization in the province of Buenos Aires (N° 14208/2010) have regulated marriages of diverse families and access to treatments of assisted human reproduction, expanding the range of parental projects. In this context, arising questions about the construction of the families co-motherly, composed of two lesbian mothers who take maternity and parenting together, who have used assisted reproductive technologies to carry out their parental project. This article analyzes from a biographical approach -from the life stories of four families- some constituent dimensions in the experience of assisted reproduction treatment and co-maternity: choice of doctor and clinic, certain knowledge and resources to carry out the treatments, the participation of both mothers around the process, amongst others. While the analysis emerging differences in the trajectories of these families, mainly arise similarities in reference to the strong desire to be mothers and how to carry it out, beyond the legal and socio-political obstacles that are present in the realization of the project co-maternity.

**Key-words:** Argentina, Assisted reproductive technologies, Families co-motherly, Life stories

## Introducción

La familia, entendida desde las teorías socioantropológicas (Jelin, 1998; Roudinesco, 2003; Weston, 2003; Libson, 2011; Vespucci, 2013) como orden simbólico y en tanto institución social se encuentra en constante transformación. Los cambios sociales, culturales, políticos y la creciente movilización feminista y de la diversidad sexual ha cuestionado la familia nuclear como modelo de familia occidental basado en el vínculo biológico. Este modelo unifica la sexualidad, la procreación y la convivencia a partir del matrimonio heterosexual y monogámico (Jelin, 1998). A pesar de las transformaciones respecto a las relaciones familiares y los vínculos afectivos que llevaron a la conformación de distintos tipos de familia (mixtas, adoptivas, de acogida, homoparentales), se puede decir que, en el contexto en el cual tienen lugar las familias comaternales en estudio, continúa prevaleciendo una matriz heteronormativa que postula la heterosexualidad como norma obligatoria, universal y natural para la producción e institución de los vínculos amorosos, filiales y familiares. No obstante, es propio advertir que los cambios socioculturales en las últimas décadas y el avance de legislaciones en el reconocimiento del colectivo LGBTIQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queers) han llevado a cuestionar instituciones como el matrimonio (heterosexual), ampliando los derechos de dicho colectivo y brindando protección legal a sus arreglos familiares.

En este escenario, las familias formadas por dos mujeres lesbianas que asumen la maternidad y crianza de sus hijos/as en conjunto, formarían parte de lo que Kath Weston (2003) llama “familias de elección”, lo cual da cuenta de la pluralidad de familias que no necesariamente se ajustan al ideal de familia nuclear heterosexual. La autora ha demostrado en su estudio cómo las familias homosexuales reivindican sexualidades no procreadoras y permiten disociar el engendramiento de la filiación, rechazando la diferencia sexual como base de todas las organizaciones familiares. A su vez, Anne Cadoret (2003) señala que las familias homoparentales se han configurado a partir de cuatro fórmulas: 1) una pareja con hijos/as de relaciones heterosexuales previas; 2)

acuerdos entre lesbianas y gays que desean tener uno o más hijos/as y deciden criarlos entre dos unidades familiares, una materna y la otra paterna; 3) a través de una adopción; 4) utilizando técnicas de reproducción asistida (2003:17). En Argentina, Gabriela Bacin (2011) afirma que las opciones más comunes son “la crianza monoparental o conjunta de hijos de relaciones heterosexuales previa y la comaternidad a partir de la utilización de técnicas de reproducción asistida” (2011:204). De aquí la importancia de analizar los sentidos y experiencias de estas familias comaternales en el acceso a estas técnicas, las cuales han ampliado los posibles modelos parentales.

Con este objetivo, y desde un enfoque biográfico, se utilizó la técnica de relatos de vida. Estos son considerados como “narraciones biográficas acotadas, por lo general, al objeto de estudio del investigador. Si bien pueden abarcar la amplitud de toda la experiencia de vida de una persona, empezando por su nacimiento, se centran en un aspecto particular de esa experiencia” (Kornblit, 2004:16).

En este estudio enfatizamos la experiencia de tratamiento de reproducción humana asistida. La utilización de estos relatos permitió vincular la experiencia de los sujetos y el contexto sociocultural en que se encuentran. En el primer apartado se presenta el abordaje metodológico del fenómeno estudiado. En un segundo, se analizan los principales hallazgos y reflexiones en relación con el objetivo propuesto: conocer la experiencia de tratamiento en comaternidad.

Relatos de vida de familias comaternales. Aspectos metodológicos

Este artículo forma parte de un estudio más amplio realizado para mi tesis de maestría titulada “Apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos de familias comaternales, usuarias de Nuevas Tecnologías Reproductivas, del Área Metropolitana de Buenos Aires” (Trupa, 2015). A partir de un diseño cualitativo, y desde un enfoque biográfico, no se persigue la recolección

anecdótica de experiencias de los sujetos bajo estudio, sino la reconstrucción de la trama social a partir de dichas experiencias. Este enfoque se encuadra en el paradigma interpretativo basado en la necesidad de comprender los sentidos de las acciones y prácticas sociales desde la perspectiva de los participantes (Vasilachis, 2006).

