



FACULTAD DE PERIODISMO Y COMUNICACIÓN SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Trabajo de Tesis realizado como requisito para optar al título de

DOCTOR EN COMUNICACIÓN

TÍTULO DEL TRABAJO

«Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos?»
Construcciones de sentido en torno a la infertilidad. Relatos de mujeres que quieren
ser madres

AUTORA: Lic. Luciana Isa (lucianajisa@gmail.com)

DIRECTORAS: Dra. Andrea Varela

Dra. Ayelén Sidún

CO-DIRECTORA: Dra. Virginia Cáneva

-FEBRERO DE 2017-

RESUMEN

El desarrollo de la presente tesis aborda el análisis de las significaciones que construyen mujeres de parejas que han atravesado procedimientos médicos-técnicos realizados por diagnóstico de infertilidad, identificando la construcción de sentido que circula en estas prácticas. En esta indagación se analizan las relaciones de poder entre médicos y usuarios, posicionamientos de género, imbricación del campo discursivo médico hegemónico, patrones culturales sobre la maternidad/paternidad, niveles de acceso a la salud y a la información sobre el tema, entre otros constructos.

Se parte de entender a los discursos sociales como la instancia por medio de la cual las significaciones sociales se materializan y son comprendidas en tanto prácticas sociales, es decir, hacer objetivable el plano subjetivo al que sólo tiene acceso el propio sujeto.

Asimismo, se comprende a la reproducción como un acto biológico y sociocultural, en el que se ponen en práctica un conjunto de creencias compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos. Por su parte, desde el 2009 se incorpora el reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud de la infertilidad como enfermedad del sistema reproductivo.

En esa clave, y teniendo en cuenta que la forma de atender la imposibilidad de concebir hijos ha variado a lo largo de la historia, la medicalización de la infertilidad es sólo una alternativa para sortear la dificultad que plantea la imposibilidad de concretar el deseo de maternidad/paternidad. En todo caso, es una respuesta socialmente sustentada en la legitimidad conferida a la práctica médica sobre los procesos de salud y enfermedad.

Desde este encuadre, el trabajo se basa en una propuesta teórico-metodológica cualitativa, cuya búsqueda radica en el análisis y en la interpretación de las significaciones de los sujetos que se inscriben en esta trama. Se trabaja con entrevistas, con observaciones, con materiales y con documentos, cuya búsqueda se centra en la profundidad más que la generalidad y en poner en diálogo y en tensión los diferentes discursos.

PALABRAS CLAVE

Comunicación - Construcciones de sentido - Discurso - Infertilidad - Maternidad/Paternidad

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Cartografías de la infertilidad	8
De la interpelación personal a la construcción científica de conocimiento	10
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Justificación en el marco del Doctorado en Comunicación	12
Un abordaje al problema de estudios desde la comunicación	14
Itinerario de lectura	18
Capítulo I: Campos y Discursos	20
1. Construcción de la infertilidad como problema de estudios de las ciencias sociales, análisis sociocultural. Estado del arte	22
1.1 La inscripción de la infertilidad en el campo de las Ciencias Sociales	29
2. Los discursos del campo médico-científico	37
2.1 Eficiencia reproductiva en la especie humana	38
2.2 Clasificaciones de la infertilidad según la OMS	40
2.3 Factores que afectan la fertilidad	41
2.4 Infertilidad: causales, consecuencias y estadísticas	43
2.5 Organización Mundial de la Salud (OMS)	46
2.6 Organización Panamericana de la Salud (OPS)	50

3. Marco legal. Legislación vigente	51
3.1 Declaración Universal de Derechos Humanos	51
3.2 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	52
3.4 Convención Americana sobre Derechos Humanos	52
3.5 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	53
3.6 Legislación nacional y provincial argentina	53
3.7 Ley Provincial 14.208 de Promoción del reconocimiento y la cobertura médico-asistencial integral de la infertilidad humana	64
3.8 Ley Nacional 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida	67
4. Campos discursivos: cruces e intersecciones posibles	71
4.1 Construcción de la infertilidad como problema de estudio	71
4.2 Construcción de la infertilidad desde el discurso médico-científico	72
4.3 Construcción desde la legislación vigente	72
Capítulo II: Marco Teórico-Methodológico	74
1. Trazado teórico	75
1.1 Enfoques de investigación, de planeación y de intervención en comunicación en América Latina	77
1.2 Áreas de desempeño académico y profesional en el actual contexto latinoamericano	78
1.3 La salud desde una mirada socio-cultural	84

1.4 Algunos recorridos y debates en torno al concepto de género	95
1.5 40 años de vigencia: breve paso por las diferentes hipótesis y formulaciones que orientan el debate	97
1.6 La infertilidad en clave de género	104
1.7 El cuerpo: territorio de disputa y de conquista	108
2. Abordaje metodológico. Estrategia de abordaje cualitativa. Herramientas	116
2.1 Itinerario metodológico: decisiones que hacen posible el proceso de investigación	112
Capítulo III: La Infertilidad Como Enfermedad Invisible	128
1. La infertilidad en perspectiva comunicacional	128
2. El proyecto de maternidad/paternidad	130
2.1 Del mandato a la frustración	132
2.2 Cuando el ser madre instituye el ser mujer	134
2.3 La opinión pública no existe, excepto cuando se trata del embarazo	137
2.4 Expertas en el tema: desandar la trama del circuito médico-clínico	140
2.5 Las mujeres como mediadoras de la tensión entre la pareja y los especialistas	144
3. Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos?	147
3.1 Enfermedades legítimas y no legítimas: entre la vergüenza y el silencio	158
3.2 El tiempo: Un significante determinado biológicamente	165

3.3 La edad influye, pero ¿sólo para las mujeres?	174
3.4 Aunque no se diga, los genes importan...	176
4. El tejido de la historia	184
Capítulo IV: Biografías. Historias de mujeres sobre la infertilidad	189
1. Lo que no mata, fortalece: un viaje por el mundo de la infertilidad	189
1.1 El marido, el auto, la casa, el perro... ¡y los hijos!	189
1.2 La significación de poner el cuerpo	191
1.3 Si no se sabe la causa, seguro es estrés...	193
1.4 Con un donante, con él o sola	195
1.5 Lo último que se pierde es...	198
2. Halitus Instituto Médico: una entrada al universo glamuroso de la infertilidad	200
2.1 Como en el living de casa, los consultorios de las Dras Feldman y Torno	206
Capítulo V: Reflexiones Finales.	
Nuevas Preguntas, Líneas de Investigación y de Intervención	211
1. Las condiciones de producción: entre la experiencia y la reflexividad	212
2. La trama: sentidos, experiencias, reflexiones de mujeres que desean ser madres	218
3. Nuevos itinerarios de búsqueda	222
4. Palabras finales	223
Referencias	225

AGRADECIMIENTOS

-A Milo y a Moro que motorizaron esta tesis y me acompañaron con sus sonrisas, su presencia y su amor en la escritura de estas páginas. Ellos nacieron con esta tesis...

-A mi compañero y a mis viejos, que respetan, apoyan y acompañan siempre mis decisiones y transforman las dificultades en las mejores soluciones.

-A Virginia que me acompañó en todo el proceso con su sabiduría, su humildad y su bondad desinteresada y que hizo posible cumplir esta meta, prohibiéndome bajar los brazos.

-A Anita, mi lectora fiel, que enriqueció esta producción con cada uno de sus hallazgos y con su crítica literaria.

- A Florencia, la conductora de las reflexiones que hicieron posible desactivar los fantasmas de la escritura académica y habilitar esta tesis.

-A Andrea y a Ayelén, que confiaron en mí y me aceptaron.

- A Lola, que se adecuó a mis tiempos intensos, y contra reloj, y que puso todo su esfuerzo en la recta final.

-A Mercedes, por lo que hace todos los días.

-A la Facultad y a los compañeros y compañeras que la hacen posible todos los días y que la convierten en nuestra segunda casa.