Se indagaron, desde esta perspectiva y a partir del enfoque biográfico, los relatos testimoniales y las experiencias de las familias comaternales a lo largo de sus trayectorias. Para ello, se realizaron ocho relatos de vida, uno a cada integrante de las cuatro familias comaternales comprendidas en este estudio. El universo de estudio abarca mujeres lesbianas con hijos/as concebidos a partir de un tratamiento con TRA que tuvieron entre 30 y 45 años de edad, de sectores socioeconómicos medios y que habitaran en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)<sup>1</sup>.

Se llevaron a cabo cuatro encuentros con cada entrevistada para construir cada relato de vida. Pudo constatarse que, a medida que transcurrían dichos encuentros, se afianzaba el vínculo y la confianza entre la investigadora, las mujeres y sus familias. También se realizaron entrevistas a cada pareja, con el fin de analizar el relato en forma conjunta e indagar las negociaciones, los consensos, las disputas y sentidos construidos en la interacción. Esta complementariedad de técnicas permitió captar, siempre en forma situada, parcial y en sus propios términos, las significaciones y tensiones presentes en los discursos de las mujeres entrevistadas. El relato de vida, a diferencia de la historia de vida —que realiza una descripción detallada de toda la trayectoria vital de la persona, a modo de estudio de caso—, se centra en aspectos particulares de esa trayectoria; en este caso, la experiencia de tratamiento de reproducción asistida de las familias comaternales. Las entrevistas se realizaron entre octubre de 2012 y marzo de 2013<sup>2</sup>.

## Reproducción asistida y comaternidad

Las técnicas de reproducción asistida pueden ser pensadas a partir del paradigma biopolítico característico de la

Modernidad, donde las subjetividades, los valores y las costumbres construyen una economía de los cuerpos que forma parte de un mecanismo de control (Foucault, 2009 [1976]). Se trata de un poder que tomó a su cargo la regulación, gestación y normalización de la vida biológica con la ayuda de herramientas tecno-científicas que apuntan no sólo al cuerpo individual —anatómico/político—, sino también al cuerpo especie (Foucault, 2009 [1976]; Costa, 2007). Esta gestión de las poblaciones es ayudada por la intervención técnica sobre los cuerpos, por ejemplo, desde el campo médico a partir de las tecnologías de reproducción asistida. Entendemos a las mismas como “conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o de intervención y la medicina experimental, se proponen como una respuesta, más o menos efectiva en términos de sus resultados, a la ausencia de hijos no voluntaria de individuos o parejas” (Ariza, 2007:257).

En Argentina, el primer nacimiento mediante estas técnicas se produjo a mediados de los años ochenta. Su apropiación y perfeccionamiento del sistema médico y de los profesionales de la salud, “el crecimiento de la salud privada, la oferta de servicios reproductivos, la adqui-

<sup>1</sup> Respecto del rango de edad seleccionado, el estudio se basó en los datos del Observatorio de la Maternidad (Lupica y Cogliandro, 2007) y del INDEC (Min. de Salud, DEIS, 2008). Los estudios sociodemográficos del sector socioeconómico medio establecen que el intervalo de edad, que va de los 25 a los 39 años de edad, representa el momento más característico de procreación para las mujeres de este grupo (Torrado, 2003). Estudios recientes (Bacin y Gemetro, 2011) sostienen que, particularmente en las mujeres lesbianas, los casos se distribuyen a lo largo de todo este rango etario, mientras que en las heterosexuales se nuclean con mayor frecuencia entre los 25 y 35 años, ya que los recorridos y trayectorias vitales de las lesbianas suelen ser más complejas y heterogéneas que las de mujeres heterosexuales. El rango etario de las entrevistadas es de 30 a 45 años de edad. Para este estudio, se seleccionaron parejas lesbianas de sectores medios, ya que los tratamientos que ofrecen las TRA tienen costos elevados, lo cual dificulta el acceso de otros sectores. Se consideraron de clase media a las mujeres con niveles de instrucción que equivalgan o superen al secundario completo (Torrado, 2003), pues los factores que intervienen en la construcción del imaginario tienen mayor relación con las herencias culturales y éstas se traducen con mayor fuerza en el nivel educativo, dadas las heterogeneidades económicas producidas por las transformaciones recientes (Svampa, 2005).

<sup>2</sup> Las entrevistas se registraron en audio, previo consentimiento de las participantes, para su posterior transcripción textual. Al momento del contacto, se informó a las entrevistadas sobre los objetivos del estudio, se garantizó la confidencialidad y el anonimato, así como el uso exclusivo de los datos para la investigación. Los criterios éticos utilizados siguieron los lineamientos fijados por la Resolución 2857 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

sición de insumos y recursos en la salud privada y una relativa accesibilidad económica de algunos sectores posibilitaron la extensión de las técnicas de reproducción asistida, especialmente entre las clases medias y altas del país” (Ariza, 2008 en Bacin, 2011:205).

En términos legislativos, en el año 2010 se sanciona la Ley de Fertilización Asistida de la provincia de Buenos Aires (N°14208/2010)<sup>3</sup> para la regulación de dichas técnicas. Si bien en este artículo no se analiza la (no) implicancia de la ley en cuanto a las prácticas parentales de estas familias, es necesario aclarar que la misma declara la infertilidad como una enfermedad y considera como pareja estéril a aquella que, tras un año de relaciones sexuales habituales, sin protección, no haya logrado un embarazo. El plan de asistencia gratuito prioriza a las parejas que nunca pudieron concebir y excluye a aquellas que requieran tratamientos con donación de óvulos o de esperma. Nos encontramos, entonces, con una discriminación implícita a mujeres solas y parejas lesbianas que quieran acceder al tratamiento porque la dificultad de estas parejas para concebir, en principio, no está relacionada a la infertilidad sino a la imposibilidad de reproducción entre mujeres.

En el contexto reciente, y a partir de un mayor acceso, son cada vez más las parejas lésbicas que recurren a estas técnicas para llevar adelante su proyecto comaternal. Realizan desde tratamientos de baja complejidad, como es la inseminación artificial con donación de gametas (anónimas o de donante conocido), hasta tratamientos más complejos como el método ROPA (Recepción de Óvulos de la Pareja) que les permite lograr que una de las mujeres de la pareja se embarace a partir de un óvulo provisto por su pareja y fecundado con semen anónimo. En nuestra investigación, tres de las familias entrevistadas recurrieron al primer tratamiento y una de ellas al segundo<sup>4</sup>. Si bien, en estos casos, una de las mujeres lleva el embarazo, todo el proceso es vivido en pareja: desde la decisión de ser madres, la planificación del embarazo, la búsqueda de información, los controles, las consultas médicas y administrativas en relación con el tratamiento,

el parto y la crianza en conjunto (Bacin y Gemetro, 2011). En todo este proceso se toman decisiones referidas al tipo de tratamiento, a la relación con el médico, entre otras. Respecto a esta última, las entrevistadas han hecho hincapié en la importancia de la confianza y honestidad del médico de fertilidad elegido, ya que de ello dependerá la comodidad y la satisfacción a lo largo del tratamiento. Como han destacado estudios sobre el uso de estas técnicas (Tubert, 1991; Sommer, 1996; Ariza, 2008), muchas veces los tratamientos duran más de lo que los usuarios esperan, los resultados no son inmediatos y los intentos superan los “esperados”. Ello es así porque no se conocen en profundidad las causas de la infertilidad con precisión (Ariza, 2008; Luna, 2008), lo que incrementa muchas veces la desconfianza en los médicos de fertilidad. Si bien pareciera, en principio, que para las parejas de lesbianas ello no se presentara en la consulta con el médico (ya que lo que haría demorar el tratamiento, en sus casos, no sería en principio un problema de salud, específicamente de infertilidad), el principal motivo de desconfianza y crítica pasa por el aspecto y trato comercial de las clínicas y/o centros de procreación asistida, incluido el médico como vendedor.

“Llegás y te dan toda la info obviamente, y no me acuerdo en qué clínica te dicen ‘bueno cada inseminación te sale, ponele en ese momento \$2000, pero vos podés contratar tipo un combo que pagás \$10.000 y te cubre 9 inseminaciones, podés quedar a la primera o podés quedar en la última’ y te venden así tipo un combo, y bueno era

<sup>3</sup> Aunque no forme parte del presente análisis, es necesario aclarar que en junio de 2013 se sancionó la ley (N° 26862/2013) que incorporó la cobertura de los tratamientos de la infertilidad en el Plan Médico Obligatorio (PMO), a cargo del sistema público de salud, las entidades de medicina prepaga y las obras sociales, para personas mayores de 18 años y menores con enfermedades que afecten la capacidad futura de procrear. Esta ley, a diferencia de la ley de la provincia de Buenos Aires (N° 14208/2010), no discrimina por estado civil ni orientación sexual.

<sup>4</sup> Entre otras de las características de las familias entrevistadas, se puede mencionar que todas han estado en pareja entre 3 y 6 años al momento de elegir ser madres, momento en que ya se encontraban conviviendo y con cierta estabilidad económica, aspecto que destacan como fundamental. Se adjunta un cuadro con otras características de las parejas (edad, nivel educativo, ocupación, militancia, tipo de tratamiento con TRA, cantidad de intentos (diferenciando las intervenciones en clínicas o inseminaciones “caseras”).

bastante frío, capaz por ahí tuvo que ver con los profesionales que nos tocaron. En cambio con Mariano fue, es joven, no es un tipo grande, es como canchero. Además, en general, hay uno o dos bancos de semen, de esperma, hacete la idea que esto es tipo Mc Donalds, o sea vos vas, pedís y es tipo un combo, es bastante comercial la cosa, y de hecho lo que nos gustó a nosotras, dentro de todo, por más que sea así, de este médico, de este obstetra, es que no fue tan así, pero cuando ibas a estos centros es más tipo así, más comercial” (Laura)