Esta tesis contiene un pedacito de cada uno de ellos,

Febrero, 2017

Cartografías de la infertilidad

A lo largo de las distintas etapas de la vida suelen presentarse momentos de rupturas, de quiebres, de movimientos que se significan como bisagras, algo así como *un antes y un después* que, incluso con el correr y el paso de los años, muchas veces vuelven a significarse de acuerdo a dónde y a cómo estemos reubicados en el mundo. Como ocurre en casi todos los órdenes, estos estadios son constitutivos de una disposición subjetiva que trabaja desde y a partir de la generación de procesos de producción social de sentidos que forjan identidades orientadas por representaciones inscriptas en los imaginarios sociales.

En mi caso, el largo viaje por el mundo de la infertilidad –que dejó huellas indisolubles– estuvo minado de cantidad de turbulencias fuertes, intensas, de menor y mayor incidencia –en el cuerpo, que también es alma–, de rescate absoluto por una geografía desconocida (que, igualmente, con el paso del calendario se va tornando cada vez más cotidiana, más propia, más nuestra y familiar, aunque eso que imaginábamos como «lo familiar» nunca nos es propio). Sin embargo, hubo un tiempo que golpeó y resonó como el sonido de una campana, como ese famoso reloj biológico que tanto me torturaba y que pasó a significar esa idea de ruptura, de quiebre, a la que hacía referencia.

Fue el momento en el que tuve la inmensa necesidad de nombrarme, de identificarme, de asignarme un lugar el mundo que me permitiera transitar por la vida con el dolor a cuestas, pero al menos que resultara un dolor objetivado. *¿Qué implicaba objetivar el dolor?* Ni más ni menos que ser reconocido y significado por otros, por el entorno inmediato, por esos otros con quienes uno se vincula y que son *en y a partir de* quienes uno constituye los procesos de conformación identitaria. El dolor puede ser desgarrador, pero lo es más aún cuando no es compartido, accedido por otros, cuando no tiene una razón aparente, cuando no es «público», cuando no es un dolor legitimado y habilitado para *doler*; porque no conforma un dolor que en el imaginario signifique dañar el cuerpo y la salud, porque es un dolor que pareciera no enfermar, es un dolor que no mata. Al menos necesitaba encontrar un modo de empezar a habitar por los corredores del mundo –y no sólo lo de las clínicas e institutos de in-fertilidad– que resulte legitimado por todos y, en ese todos, el discurso médico hegemónico es el que ordena, clasifica, organiza a otros; es el discurso de la ciencia iluminada, el fiscal que habilita e inhabilita.

¿Cómo iba a poder seguir caminando con la panza inflada y pinchada de inyecciones como un colador, sin siquiera encontrar una categoría que me habilite a estar en ese lugar? La cuestión emergía como un problema de lugar, de espacio; un lugar que al menos me significara una nominación, es decir, ¿Quién o qué era yo para el resto del mundo? ¿Cómo se transita por la vida siendo una mujer que quiere y desea profundamente convertirse en madre pero no lo es? ¿Cómo se nombra o clasifica ese pasaje? ¿Se es madre o no se es? ¿Cómo se tiene una enfermedad que discrepa con la concepción hegemónica de enfermo? ¿Cómo se tiene una enfermedad que no se cura? ¿Cómo se tiene una enfermedad que puede no curarse, pero dejar de serlo con el sólo hecho de acceder a la maternidad/paternidad? ¿En qué instante te transformas en una pareja «enferma» cuyos síntomas no son visiblemente físicos? ¿Cómo se forma parte de un índice de la población, que a medida que pasan los años y a la vez avanza la ciencia, aumenta notablemente en las estadísticas, lo cual lo masifica y populariza, pero al mismo tiempo, para el campo no médico científico no es una enfermedad? ¿Cómo es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la infertilidad como una patología y, en tanto, para el resto de las personas que habitan el mundo es una cuestión pura y exclusivamente del plano psíquico?

La ruptura se produjo como consecuencia de una correntada de preguntas que se escalonaban en mi mente y que ocupaban cada vez más espacio, pero que no se originaban como una fuerza emergente únicamente de la experiencia; sino que era un posicionamiento teórico-metodológico el que iba complejizando esos interrogantes. ¿Cómo podía ser que yo, quien todo lo cuestionaba, lo discutía, lo ponía en crisis, lo teorizaba hasta en los hechos más despojados de toda racionalidad, que no pudiera realizar un esfuerzo intelectual por poner en relación lo experimental con la producción teórica? Yo que durante años y aulas me pasé argumentando que la teoría no está escindida de la práctica, que la práctica es teoría y a la inversa, que la realidad se transforma desde el instante en que el científico social interviene. Yo que levanté las banderas de la producción de conocimiento como una instancia de reflexión teórica emergente de las propias prácticas. Yo que, contundentemente, afirmé que no existe ninguna investigación que sea objetiva, que el objeto de estudio nunca está dado sino que se construye desde la posición conceptual que asuma el investigador/a y, por tanto, es una construcción subjetiva. Yo que renequé de los sistemas de producción científica hegemónicos, validados por sistemas estandarizados de comprensión de las ciencias, importados de paradigmas de conocimiento positivistas.

Justamente, yo no podía o, con el mayor de los sinceramientos, no quería permitirme ese lugar cómodo de investigar, interrogar, cuestionar, discutir, teorizar sobre la realidad de otros. No esta vez. Esta vez había que perder el miedo y tomar el desafío que, auto impuesto o no, se me presentaba y yo tomaba como propio. Sin dudas, no deseaba ser otra que yo quien asumiera este compromiso con la ciencia y con la vida. Iba a ser yo la que narrara mi historia.

De la interpelación personal a la construcción científica de conocimiento

La presente tesis consiste en analizar las construcciones de sentido que circulan entre mujeres de parejas que atravesaron procedimientos médico-técnicos realizados por diagnóstico de infertilidad, a los fines de identificar las significaciones que se inscriben en estas prácticas. A partir de inferir en las mismas se pretende rastrear y analizar las relaciones de poder, posicionamientos de género, imbricación del campo discursivo médico hegemónico, patrones culturales sobre la maternidad/paternidad, niveles de acceso a la salud y prácticas de comunicación sobre el tema, entre otros constructos.

Se parte de entender a los discursos sociales como la instancia por medio de la cual las significaciones sociales se materializan y son comprendidas en tanto prácticas sociales (Petracci, 2011) es decir, hacer objetivable el plano subjetivo al que sólo tiene acceso el propio sujeto. Poder entender cómo construyen estos sujetos el significado de la enfermedad, la reproducción/no reproducción biológica, las relaciones médico/usuario, sus construcciones en relación con la maternidad/paternidad requiere de la codificación de nuevos códigos; es por ello que para comprender este fenómeno es necesario establecer una conexión entre lo emocional y lo simbólico.

La investigación se centra en varios aspectos: por un lado, el fuerte impulso en el desarrollo de la investigación en el campo de la comunicación y la salud; los avances y transformaciones sociales en materia de reparación de derechos y acceso a la salud, específicamente el aumento de cifras de personas que consultan por dificultades en la reproducción en edad fértil y su correlato en los últimos años de la aprobación de la Ley 26.862 de Fertilización Humana Asistida –sancionada el 5 de junio de 2013, promulgada el 25 de junio del mismo año y reglamentada, a través del Decreto

956/2013, el 7 de julio de 2013– que incorpora esta enfermedad dentro del Programa Médico Obligatorio y que exige a las obras sociales y a las prepagas a cubrirlo y a incorporarlo en sus planes de cobertura; y el aumento en las cifras de parejas que deciden prolongar el proyecto de la maternidad/paternidad y que, en consecuencia, requieren luego de estas técnicas para concretarlo. Sobre este último aspecto Fernando Pérez se refiere a la idea de *planificación* como una característica central que particulariza los modelos de maternidad/paternidad en ciertos sectores sociales, individualizados como sectores medios. No se refiere a la planificación familiar como política pública, sino a un modo de conceptualizar la vida familiar desde la esfera privada (Pérez, 2007).

Por otra parte, la visualización de un área de vacancia dentro del campo de la comunicación desde una perspectiva sociocultural en esta temática que implique dimensionarla como una problemática no restringida al campo de la medicina, sino como un fenómeno atravesado por procesos socioculturales y que tiene incidencia en la esfera de las representaciones sociales. Si bien en los últimos años han aparecido estudios sobre diversos temas asociados a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, incluidos trabajos específicos sobre la infertilidad y sus procedimientos clínicos, muchos de estos estudios se centran en análisis de medios, de campañas y estrategias de comunicación, de acceso a derechos y estudios de recepción. Pero no se advierten trabajos de investigación desde una perspectiva comunicacional que problematicen en la interacción médico-usuarios en torno a esta enfermedad. Prevalecen trabajos de índole sociológico y antropológico dentro del campo de las ciencias sociales, y de carácter médico-clínico desde disciplinas biológicas y exactas.

A tales fines se asume una propuesta teórico-metodológica cualitativa basada en técnicas de carácter interpretativo, cuya búsqueda radica en el análisis e interpretación de las significaciones de los sujetos que se inscriben en esta trama. Se trabaja a partir de entrevistas, cuyo propósito analítico es identificar significaciones, particularidades, características que posibiliten, sin tomarlo o replicarlo a una generalidad, explorar en ciertas definiciones, argumentos, explicaciones que expresen determinados fenómenos sociales; observaciones y análisis de documentos.

Objetivo general:

Reconocer y analizar las significaciones que construyen mujeres de parejas que han atravesado procedimientos médicos-técnicos realizados por diagnóstico de infertilidad.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar las percepciones sobre esta enfermedad y cómo intervienen en la relación con los médicos especialistas.
- Conocer los modos de acceso a la información de los usuarios a los fines de indagar sobre el tipo de asesoramiento recibido con respecto a la infertilidad, aspectos comunicacionales y vinculares con su entorno social, familiar y de salud.
- Analizar los modos en que se construyen las relaciones de poder entre médicos y usuarios (hombres y mujeres) que consultan por diagnóstico de infertilidad.
- Reconocer las estrategias discursivas de los diferentes actores sociales que intervienen y cómo influyen en el desarrollo de la práctica (diagnóstico, tratamiento, medicalización).

Justificación en el marco del Doctorado en Comunicación

Es claro que el objetivo epistemológico y académico que persigue el desarrollo de una tesis doctoral tiene particularidades específicas que difieren de otros trayectos formativos enmarcados en estudios de Posgrado; dicha propuesta de trabajo tiene un fuerte componente científico-académico en su perfil de egresado que lo asocia directamente al campo de la docencia y de la investigación y, por tal, lo sitúa en una lógica particular de funcionamiento. En tal sentido, la relación del proyecto de investigación individual, la línea de investigación y el programa de investigación general es fundamental y prioritaria en términos de la formación integral del investigador. Todo proyecto particular puede ser ubicado en un contexto mayor de vinculación con el mundo académico en el tiempo, con referencia a lo que en el pasado se haya construido sobre el objeto de conocimiento que se busca; y en el espacio, ya que es evidente que habrá otros que estén trabajando

sobre el mismo tema o cercano y, por lo tanto, la relación que se da con el planteo del tema/problema, siempre es una relación con otros (Galindo Cáceres, 2009).

En la misma línea cabe considerar, entonces, la inscripción de este proyecto de investigación en la propuesta del Doctorado y de la Tesis doctoral. Este espacio persigue un interés por «promover reflexiones, experiencias e investigaciones en el campo específico de la Comunicación en un interjuego transdisciplinario con otras áreas de conocimiento» (AA.VV, 2002: 8).

En cuanto al interés epistemológico sobre el tema resulta relevante poder establecer una relación entre el desarrollo del tema propuesto y aquellos aspectos constitutivos de las trayectorias personales –académicas y no académicas– que son en conjunto las que terminan por anillar la trama de problemas desde la cual surgen los temas de investigación.

En este caso, en mi recorrido formativo académico aparece una fuerte vinculación con las prácticas de salud. Si existe la posibilidad de escindir la dimensión académica por un lado y la dimensión personal por otro, es la experiencia asociada a la esfera personal lo que termina tributando o dando paso a la reflexión académica. En lo personal, hay un interés por los temas que se inscriben en el campo de la salud y por los procesos culturales como elementos centrales en la mejora y cuidado de la misma.

Asimismo, es importante poner de relieve la incorporación y la visibilización del elemento cultural como categoría analítica dentro del campo de la comunicación:

La complejidad de la cultura actual obliga a desentrañar los problemas desde múltiples miradas, dando forma a los discursos interdisciplinarios que han tomado consistencia en las últimas décadas, en el fin de un siglo marcado por la reorganización del conocimiento y la incipiente ruptura de las fronteras disciplinares. Esta complejidad en el campo comunicacional aparece caracterizada por la constitución de nuevos campos localizados en los bordes de las disciplinas de las Ciencias Sociales, otorgando a las prácticas y estudios comunicacionales una dimensión interdisciplinaria y transdisciplinaria (AA.VV, 1997: 8).

Este marco es el que genera las condiciones para formularme ciertas preguntas acerca de cómo hombres y mujeres producen sentido a partir de sus representaciones en torno a la infertilidad; cómo el cuerpo de la mujer aparece nombrado/silenciado/renombrado en la construcción del

discurso médico hegemónico-científico; cómo infiere la construcción de sentido en relación a la maternidad/paternidad; cómo se configura las relaciones en la interacción médico-usuarios. Se encuentra habilitada la posibilidad de hacerme estas preguntas porque existe un espacio académico, pero también institucional, social y sobre todo político, que permite pensar la conformación y construcción permanente de un campo de saber, como es el de la comunicación, no aislado, sino en diálogo permanente con otras disciplinas, pero ya desde un espacio de conocimiento establecido. Esta consolidación otorga espacio a la conformación de una institución que se permite formular ciertas preguntas, pero no de modo individual y aislado, sino anclado en un campo disciplinar que discute, disputa y construye conocimiento. Es en este campo multidimensional (político, institucional, social y académico) en el que se piensa este proyecto que, además de ser de comunicación, o porque es de comunicación, también es político.

Un abordaje al problema de estudios desde la comunicación

En la última década y como resultado de diversas transformaciones socioculturales, políticas, económicas que han tenido lugar en el país, y como parte de las luchas de distintos sectores de la sociedad como movimientos de mujeres, colectivos de la diversidad, minorías sexuales y sociales, se ha avanzado socialmente en otorgarle relevancia a los cuestiones de género y de acceso al derecho, trasladándose el debate a las esferas políticas, jurídicas, académicas y ubicándose en los medios de comunicación como un tema de agenda. Estos cambios, además de hacer visibles muchas demandas sociales y políticas históricas, y generar las condiciones para la emergencia de nuevos actores sociales que se ubican como sujetos políticos, abren paso al accionar de fuerzas políticas que concluyen formalmente en el avance de regulaciones normativas que vienen a dar *forma* como respuestas a muchas de estas demandas¹.

¹ Durante los últimos doce años, período democrático en el que tuvieron lugar las presidencias de Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011/2011-2015), se sancionaron un conjunto de leyes que vinieron a dar respuestas a diferentes demandas sociales históricas inscriptas en lo que el Gobierno nacional ha dado en llamar «Políticas de igualdad, inclusión y construcción de ciudadanía». Entre ellas se encuentran: Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003); Ley 26.618 de Matrimonio igualitario (2010); Ley 26.743 de Identidad de Género (2012); Decreto nacional 1.006/2012 de Reconocimiento Igualitario (2012); y Ley 26.862 de Fertilización Humana Asistida (2013), entre otras normativas.