Los parámetros y condiciones comerciales en que se desarrolla el negocio de la medicina reproductiva estarán presentes al momento de elegir el profesional, tratando de que sea lo más cálido y humano posible. A diferencia de otras investigaciones (Lisbon, 2011; Vespucci, 2013) en las cuales las entrevistadas destacaron cierta estigmatización de los profesionales de la salud ante la pareja lésbica y donde una de las tácticas fue no presentarse en tanto pareja al momento de la consulta. Ello no ocurrió en el caso de nuestras entrevistadas, aunque podríamos decir que sí persisten tácticas para sortear posibles situaciones de discriminación y/o invisibilización de la pareja por parte de los centros médicos. Por ejemplo, en el caso de Priscila y Victoria, ellas recurrieron a charlas y talleres de agrupaciones LGBTIQ donde recomendaban ciertas clínicas y profesionales no heterosexistas, amigables<sup>5</sup>, como así también presupuestos más económicos de los tratamientos.

P) ¿Empiezan a participar de Lesmadres<sup>6</sup> justo en el momento en que comienza la búsqueda de su hijo?

R) A participar no militando sino en las actividades abiertas, talleres de acceso a la maternidad, donde circula esta información y justo se dio que los talleres se hacen cada tantos meses y justo coincidió cuando nos pusimos en contacto que al poquito tiempo hubo un taller y empezamos a manejar información y eso ayudó muchísimo a ir descartando opciones.

P) Entonces el acercamiento, ¿fue en busca de información?

R) Sí, estos espacios tienen la cosa concreta de la infor-

mación y después, me acuerdo de volver re cebadas y de repente estás ahí y había un montón de familias con chicos y volver re convencidas o más allá del objetivo, era bastante fuerte, bueno eso, así que fue eso y a los poquitos meses creo que ya empezamos a buscar en Junio del 2010 fue el primer intento (Victoria)

“Era muy fuerte participar de las reuniones, los talleres y ver tantas familias como la que nosotras soñábamos” (Priscila)

Los talleres funcionan como espacios de difusión de información concreta sobre los pasos a seguir para recurrir a un tratamiento, dónde hacerlo y con qué profesional. Las participantes se empoderan a partir de la información brindada, pudiendo elegir las opciones que más les convengan en función de las experiencias de las otras parejas lésbicas. A partir de su experiencia, Victoria también destacó la importancia de sentirse cómoda y poder participar del proceso de inseminación de su pareja, enunciando dicha posibilidad como un derecho. Así lo relata la entrevistada:

“El médico es un señor con el que yo no me sentaría a tomar mate y hablar de política ni de muchas otras cosas pero, para los efectos de lo que tenía que ser nuestro vínculo, nos cayó bien y siempre fue una cosa relajada. La primer entrevista, los encuentros que tuvimos, los momentos de inseminación, estaba Priscila en la camilla y el tipo me llama a mí, yo estuve ahí, no una cosa así de asepsia y vínculo lejano. En ese sentido nos sentimos muy cómodas siempre y eso era súper importante para

<sup>5</sup> Para estas parejas de mujeres, garantizarse la elección de un lugar amigable es fundamental, ya que no todos los centros de medicina reproductiva en el país realizan el tratamiento a parejas de mujeres. Como señala Lisbon, destacadas investigaciones (Barbosa, 2006; ONUSIDA, 2006 citados en Lisbon, 2011) muestran cómo el campo médico, muchas veces, desconoce las experiencias sexuales lésbicas como las experiencia de co-maternaje de estas parejas.

<sup>6</sup> Lesmadres es una agrupación política integrada por familias de lesbianas madres, y futuras madres que, deciden tener hijos/as en pareja y cuyos reclamos y acciones están orientadas al respeto y reconocimiento de sus familias y de la diversidad sexo-genérica. Para más información ver: <http://lesmadres.blogspot.com.ar/> (última entrada 23/05/2014).

nosotras, y para mí poder participar y acompañar a mi mujer sin problemas, es mi derecho como mamá.” (Victoria)

En este escenario es interesante la pregunta que se plantea Guido Vespucci (2013): “¿(...) cómo se equipara o se nivela el estatus de la co-madre ante esa experiencia tan singular de la madre gestante?” (2013:188). Él sostiene que una de las formas es “por medio de las prácticas de co-parentalización que involucran a la otra madre en el proceso generativo” (2013:188). Es acompañando y presenciando los tratamientos de inseminación, las ecografías y los partos, y en algunos casos, incluso intentando compartir el amamantamiento, que las comadres participan de dicho proceso, si bien no lo plantean en términos de equiparación sino de derechos.