Asimismo, y en paralelo con estas reconfiguraciones, se modifican ciertos patrones culturales asociados a prácticas sociales tan imbricadas en los imaginarios sociales, como es el caso de la maternidad/paternidad, históricamente asociados a fenómenos naturales y biológicos, impensados de comprender por fuera de esos cánones pocas décadas atrás. Así es que la forma de atender la imposibilidad de concebir hijos ha variado a lo largo de la historia, pasando de los ritos religiosos consagrados a la fertilidad, hasta la multiplicidad de opciones que brindan en la actualidad las técnicas en reproducción asistida. La medicalización de la infertilidad es sólo una alternativa —entre otras posibles— para sortear la dificultad que plantea la imposibilidad de concretar este deseo/proyecto de vida. En todo caso, es una respuesta socialmente sustentada en la legitimidad conferida a la práctica médica sobre los procesos de salud y de enfermedad. Se piensa en la reproducción como un acto biológico y sociocultural, en el que se ponen en práctica un conjunto de creencias compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos (Margulis, 2007).

La construcción problemática que se plantea a los fines de este estudio es poder inferir y analizar las significaciones y las creencias en relación con esta enfermedad; los sentidos y la afectividad que se ponen en juego entre los hombres y las mujeres que se enfrentan con esta dificultad y los médicos especialistas, en su atención clínica. La intención no es formular una definición sino comprender procesos de significación y de producción de sentido desde una dimensión cultural que pueda dar cuenta de la vida social de esos hombres y mujeres (usuarios) ubicados material y simbólicamente en el espacio social actual (Bourdieu, 1988).

En esta construcción interesa la cuestión del poder en esos discursos, el tratamiento y la nominación de los cuerpos y cómo operan simbólicamente y subjetivamente estos discursos en las experiencias en las que intervienen médicos/usuarios, como parte de un conocimiento institucionalizado y a la vez normalizado social, política, económicamente, que es el conocimiento médico-científico hegemónico.

En términos más específicos, interesan algunos interrogantes que ayudan a definir los objetivos principales del trabajo como: *¿Todos piensan que es una enfermedad la infertilidad? ¿Qué pasa cuando se consulta, pasa el tiempo y luego, sin tratamiento, se produce el embarazo? ¿Pareciera que nadie que la experimenta habla de una enfermedad, aunque la OMS así lo determine? ¿Es una*

«enfermedad» que avergüenza y que se silencia a diferencia de otras? ¿Cómo interviene esa construcción de sentido (significación) sobre la relación médico-usuario? ¿Cómo son los niveles de autonomía de las decisiones de las parejas en esos procedimientos? ¿Cómo se ponen en juego las diferencias de género en esas prácticas?

En esta línea, al surgir la pregunta por el aporte al campo en el espacio social y en los procesos y prácticas sociales, vale pensar que el comunicador tiene un potencial que es aportar a los procesos sociales una mirada específica y particular: la *mirada comunicacional*. Esto es observar, analizar, evaluar, desnaturalizar procesos, actores, relaciones de poder, interacciones, procesos de producción de sentidos, etc. De esta manera, se apunta a fortalecer la trama social más que a intervenir en las prácticas, ya que *intervenir* supone un adentro/afuera donde el investigador se diferencia de los sujetos implicados en el proceso. Supone, asimismo, que el investigador tiene un conocimiento propio (muchas veces en detrimento del conocimiento propio de los sujetos sociales que investiga). En cambio, *fortalecer la trama social* implica un ejercicio de problematización de las prácticas sociales que se apoya necesariamente en presupuestos teóricos que sirven de base a las técnicas y que habilitan –a la vez que condicionan– el reconocimiento de las prácticas y que hacen posible una labor de fortalecimiento y de dinamización de las mismas.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, resulta relevante ubicar teóricamente este planteo e inscribirlo en lo que se conoce como campo de la comunicación en salud –o *salud*–. Si bien esta alianza forma parte de la disciplina comunicacional como su campo filial, los estudios de comunicación en salud se constituyen como lugar de reflexión académica en EEUU y en algunos países europeos durante las décadas de 1960 y 1970, en el contexto de los programas de desarrollo internacional, en especial los preocupados por el control demográfico, la planificación familiar y la educación sanitaria (Petracci & Waisbord; 2011). Por ende, sus orígenes están marcados tanto por las bases conceptuales y operativas de las teorías modernistas y los lineamientos de las políticas pensadas en ese contexto, basados en el principio conductista del cambio de comportamiento a partir de la exposición reiterada a ciertos mensajes. No obstante esta hegemonía difusionista de los inicios, es importante tener en cuenta que muy tempranamente comenzaron a registrarse en el continente latinoamericano experiencias de resistencia y de crítica al difusionismo, bajo el paraguas de lo que hoy se conoce como comunicación popular, alternativa y comunitaria.

Según Obregón (2010), la formalización académica de la comunicación en salud como área de estudio se dará recién en 1975, al crearse la división de comunicación en salud en la reunión anual de la *International Communication Association*, y habrá que esperar hasta este milenio para rastrear las primeras propuestas de formación superior específicas en América Latina (Obregón, 2010, citado en AA.VV., 2015).

En líneas generales, podría decirse que en el campo de la comunicación en salud en América Latina, se observa un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y de la comunicación en salud, al menos conceptualmente, que va de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia uno donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas afectadas por el problema, se constituyen en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud (Mosquera, 2003, citado en AA.VV., 2015).

Desde esta perspectiva, conocida como culturalista, la comunicación se orienta a fortalecer, por un lado, procesos locales que promueven cambios en conocimientos, en actitudes y en prácticas en la población y, por el otro, a fortalecer la capacidad de individuos y de comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. Así entendida la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, el encuentro y el diálogo de los diversos saberes, y contribuye a consolidar articulaciones intersectoriales en salud, que generan procesos de cambio que mejoran las condiciones de bienestar de la población (AA.VV., 2015).

Finalmente, habría que decir que la confluencia de académicos formados en ciencias sociales, en humanidades y en ciencias médicas en este campo produjo una variedad de enfoques interdisciplinarios y de preguntas con raigambre en diferentes marcos teóricos, por lo que «el aspecto que mejor caracteriza el estudio y quehacer del campo es su interdisciplinariedad» (Obregón, 2010, citado en AA.VV., 2015: 14).

Desde este encuadre se piensa que una investigación que tenga como fin analizar las construcciones de sentido en torno a la infertilidad e indagar en los modos de relación existentes en la interacción entre médicos-usuarios desde una perspectiva comunicacional puede servir como un insumo en los

procesos de evaluación y de seguimiento de los ámbitos especializados que se dedican a atender esta problemática, poniendo especial atención en la dimensión comunicacional que excede y trasciende a las estrategias de comunicación e información sobre prevención, diagnóstico temprano de la enfermedad, tipos de tratamientos, etc. Así como también puede contribuir en el impulso y en el desarrollo de líneas de investigación específicas sobre el tema dentro del campo de la comunicación y salud, a los fines de incorporar la *mirada comunicacional* sobre las relaciones entre estos sujetos; núcleo asignado históricamente por las tradiciones y por las disputas del campo científico-académico a los estudios antropológicos y sociológicos.

Itinerario de lectura

A partir de considerar los lineamientos y los objetivos de investigación planteados, a continuación se presenta en forma breve la estructura organizativa de esta tesis a los fines de orientar y de guiar en la lectura, de acuerdo al sentido que imprime el trabajo.

Luego de la introducción temática y de la propuesta de investigación, el **capítulo I** nombrado «Campos y Discursos», presenta el objeto de investigación a partir de situarlo en diversos campos discursivos desde los cuales se lo construye y se lo analiza. Se identifican tres campos discursivos desde los cuales se conceptualizan y se nombra a la infertilidad y a quienes intervienen en esta práctica: construcción de la infertilidad como hecho sociocultural; construcción de la infertilidad desde el discurso médico-científico; y construcción de la infertilidad desde la legislación vigente.

En el **capítulo II**, «Marco teórico-metodológico», se visibiliza la construcción teórico-metodológica con los posicionamientos conceptuales y las principales categorías de análisis que conforman el problema de investigación, a partir de la indagación a través de diferente bibliografía específica sobre la infertilidad, desde diversas perspectivas de referentes teóricos, investigaciones y trabajos que presentan una aproximación a la temática.