Más allá de estas experiencias positivas, en el relato de las entrevistadas prima cierta desconfianza generalizada hacia los profesionales de la salud. En muchos casos, las críticas se centran en la imposibilidad de comprobar la calidad del esperma y del proceso de la inseminación, así como la falta de estudios previos antes de realizar el tratamiento. Mayra lo explica de la siguiente manera:

“A nosotras nos daba tranquilidad el hecho de hacer la inseminación en casa, nos daba seguridad porque la verdad cuando vas a un banco de esperma no te muestran si genéticamente está todo bien, no te dicen nada, es más, en el segundo intento le exigí al médico que quería ver el esperma en movimiento, dice “sí, ya lo descongelé, tengo un poquito en el microscopio”, y qué sé yo si es el mismo que me está mostrando, era creerle al tipo. Me mostró, sí se movían, qué sé yo si es el mismo, no es que lo sacó de la jeringa y lo puso en el microscopio, ya lo tenía en el microscopio, qué sé yo si ese es el de Elena, es confiar en el médico y la verdad confiar en alguien que conocés, que ya le hicimos los estudios, que ya lo conocemos, que sabemos que genéticamente no tiene ninguna enfermedad rara, era una cuestión de tranquilidad, de que medicinalmente no íbamos a tener ningún problema, de que estaba sano, además de la tranquilidad judicial de no tener que

estar con el culo entre las manos porque mi suegra siempre fue un problema y teníamos miedo de que, si le pasara algo a Elena, me saque a la nena, entonces también habíamos hablado con él por este tema.” (Mayra)

En el caso de esta pareja, además de la desconfianza en el tratamiento médico, se sumaron los miedos a que la familia de crianza de Elena en algún momento les saque su hija, ya que el vínculo de ella, en especial con su madre, siempre fue conflictivo, más aún luego de conocer su orientación sexual y su relación con Mayra. En esta dirección, las experiencias de estas familias están atravesadas por diversos condicionamientos, tanto económicos y materiales, para poder costear cada intento de inseminación, como socioculturales para poder llevar adelante su maternidad a pesar de ciertos estigmas y discriminación a las familia homoparentales, y familiares, como es el caso de Elena y Mayra.

En relación con los intentos<sup>7</sup> de inseminación, Micaela Libson (2011) destaca cómo cada uno suele estar acompañado de “altos costos físicos y psicológicos asociados al “desgaste” [...] que implican las pruebas fallidas” (2011:114). En el caso de la pareja de Ana y Laura, y la de Victoria y Priscila, que recurrieron a una inseminación artificial con donante de esperma anónimo, la primera de ellas logró el embarazo en el séptimo intento y la segunda pareja en el tercer intento. Estas parejas relatan momentos de angustia, decepciones y sentimientos ambivalentes luego de cada prueba fallida, a partir de los cuales decidían cuánto tiempo esperar entre un intento y otro, tratando de no demorar mucho. Pero ninguna de las dificultades vividas, tanto emocionales como económicas, a lo largo del tratamiento hicieron que lo interrumpieran. En este sentido, también se comprende su deseo<sup>8</sup> de ser

<sup>7</sup> Se llama intento “a cada una de las veces que se asiste artificialmente a la mujer para producir un embrión. En la modalidad más básica, que es la inseminación artificial, cada intento representa cada una de las veces que a la mujer se le introduce semen, en forma de gel, para generar la fecundación con un óvulo, y así lograr el embarazo” (Libson, 2011:113).

<sup>8</sup> Pensamos el deseo como “una potencia productiva que impulsa a la acción, que pone los cuerpos en acción, que inventa o imagina, en el anhelo o búsqueda de sus realizaciones” (Fernández, 2013:26).

madres como potencia, ya que, más allá de estas dificultades, el deseo fue el motor para sobrellevar los obstáculos, malestares, las angustias y ansiedades. Ana lo describe de la siguiente manera:

R) Ya llegado el quinto mes, el quinto intento, decíamos “bueno, se está alargando más de lo que por ahí uno piensa”, porque vos, dentro de un año de intentos, tenés que quedar si no tenés ningún problema físico. Igual podés no tener nada y no quedar embarazada, viste que hay casos que pasan, pero bueno, lo normal es que en un año, en 10 o 12 inseminaciones, quedás y yo ya había casi entrando en la mitad. Pero bueno, las opciones eran seguir intentándolo, así hasta cansarte, muchas parejas también, llegada esa instancia, se desmoralizan, dicen “qué bajón” y nosotras más o menos la bancamos bastante bien como que viste decías “che, no quedo, que bajón”, cada vez que te viene, los días previos yo estaba que iba al baño cada cinco minutos, me miraba (risas).

P) ¿Y cuál sentís que era el motor para no desanimarse?  
R) Estar convencidas de que se iba a dar, que era cuestión de tiempo y el deseo era muy fuerte. Hacerse la idea de que iba a venir cuando confiara un poco, cuando tenga que venir, como que yo estaba por lo menos con esa idea ¿no? De que si no se daba era por algo y que las cosas se iban a dar como tenía que ser, como viste esa confianza por ahí (Ana).