«La infertilidad como enfermedad invisible», denomina al **capítulo III**, en el que se profundiza el abordaje de la infertilidad desde una perspectiva comunicacional y sociocultural, y se propone pensarla desde las significaciones vinculadas al cuerpo, a la salud/enfermedad, a la reproductividad

biológica y a las representaciones que circulan en relación a las maternidades/paternidades, para lo cual se ponen en diálogo los relatos de las experiencias que emergen del análisis de las entrevistas, de los materiales y de la observación.

El **capítulo IV** presenta la exploración por los trayectos que orientaron esta tesis desde los diferentes circuitos que constituyeron la materialidad sobre la cual se dispuso el análisis y que por decisiones que hacen al proceso de investigación no se recuperaron en el desarrollo del capítulo III. Aquí se cruzan las biografías de las mujeres que desean convertirse en madres con las descripciones de algunos espacios que, sin ser coincidentes con aquellos por los que circularon estas mujeres, se consideran un valioso material que aportó en esta trama, dando cuenta de un universo sociocultural compartido en relación a la infertilidad que excede los límites físico-temporales.

Finalmente, en el **capítulo V**, «Reflexiones finales. Nuevas preguntas, líneas de investigación y de intervención», se dejan plasmadas aquellas reflexiones, preguntas, interrogaciones que fueron sucediéndose a lo largo de esta investigación, de la cual forman parte no solamente los momentos que implican el trabajo de campo sino también los de la escritura. Sin que sea la pretensión el dar por cerrado o el concluir este proceso de indagación, en este apartado se exponen aquellos lugares a los que se llegó luego de este recorrido que se convirtió, pasados varios meses, en un producto que aspira contribuir teóricamente al campo de la comunicación pero también a quienes no se «auto-perciban» como insertos en el mismo, pero quizás en sus trayectos se hayan cruzado con esta problemática y, entonces, pueda convertirse en un espacio que oriente la reflexión y que auxilie en los atravesamientos que implica toparse con la cartografía de la infertilidad.

CAPÍTULO I: CAMPOS Y DISCURSOS

En el presente apartado se presenta el objeto de investigación a partir de situarlo en diversos campos discursivos desde los cuales se lo construye y analiza en esta tesis. A los fines de dar cuenta de los posicionamientos que se dan hacia adentro de cada uno de estos campos es importante volver a enfatizar que cuando se hace mención a los discursos y campos no se referencia solo a un conjunto de expresiones, sino que el discurso remite a prácticas, a valoraciones, a legitimidades, a significaciones y a representaciones socialmente construidas. «En términos de Laclau y Mouffe el discurso se define como un sistema diferencial y estructurado de posiciones, constituido por elementos lingüísticos y no lingüísticos no yuxtapuestos, es decir, que los elementos no poseen identidad intrínseca, ya que toda identidad se construye de manera relacional» (Cháneton, 2007: 60).

El hecho de considerar leer los discursos para leer la realidad se relaciona con la noción de giro discursivo que plantea una perspectiva nueva y alternativa a la de la filosofía de la conciencia respecto de los objetos de estudio y la objetivación de lo conocido. Esto implica un cambio epistémico radical en la mirada científica (...) la dicotomía mente/mundo es reemplazada por la dualidad discurso/mundo. Desde esta perspectiva, el lenguaje no se considera sólo un vehículo para expresar y reflejar ideas, sino un factor que participa y tiene injerencia en la constitución de la realidad social, conocida como la concepción activa del lenguaje, que le reconoce la capacidad de hacer cosas y, por lo tanto, nos permite entender lo discursivo como un modo de acción. Pensando de este modo, lo social como objeto de observación es inseparable ontológicamente de los discursos que circulan en la sociedad. Lo anterior permite afirmar que el conocimiento del mundo no radica en las ideas sino en los enunciados que circulan; es decir, este paradigma le reconoce al lenguaje una función, no sólo referencial (informativa) y epistémica (interpretativa), sino también performativa o generativa (Santander, 2011).

Desde este encuadre analítico se identifican tres campos discursivos de importancia desde los cuales se conceptualizan y se nombra a la infertilidad y a quienes intervienen en esa práctica, a los

finde analizar relaciones, tensiones y niveles de poder hacia dentro de esos campos, posicionamientos sobre la salud, la enfermedad, la maternidad/paternidad y los patrones culturales que desde allí se configuran, relaciones de género y las legitimidades y voces autorizadas para clasificar dentro de la temática. El objetivo principal de este apartado, entonces, es generar un cruce entre los tres campos y ejercitar un trabajo analítico-reflexivo que habilite a establecer relaciones entre los tópicos mencionados desde una matriz discursiva al interior de cada uno de los campos, y así construir un mapa de significaciones en torno a la infertilidad tomando en cuenta la relevancia asignada a cada uno de estas esferas desde la perspectiva teórica planteada, que implica pensar en quiénes hablan del tema, desde qué esferas, cómo narran a la infertilidad, quienes disputan el sentido en esas escenas, entre otras cuestiones.

Los tres campos discursivos que se identifican y se construyen a los fines de este ejercicio de análisis son:

- ***Construcción de la infertilidad como hecho sociocultural:*** aquí se presenta la temática de infertilidad como problema de investigación de las ciencias sociales y no como un tema exclusivo del campo médico, lo que implica profundizar en la perspectiva sociocultural. En ese orden, se exponen diversos autores y autoras que desde distintas disciplinas de estudio trabajan la problemática de la infertilidad o se aproximan a partir de trabajar en el campo de la salud; trabajos que desde múltiples perspectivas de análisis y con diversos objetivos de investigación trazan un recorrido conceptual sobre la temática que se piensa enriquecedora para conformar un mapa y un estado actual de la cuestión que contribuya en el desarrollo y alcance de los objetivos propuestos para esta tesis.
- ***Construcción de la infertilidad desde el discurso médico-científico:*** en esta entrada se busca explicitar el modo en que el campo médico-científico se pronuncia acerca de la infertilidad, los procedimientos clínicos-tecnológicos que conllevan los diagnósticos y tratamientos, las estadísticas sobre sus alcances, su incidencia en la población general y sus diferencias en hombres y mujeres, los impactos psico-sociales de la infertilidad. A tales fines se logra un rastreo de los posicionamientos sobre el tema desde los principales organismos internacionales, regionales y nacionales que rigen la política

sanitaria: Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS); y centros especializados ocupados de tratar a personas que presentan dificultades reproductivas. De estas voces interesa recuperar sus clasificaciones acerca de la infertilidad, evolución a lo largo de los años, visibilización del tema, cómo nombran a las personas que se encuentran atravesadas por esta problemática, desde que parámetros se rigen para dichas caracterizaciones, sus canales y modos de comunicación y acceso a la información que brindan, entre otros. Se busca organizar este trazado temático a los fines de identificar los modos de validación y de inscripción de esos discursos por otros actores que experimentan esta dificultad y que están por fuera del campo médico-científico.

- ***Construcción de la infertilidad desde la legislación vigente:*** aquí se sitúa a la infertilidad desde un encuadre normativo que implica los avances en materia legislativa de alcance nacional y provincial, específicas sobre la fertilización asistida; pero también se construye un marco de referencia normativo en materia de salud sexual, reproductiva, políticas de género y ampliación de derechos para las mujeres durante el período 2003-2015, que alcanzan también la generación de políticas públicas orientadas a esos fines. El sentido de este apartado es poder identificar cómo es tomada en cuenta la problemática de la infertilidad desde el rol del Estado y, en ese orden, analizar cuáles han sido sus intervenciones en materia de políticas públicas tomando en cuenta la evolución e incidencia de la infertilidad en los últimos años. Al mismo tiempo, establecer un nexo entre esos discursos y cómo son retomadas otras voces en ese cruce.

1. CONSTRUCCIÓN DE LA INFERTILIDAD COMO PROBLEMA DE ESTUDIOS DE LAS CIENCIAS SOCIALES, ANÁLISIS SOCIOCULTURAL. ESTADO DEL ARTE.