Es así como, de acuerdo a su particular experiencia, cada una de las parejas accedió al tratamiento elegido, que pudo afrontar emocional y económicamente, pero siempre manteniendo cierta vigilancia a los profesionales de la salud, sobre todo, como se sostuvo anteriormente, por la desconfianza que les genera su interés comercial.

A diferencia de Elena y Mayra, si bien Priscila y Victoria destacan la incertidumbre acerca del posible engaño de los médicos con el tema del esperma, el hecho de que exista el combo<sup>9</sup> las llevó a confiar, como relata Priscila:

“En ese momento el combo consistía en 9 intentos (\$6000). Si quedaste en el primero, te salió carísimo pero estás tan contenta que no te importa. Si no salió en el

primero o en el segundo, sabés que tenés muchas chances más pagas y esto también te asegura que el tipo no te cague porque, si vos pagas de a uno en otro lado, capaz que la primera o la segunda te echan agua nomás para que sigas pagando; en cambio, acá a él también le conviene que en el primero quedes, entonces sí, nos cerraba bien a todos” (Priscila)

En el caso de Ana y Laura, también se hace hincapié en la importancia y tranquilidad que les proveen los controles médicos. Así lo explica Laura:

“En el caso de lo positivo, por ejemplo, en esto de la fertilización, en este tipo de técnicas es que está todo mucho más controlado, tanto en la madre como en el proceso en sí de la gestación, que creo que lo bueno es eso, que está más controlado médicamente, que por ahí podés agarrar a tiempo algunas cosas, ciertas complicaciones, porque hay mucha más intervención del médico, aunque siempre hay que estar atentas a esas intervenciones, sobre todo por la falta de regulación y el alto precio de los tratamientos y de cada medicación” (Laura)

De estos relatos se desprende que la desconfianza también se sostiene por la falta de controles del Estado y de regulación, lo cual deriva en los altos costos de los tratamientos como de las medicaciones. En su estudio acerca de estas técnicas, Libson (2011) también alerta sobre el desarrollo de métodos invasivos corporales como la toma excesiva de medicación hormonal y otros efectos de índole psicológica<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Las entrevistadas hacen referencia al “combo” como una especie de promoción por parte de las clínicas de fertilidad, en la que ofrecen el pago de varios tratamientos a un menor precio.

<sup>10</sup> Otro asunto son los dilemas ético-morales y políticos que se ponen en juego en el uso de estas técnicas de reproducción asistida. Diniz y Gomes Costa (2006) sostienen que, “si en los años 90, la gran cuestión alrededor de las tecnologías reproductivas era la bioseguridad de los procedimientos, en esta década la controversia es eminentemente moral” (Luna 2002:31 citado en Diniz y Gomes Costa, 2006:54). Como también afirman estas autoras, “por un lado, el tema de la manipulación precoz del embrión y del descarte embrionario y, por otro, la posibilidad para personas solteras y homosexuales de acceder a estas tecnologías ha provocado una intensificación del debate público (Diniz, 2003:10 citado en Diniz y Gomes Costa, 2006:54). Si bien, en esta oportunidad, no se analizan estos debates, se considera importante destacar su vinculación con las regulaciones sobre fertilización asistida en el país.

Las parejas entrevistadas hacen hincapié en la falta de papeles, documentos y comprobantes que las respalden ante posibles problemas en el reconocimiento de ambas madres en el futuro. Las parejas deciden guardar todo tipo de papeles, que registren la presencia de ambas madres en el uso de dicho tratamiento, entre otras tácticas<sup>11</sup>.

R) El médico nos cayó simpático, es un personaje también medio chanta en otras cosas, todo esto es en negro, vía celular, pero bueno, funcionó

P) ¿En qué sentido en negro?

R) Que nunca tenés un recibo, como esto aparte no está legislado, es: tengo tu celular, te aviso cuando me vino, es así. Bueno, “Hola Raymond hoy me vino”, “bueno anda a hacerte una ecografía en 10 días” y ya hay un lugar donde decís “vengo de parte de Raymond”, es sin turno y sin recibo. También por poca plata te hacen hasta 3 ecografías para ver los folículos si crecieron o no para expulsar el óvulo y, bueno, es lo que hay. Por eso tratábamos de guardar cualquier papelito firmado por las dos como comprobante, qué se yo, por posibles quilombos más adelante (Priscila).

Pero, más allá de las diferencias en las trayectorias de cada una de las familias y de la desconfianza en el sistema médico de reproducción asistida, hay un empoderamiento y una apropiación crítica de los saberes y no un uso pasivo de los tratamientos. En este sentido, retomando la tipología de los pacientes en función de su autonomía, utilizada en un estudio de salud sexual y reproductiva (Brown, Tamburrino y Pecheny, 2006), se sostiene que, en el caso de estas mujeres, no se trata de sujetos pasivos, como usuarias de servicios de salud, sino que son interlocutoras activas, que se piensan como sujetos de derechos y responsabilidades capaces de tomar decisiones, de desplegar tácticas. No obstante, es necesario aclarar que esas prácticas autónomas tienen lugar en contextos complejos y dinámicos en los cuales los sujetos pueden tomar decisiones críticas, gestionar sus maternidades y planificar, pero siempre inscriptos en ciertas relaciones de saber-poder que los atraviesan y constituyen como tales.