En la última década (que en este trabajo comprende el período 2003-2015), como resultado de diversas transformaciones socioculturales, políticas, económicas que han tenido lugar en el país, y

como parte de las luchas de distintos sectores de la sociedad como movimientos de mujeres, colectivos de la diversidad, minorías sexuales y sociales, se ha avanzado socialmente en otorgarle relevancia a los cuestiones de género y de acceso al derecho trasladándose el debate a las esferas políticas, jurídicas, académicas y ubicándose en los medios de comunicación como un tema de agenda. Estos cambios, además de hacer visibles muchas demandas sociales y políticas históricas y generar las condiciones para la emergencia de nuevos actores sociales que se ubican como sujetos políticos, abren paso al accionar de fuerzas políticas que concluyen, formalmente, en el avance de regulaciones normativas que vienen a dar *forma* como respuestas a muchas de estas demandas².

Asimismo, y en paralelo con estas reconfiguraciones, se modifican ciertos patrones culturales asociados a prácticas sociales que se inscriben como representaciones sociales, como es el caso de la maternidad/paternidad, históricamente asociados a fenómenos naturales y biológicos, impensados de comprender por fuera de esos cánones pocas décadas atrás. Así es que la forma de atender la imposibilidad de concebir hijos ha variado a lo largo de la historia, pasando de los ritos religiosos consagrados a la fertilidad, hasta la multiplicidad de opciones que brindan en la actualidad las técnicas en reproducción asistida. La medicalización de la infertilidad es sólo una alternativa –entra otras posibles– para sortear la dificultad que plantea la imposibilidad de concretar este deseo/proyecto de vida. En todo caso, es una respuesta socialmente sustentada en la legitimidad conferida a la práctica médica sobre los procesos de salud y enfermedad. Se piensa en la reproducción como un acto biológico y sociocultural, en el que se ponen en práctica un conjunto de creencias compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos (Margulis, 2007).

Entender la problemática de la infertilidad desde una perspectiva socio-cultural implica, entonces, dimensionarla como una problemática no restringida al campo de la medicina, sino como fenómeno

² Durante los últimos doce años, período democrático en el que tuvieron lugar las presidencias de Néstor Kirchner (2003-2007) y de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011/2011-2015), se sancionaron un conjunto de leyes que vinieron a dar respuestas a diferentes demandas sociales históricas inscriptas en lo que el Gobierno nacional ha dado en llamar «Políticas de igualdad, inclusión y construcción de ciudadanía». Entre ellas se encuentran: Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003); Ley 26.618 de Matrimonio igualitario (2010); Ley 26.743 de Identidad de Género (2012); Decreto nacional 1.006/2012 de Reconocimiento Igualitario (2012); y Ley 26.862 de Fertilización Humana Asistida (2013), entre otras normativas.

que plantea procesos socioculturales y tiene sus implicancias en la esfera de las representaciones y significaciones sociales.

Partiendo de esta inscripción conceptual inicial es que se advierte este planteo como un problema atravesado por múltiples dimensiones y categorías sensibles de ser abordadas desde este enfoque en tanto, y como bien expone Mario Margulis (2007) el hecho mismo de la maternidad/paternidad, el modo en que se conciben los hijos³, las formas que cada uno/a encuentra para enfrentar la dificultad frente a la imposibilidad de la concepción biológica, las alternativas a los proyectos familiares sustentados en patrones culturales hegemónicos, entre otras, reúnen fenómenos que no pueden ser comprendidos y estudiados desde un solo enfoque, el médico-clínico, sino que debe poder complejizarse para analizarse y no caer en simplificaciones extremas de la realidad; y, en el mejor de los casos, encontrar elementos que puedan contribuir en la producción de saberes sobre esta problemática y, por tanto, a su visibilización social.

Sin dudas que unos de los aspectos constitutivos de la dimensión sociocultural de la infertilidad es justamente la interacción de múltiples y diversos fenómenos, prácticas, hechos sociales que confluyen en una problemática que, al mismo tiempo, a partir de su reconocimiento como hecho social es que cobra existencia y trascendencia. En la infertilidad se ponen en juego prácticas sociales de tan diversa índole y heterogéneas explicaciones que transitan desde fundamentaciones médicas, científicas, biológicas, psicológicas hasta las de carácter más espiritual y alternativo que resulta un objeto de investigación de gran interés y envergadura social para múltiples campos de estudio. El análisis de la infertilidad como hecho sociocultural pone de relieve una serie de debates que atraviesan múltiples arenas de sentido. Por un lado, lo que históricamente y dentro de la conformación del Estado-Nación se dio en llamar institución familiar heteronormativa, a partir del reconocimiento de la unión civil de un hombre y una mujer y la posterior descendencia a través de la concepción biológica y nacimiento de los hijos y que, a partir de la visibilización social de esta problemática, comienza a verse por lo menos interrogado. Por otra parte, la tensión hacia dentro del campo médico-científico y sus propias disputas acerca de los planteos éticos, la intervención de la ciencia sobre el cuerpo humano, sus límites ético-morales, los alcances acerca de lo posible

³ A lo largo de todo el trabajo la categoría general «los hijos» será indicador tanto de niñas como niños, con el fin de no redundar en expresiones reiterativas y construir síntesis en las terminologías utilizadas.

y lo imposible en materia médica, las decisiones de los usuarios (pacientes) sobre sus cuerpos, los avances científicos como correlato de los adelantos tecnológicos y su puesta al servicio de la medicina y el cruce con un poder eclesiástico encarnado en el Vaticano, de discurso autorizado simbólico pero también fáctico ante el poder político, como institución rectora y ordenadora de las conductas humanas.

Al respecto, David Lebreton introduce y genera un marco para una discusión acerca del hombre y la escisión del cuerpo como resultado de las concepciones de la medicina occidental, que si bien se desarrollará en profundidad en el siguiente capítulo, interesa aquí al menos enunciar. De acuerdo a sus interpretaciones, «el cuerpo moderno pertenece a un orden diferente. Implica la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser su cuerpo). El cuerpo occidental es el lugar de la cesura, el recinto objetivo de la soberanía del *ego*. Es la parte indivisible del sujeto, el “factor de individuación” (E. Durkheim) en colectividades en las que la división social es regla»:

Nuestras actuales concepciones del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y, también, con la historia de la medicina que representa, en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo. Estas nacieron por condiciones sociales y culturales particulares (Le Bretón, 2012: 8).

Específicamente, situándose desde su lectura antropológica del mundo y, por ende del cuerpo del hombre, el autor expone su visión crítica frente a los avances de las ciencias de la vida en las que se detiene en las técnicas de fertilización asistida a las que ubica en un paralelismo con la ablación y donación de órganos, las transfusiones de sangre, el uso de materiales humanos para la investigación, etc.

El cuerpo humano, desde la concepción hasta la muerte (e incluso *post mortem*), está controlado por la medicina. De la concepción *in vitro* a la ablación de órganos, la medicina y la biotecnología vinculan los procesos orgánicos, los orientan a voluntad. No sólo los estudian y acompañan, los transforman. La sospecha respecto del cuerpo no deja afuera a la

fecundación; luego de la gestación y del parto que dejaron de pertenecer al orden del cuerpo para volverse algo del orden de la medicina, las biotecnologías revolucionaron, también, el ciclo reproductivo. Al azar de la concepción y de la gestación se le opone, actualmente, una medicina del deseo, de las intervenciones sobre los genes, sobre los embriones, incluso sobre los fetos. Los diferentes tiempos de la maternidad son separados en secuencias manipulables cuyo control se busca.

Trabajo de hombre, no de mujeres, como si en esto hubiese un logro en la transferencia a manos del hombre de un proceso que se le escapa desde el punto de vista orgánico. Nostalgia turbia del hombre que introdujo en el nacimiento de un niño la interferencia de la técnica hasta controlar desde el comienzo hasta el final el proceso de la gestación, al provocar un lugar distinto del cuerpo de la mujer, y bajo control, el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide (Le Bretón, 2012:228).