Como se advirtió en el caso de Mayra y Elena, luego de varios intentos de inseminación sin resultado y ya contando con poco dinero, decidieron realizar una inseminación casera. Mayra destaca cómo a partir de haber pasado por la experiencia del tratamiento y observar la inseminación de su pareja, se apropió de ciertos conocimientos que luego utilizó para realizar, ella misma, la inseminación a Elena:

“Y a mí me sirvió mucho estar presente cuando el médico inseminaba a Elena, además no teníamos más plata, no nos quedaba otra y me animé. Había comprado la cánula de inseminación, había comprado el espéculo, era una experta, supuestamente una hora y media es lo que aguanta el esperma, nosotras en 15 minutos ya lo teníamos adentro, era simple, cuestión de práctica. La verdad es que me siento re orgullosa de haberla inseminado, a Lucía la hice yo también.” (Mayra)

Ante la falta de medios económicos, en el caso de esta pareja, la decisión fue recurrir a una inseminación casera, y en el caso de Mónica y Pía, luego de un año de disputas y peleas con la obra social, consiguieron que les cubra el tratamiento del modo en que ellas lo desearon. Esta pareja realizó la técnica ROPA, que le permitió a Mónica embarazarse a partir de un óvulo de Pía fecundado con semen anónimo.

Mónica tiene dos hijos fruto de un matrimonio heterosexual anterior, y es por ello que deciden con Pía recurrir a dicho tratamiento, convirtiéndose una en la madre biológica y otro en la madre genética (Pía quería ser madre de este modo, sin pasar por el embarazo), buscando, de este modo, sortear los obstáculos legales que sólo reconoce a la madre gestante, porque, como sostiene Pía, “nadie puede negar que Matías es mi hijo”.

<sup>11</sup> Por la ausencia de legislación en cuanto a la regulación de los tratamientos en el momento que decidieron tener un hijo, tres de las familias estudiadas tomaron la decisión de casarse ni bien se sancionó la Ley de Matrimonio Igualitario (N° 26618/2010) a fin de lograr el reconocimiento legal y filiatorio de ambas madres.



Elas destacan que la acumulación de conocimientos, la búsqueda de información sobre dicha técnica y el fuerte deseo de ser madres las llevó a afrontar las adversidades y lograr su anhelo pero, como se sostiene anteriormente, los condicionamientos político-legales pueden contribuir a reforzar o debilitar prácticas autónomas de estas familias, llevando a diferencias y similitudes en las trayectorias de las mismas.

Para finalizar, se acentúa el carácter complejo que supone la apropiación subjetiva de derechos de estas familias. En estos procesos se juegan tanto la administración de ciertos recursos y saberes, la gestión y planificación del embarazo, la vivencia de la comaternidad como derecho y las decisiones en relación con la atención, todas estas instancias que participan además de sus propios deseos y que acompañan los obstáculos que se presentan, además determinadas situaciones de discriminación, como también sus propias barreras.

## Conclusiones-discusión

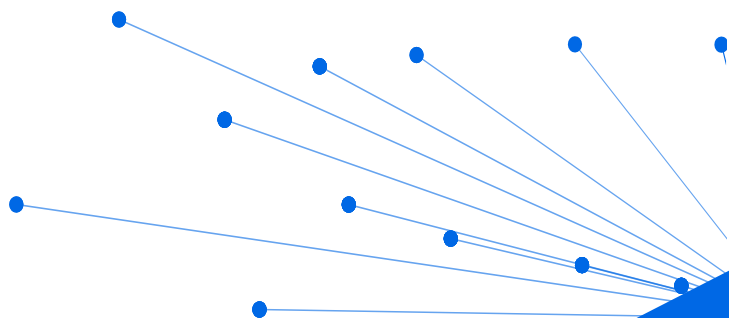
El artículo destaca cómo aún en condiciones de heteronormatividad y vacíos legales, el deseo de ser madres de las familias entrevistadas es el elemento que viabiliza y potencia su proyecto de comaternidad, que estas mujeres enuncian como un derecho. Son familias que eligieron recurrir a un tratamiento de reproducción humana asistida, el cual se les presenta como posibilidad ante el vacío legal que recae sobre el uso de las técnicas.

En relación con el campo de la medicina reproductiva, las decisiones deben asociarse a la confianza y honestidad del médico de fertilidad elegido, de ello dependerá la comodidad y la satisfacción a lo largo del tratamiento. El principal motivo de desconfianza y crítica pasó por el aspecto y trato comercial de las clínicas y/o centros de procreación asistida, aspecto en el que todas las entrevistadas han estado de acuerdo.