Por su parte, Le Bretón, retoma a Yvonne Knibielher, quien señala que también pesa una sospecha sobre la mujer, «el ideal de los ginecólogos es apartar a esa mujer molesta y llegar lo más rápido posible a la gestación *in vitro* [...] La maternidad era, todavía, en el siglo XX específica del sexo femenino, pero ese saber propio, esa dignidad propia está segmentándose, diseminándose, cayendo por completo bajo el control médico y social» (Le Bretón, 2012: 229).

Asimismo, la emergencia de la medicalización de la infertilidad también pone de manifiesto el reconocimiento de enfermedades socialmente legítimas y socialmente ilegítimas, fenómeno que se origina y se valida dentro del discurso médico-científico, pero que es posteriormente reciclado por el resto de los sujetos que no forman parte de ese campo pero que, sin embargo, forman los plafones de anclaje de esos discursos que se inscriben como representaciones sociales.

Sobre esta dimensión que emerge como resultado de establecer ciertas relaciones que otorgan la complejidad epistemológica de la construcción del objeto, desde una perspectiva enfocada en la psiquiatría crítica, el norteamericano Peter Conrad aporta un interesante debate acerca de la medicalización de la anormalidad y el control social en las sociedades industriales, lo que induce a pensar en la enfermedad como construcción social y, por tanto, la legitimidad social de ciertas enfermedades y patologías por sobre otras, a partir de la institución médica que desplazó a la institución, primero religiosa y luego estatal como agente de control. Basado en sus investigaciones

situadas en la experiencia de los Estados Unidos, arguye que «La intervención médica como forma de control social pretende limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido utilizando medios médicos y en nombre de la salud» (Conrad, 1982: 130). En esa línea, analiza sociológicamente la aparición y el desarrollo de la medicalización y del control médico en los EE.UU. y la transformación de la anormalidad de la *maldad a la enfermedad* y la adopción de un modelo médico del comportamiento.

En definitiva, «estos temas que forman parte del campo de la salud están atravesados por aspectos controvertidos: las decisiones sobre el cuerpo, la autodeterminación sexual e identitaria, los valores sociales relacionados con la familia y el matrimonio, concepciones divergentes sobre el uso de la tecnología, la oferta y la accesibilidad a los servicios de salud y la relación médico/equipo-usuarios y usuarias de salud» (Petracci, Brown & Straw, 2007: 133). Además, están en el cruce de los conflictos que la separación de la sexualidad y la reproducción deparan al orden político y social.

La preocupación y el interés en la construcción problemática que aquí se plantea motoriza la posibilidad de inferir y analizar las significaciones y creencias en relación a esta enfermedad; los sentidos y la afectividad que se ponen en juego entre los hombres y mujeres que se enfrentan con esta dificultad y los médicos especialistas, en su atención clínica. La intención no es formular una definición sino comprender procesos de significación y producción de sentido desde una dimensión cultural que pueda dar cuenta de la vida social de esos hombres y mujeres (usuarios) ubicados material y simbólicamente en el espacio social actual (Bourdieu, 1988).

En esta construcción interesa la cuestión del poder en esos discursos, el tratamiento y nominación de los cuerpos y cómo operan simbólicamente y subjetivamente estos discursos en las experiencias en las que intervienen médicos/usuarios, como parte de un conocimiento institucionalizado y a la vez normalizado social, política, económicamente, que es el conocimiento médico-científico hegemónico.

En términos más específicos, interesan algunos interrogantes que ayudan a definir los objetivos principales del trabajo como: *¿Todos piensan que es una enfermedad la infertilidad?, ¿Qué pasa cuando se consulta, pasa el tiempo y luego, sin tratamiento, se produce el embarazo? ¿Pareciera que nadie que la experimenta habla de una enfermedad, aunque la OMS así lo determine?, ¿Es*

una enfermedad que avergüenza y se silencia a diferencia de otras? ¿Cómo interviene esa construcción de sentido (significación) sobre la relación médico-usuario? ¿Cómo son los niveles de autonomía de las decisiones de las parejas en esos procedimientos? ¿Cómo se ponen en juego las diferencias de género en esas prácticas?

En esta línea, al surgir la pregunta por el aporte al campo en el espacio social y en los procesos y prácticas sociales, vale pensar que el comunicador tiene un potencial que es aportar a los procesos sociales una mirada específica y particular: la *mirada comunicacional*. Esto es, observar, analizar, evaluar, desnaturalizar procesos, actores, relaciones de poder, interacciones, procesos de producción de sentidos, etc. De esta manera, se apunta a fortalecer la trama social más que a intervenir en las prácticas, ya que *intervenir* supone un adentro/afuera donde el investigador se diferencia de los sujetos implicados en el proceso. Supone, asimismo, que el investigador tiene un conocimiento propio (muchas veces en detrimento del conocimiento propio de los sujetos sociales que investiga). En cambio, *fortalecer la trama social* implica un ejercicio de problematización de las prácticas sociales que se apoya necesariamente en presupuestos teóricos que sirven de base a las técnicas y que habilitan —a la vez que condicionan— el reconocimiento de las prácticas y hacen posible una labor de fortalecimiento y dinamización de las mismas. Desde este encuadre se piensa que una investigación que tenga como fin analizar las construcciones de sentido en torno a la infertilidad e indagar en los modos de relación existente en la interacción entre médicos-usuarios desde una perspectiva comunicacional puede servir como un insumo en los procesos de evaluación y seguimiento de los ámbitos especializados que se dedican a atender esta problemática, poniendo especial atención en la dimensión comunicacional que excede y trasciende a las estrategias de comunicación e información sobre prevención, diagnóstico temprano de la enfermedad, tipos de tratamientos, etc. Así como también puede contribuir en el impulso y desarrollo de líneas de investigación específicas sobre el tema dentro del campo de la comunicación y salud, a los fines de incorporar la *mirada comunicacional* sobre las relaciones entre estos sujetos; núcleo asignado históricamente por las tradiciones y disputas del campo científico-académico a los estudios antropológicos y sociológicos.

1.1 La inscripción de la infertilidad en el campo de las Ciencias Sociales

Si bien en Argentina, existen en la actualidad enunciaciones de parte de algunos autores y autoras que provienen de las ciencias sociales respecto al tema de la infertilidad, no se encuentran en abundancia. Y quienes se han ocupado del tema, lo han hecho como parte de su recorrido académico, profesional e intelectual, enmarcados en otros estudios e investigaciones, centrados en la salud sexual y reproductiva, la problemática del HIV-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), comunicación y salud, y el abordaje de problemáticas específicas desde una perspectiva de género.

En este marco, a los fines de establecer unos cimientos que tributen en la construcción de una base de argumentos teóricos sobre la infertilidad vista desde un enfoque sociocultural y, por tanto, mapear el estado de discusión vigente, se indagó sobre los antecedentes de investigación del tema que se inscriben dentro de los estudios socioculturales sobre comunicación/salud, cuerpo, género, discurso, poder, algunos trabajos de diferentes investigadores y autore/as provenientes del campo de las ciencias sociales tanto de Argentina como de otros países, aunque estos últimos en menor proporción.

No obstante, a lo largo de este trayecto de producción fueron apareciendo nuevas voces y aportes conceptuales sobre la infertilidad y la maternidad/paternidad que tributaron en este trazado. Con mayor o menor énfasis en el estilo de producción «académica» se trata de materiales que constituyeron un valioso aporte en lo que respecta a la inscripción del tema en la agenda pública, cuya diversidad narrativa enriqueció la mirada y, por lo tanto, complejizó el proceso reflexivo. Es importante aclarar que cuando se hace referencia a la agenda pública, no necesariamente se piensa sólo en el tratamiento que hacen de un tema los medios de comunicación y su impacto en la opinión pública. También se toman en cuenta otras voces de diferentes actores como las organizaciones de la sociedad civil, el campo médico y científico, el campo académico, entre otros, aunque es claro que son los medios de comunicación, mayoritariamente, el espacio en que esas voces circulan y un determinado tema, como en este caso la infertilidad, toma conocimiento público desde distintos dispositivos y mecanismos de recepción y de apropiación.