En esta investigación, las entrevistadas no han presenciado situaciones de estigmatización por parte de los profesionales de la salud (como sí lo han demostrado otros estudios). Esto debe considerarse, a partir de la posibilidad de acceder a charlas y talleres por parte de agrupaciones LGBTIQ en los cuales se recomendaban ciertas clínicas y profesionales no heterosexistas, amigables, que han garantizado buenas experiencias, como también contar con presupuestos más económicos para los tratamientos.

En el caso de las madres no gestantes, la comodidad y la posibilidad de presenciar y participar de todo el proceso de inseminación de su pareja, ha devenido en experimentar el acceso y uso de estas técnicas como un derecho y se les ha permitido vivenciar la comaternidad de manera equitativa, compartida, en la que ambas madres se han involucrado corporal y emocionalmente.

No obstante, las trayectorias reproductivas de las mujeres estudiadas han sido heterogéneas así como las experiencias respecto al acceso a los tratamientos —con sus costos materiales y emocionales—, a las técnicas utilizadas, a los intentos de inseminación —fallidos, prolongados— y a la relación con los médicos. En todas estas instancias, ha sido el fuerte deseo de ser madres el motor para afrontar los obstáculos y sobrellevar las angustias y las ansiedades a lo largo de los tratamientos. El deseo se inscribe, de esta manera, como parte constitutiva del proceso subjetivo de apropiación de derechos que, como puede advertirse, excede toda fórmula legal para concebirse como instancia crítico-reflexiva respecto de los saberes y recursos en la consolidación del proyecto comaternal.



## Bibliografía

- Ariza, Lucía (2007). Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias. En López, E. y Pantelides, E. (comp.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.
- Ariza, Lucía (2008). El recurso a las tecnologías de reproducción asistida en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural. Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Instituto de Altos Estudios Sociales Universidad Nacional de General San Martín.
- Bacin, Gabriela (2011). Familias comaternales. Antes y después del matrimonio igualitario. En María Alicia Gutiérrez (comp.) Voces Polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades. Buenos Aires: Godot.
- Bacin, Gabriela y Gemetro, Florencia (2011). Definiciones, situaciones, políticas y perspectivas desde la comaternidad en la Argentina. En Maffía, D. y Moreno, A. (comps.) Ciudadanías y sexualidades. Debates en torno a experiencias, subjetividades e institucionalidades. Buenos Aires: Feminaria.
- Brown, Josefina, Tamburrino, María Cecilia y Pecheny, Mario (2006). Salud sexual y reproductiva. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. En IV Jornadas de Investigación en Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 2, 3 y 4 de Agosto de 2006, Buenos Aires.
- Cadoret, Anne (2003). Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco. Barcelona: Gedisa.
- Costa, Flavia (2007). Antropotécnicas de la modernidad tardía. Bio-tanato-políticas y nuevos dispositivos de captura del cuerpo. En Newsletter. Publicación Electrónica de la Facultad de Ciencias Sociales, UNICEN. Año 2, Newsletter N° 7, Buenos Aires.
- Diniz, Debora y Gomes Costa, Rosely (2006). Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías conceptivas. En Revista SeriAs para el debate, N° 4. Lima, Perú. Agosto, pp. 11-23.
- Fernández, Ana María (2013). Los cuerpos del deseo: potencias y acciones colectivas. En Nómadas 38, abril de 2013, Universidad Central, Colombia.
- Foucault, Michel (2009) [1976]. Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.
- Jelin, Elizabeth (1998). Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kornblit, Ana Lía (2004). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. En Kornblit, A. L. (coord.) Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y Procedimientos de Análisis. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Libson, Micaela (2011). Familias y diversidad sexual. Las parentalidades gays y lesbianas en Buenos Aires. Tesis de doctorado. Doctorado en Ciencias sociales, Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Luna, Florencia (2008). Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica: IIDH.
- Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007). Anuario de la maternidad. Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina. Observatorio de la Maternidad.
- Roudinesco, Elisabeth (2003). La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sommer, Susana E. (comp.). (1996). Procreación. Nuevas Tecnologías. Un enfoque interdisciplinario. Buenos Aires: Atuel.
- Svampa, Maristella (2005). La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Buenos Aires: Alfaguara.
- Torrado, Susana (2003). Historia de la familia en la Argentina moderna. Buenos Aires: Ediciones de La Flor.
- Tubert, Silvia (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Trupa, Noelia Soledad (2015). Apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos de familias comaternales, usuarias de Nuevas Tecnologías Reproductivas, del Área Metropolitana de Buenos Aires. Tesis de maestría. Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Instituto de Altos Estudios Sociales - Universidad Nacional de San Martín. Mimeo.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) Estrategias de investigación cualitativa (pp. 23-64). Buenos Aires: Gedisa.
- Vespucchi, Guido (2013). Familia(s) y Homosexualidad(es): Una exploración etnográfica e histórica por sus diversas relaciones. Tesis de doctorado. Doctorado en Antropología Social, Instituto de Altos Estudios Sociales - Universidad Nacional de San Martín. Mimeo.
- Weston, Kath (2003). Las familias que elegimos. Lesbianas, gays y parentesco. Barcelona: Bellaterra.