Por un lado, se halla el libro de la Licenciada en Comunicación y periodista, Luciana Mantero, *El deseo más grande del mundo. Testimonio de mujeres que quieren ser madres*, publicado en 2015, cuya narrativa transcurre entre su vivencia en primera persona y testimonios de otras mujeres que proyectan embarazos y que nunca llegan o se detienen, enfocándose en el transcurrir de sus largas esperas en consultorios, tratamientos de fertilización asistida, desencuentros con sus parejas, intentos de adopción y la cuestión del deseo, entre otras aristas. Este ensayo, de combinación periodística y literaria, resultó un valioso engranaje en este recorrido ya que, por un lado, permitió el encuentro inicial con un relato en primera persona de una experiencia similar, que si bien difiere en las características y en los modos de producción, advierte un intenso trabajo de investigación que, pese a su composición periodística, no queda reducido a una compilación de experiencias catárticas, sino que bucea por diferentes estadios y situaciones por las que se enfrentan estas mujeres a quienes les toca, de algún modo, afrontar la infertilidad y desde donde se desprenden diversas nociones conceptuales que presentan puntos en común con algunas de las categorías aquí implicadas. Por otro lado, el libro resultó un hallazgo en cuanto a la combinación de la temática con la perspectiva comunicacional, es decir, deja traslucir a lo largo de todo su desarrollo la mirada comunicacional de la autora cuyos objetivos de investigación se encuentran atravesados por interrogantes propios del campo disciplinar y que a lo largo de toda la tesis y las búsquedas bibliográficas y de antecedentes fue difícil de hallar. Estos aspectos lo convirtieron en un valioso material que sirvió como guía e intercambio, sobre todo, en el último trayecto.

Por su parte, la Tesis de Grado «Madre no hay una sola: experiencias múltiples de maternidades en etapa de puerperio» de Flavia Almirón y de Daiana Oviedo, realizada en 2015, se centra en el análisis de los sentidos en torno a las maternidades y a los roles sexo-genéricos asociados a ésta, presentes en las prácticas de mujeres que se encuentran atravesando la etapa de puerperio. Si bien los objetivos del análisis no están puestos en los modos en que estas mujeres llegaron a concretar sus embarazos, en sus relatos aparece en forma permanente cómo fue diseñado su proyecto de maternidad, es decir, asoma como manifestación el deseo –o no– de la maternidad y cómo este patrón incide en las distintas experiencias de puerperio –más y menos conflictivas, más y menos angustiantes–, es decir, el proceso previo, el lugar que tuvo el deseo, la planificación, el acompañamiento de las parejas en el logro de cada uno de esos embarazos. Desde este encuadre es que esta tesis resultó un gran insumo, además de compartir tópicos y ejes de análisis en común, la

perspectiva comunicacional y de género desde la cual se aborda le asigna unas particularidades de gran interés al momento de programar el diseño teórico/metodológico, especialmente en la recopilación de testimonios.

Desde la disciplina sociológica, Lucía Ariza en «La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires», indaga en las decisiones respecto a la posibilidad de recurrir o no a un tratamiento de reproducción asistida entre mujeres que se encuentran en parejas con dificultades para concebir y que optan o no optan por la realización de intervenciones médicas como respuesta a la infertilidad involuntaria. Esta investigación cobra especial interés por su cercanía temática cuyo rasgo proporciona un exhaustivo desarrollo sobre las categorías de análisis propuestas centrando el énfasis en la dimensión de las tecnologías reproductivas, la procreación como fenómeno natural –o no–, las controversias que se suscitan en relación a los límites de las intervenciones técnicas y médicas en el cuerpo y hasta dónde cada mujer está dispuesta a tolerar, entre otros nudos problemáticos que, pese a ser mirados desde un enfoque sociológico, sin dudas se cruzan y se enriquecen este intercambio de voces.

Esta revisión constituyó un gran insumo respecto al enfoque desde el cual se proponen analizar aspectos vinculados a los cambios y transformaciones de patrones culturales que están presentes en los comportamientos e intercambios simbólicos de hombres y de mujeres que habitan las grandes ciudades, pudiendo observar determinadas prácticas desde una dimensión cultural. Si bien cada uno de estos trabajos pertenecen a estudios que no en todos los casos provienen de la disciplina de la comunicación, es justamente la convergencia de disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología, la lingüística lo que enriquece y amplía el espectro al momento de formularse las preguntas de investigación y trabajar en el proceso de construcción del objeto de estudio.

En esta instancia, algunos de los estudios que reflexionan específicamente sobre aspectos que atraviesan la problemática de la infertilidad, y que lo enlazan con los cambios culturales en relación a la paternidad/maternidad, la relación con el sistema de salud, desde una perspectiva de género, han significado un valioso aporte para recrear el estado de debate actual y nutrir la caracterización

de esta problemática, teniendo en cuenta que no existe una abundancia de estudios que se concentren en la dimensión socio-cultural de la infertilidad como problemática social.

De este modo se tomaron en cuenta la recopilación de artículos de Mario Margulis y su equipo, reunidos en el libro *Familia, Hábitat y sexualidad en Buenos Aires*, cuyo eje transversal son los cambios en los códigos culturales en jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires en el plano de la sexualidad y el amor, y su influencia en las formas en que se constituyen y desenvuelven las familias, las expectativas respecto de la maternidad y el matrimonio y las nuevas modalidades que emergen en las relaciones de género. Si bien el marco conceptual general que cruza los distintos trabajos contribuyó en este planteo, fue de gran relevancia un artículo que indaga sobre las situaciones que suscitan en familias de sectores medios el tema de la infertilidad, y la incidencia en la vida y cultura familiar de las nuevas soluciones posibilitadas por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, a los fines de una caracterización temática.

Por su parte, Mónica Petracci y su equipo de investigación, en *Derechos sexuales y reproductivos. Teoría, política y espacio público*, problematizan sobre los modos en que se construyen y se comunican los discursos públicos sobre los derechos sexuales y reproductivos y su instancia de apropiación subjetiva por las personas que intervienen en la escena social. Su objeto de investigación se centra en el análisis de la opinión pública y de los discursos sociales en la prensa gráfica y el tratamiento mediático sobre el eje que nuclea la tríada cuerpo-sexo-reproducción (y no reproducción), y no en las prácticas de los sujetos; no obstante, su anclaje en la perspectiva comunicacional y el interés centrado en la reflexión sobre esos enclaves, así como el modo en que genera su encadenamiento temático, ha sido de un valioso aporte para establecer y organizar los puntos de conexión entre estas categorías que hacen a la construcción del problema.

Inseparables del conjunto de prácticas sociales, las diferencias de género dejan su marca más o menos visible, más o menos constitutiva, en el hacer humano colectivo (Cháneton, 2007). Con esta breve pero proteica definición se introduce el trabajo de Judy Cháneton, *Género, poder y discursos sociales*, en el que la autora propone un abordaje sociodiscursivo para el examen y comprensión del proceso de fabricación histórica de subjetividades, envueltos en la intrincada producción de

significaciones identitarias, que ella denomina como *semiósis de género*⁴, focalizando el caso particular de las prácticas subjetivantes relativas a las mujeres. A partir de integrar desarrollos postfoucaultnianos de la teoría del sujeto dentro de una perspectiva materialista renovada del poder y lo social, su trabajo de análisis consiste en la descripción y caracterización de la construcción y circulación social de saberes relativos a las diferencias de género en su imbricación con las diferencias de clase –y también de generación– atendiendo a sus modalidades de existencia en el nivel enunciativo de los discursos sociales (2007). Sin dudas, teniendo en cuenta este encuadre sintético, esta investigación es sumamente potente como insumo teórico en cuanto a la perspectiva de abordaje para indagar la relación entre género y poder, en tanto *un poder* que actúa en y por los discursos sociales, y desde ahí comprender a la sociodiscursividad como productora y desestabilizadora de las subjetividades.

En líneas generales, su estudio resulta sumamente interesante en tanto presenta una tarea de nutrida sistematización teórica que conecta en forma clara y con precisión las nociones de género, poder y discursos sociales, reuniendo y poniendo en diálogo a diversos autores y corrientes de pensamiento postmodernos. Asimismo, en una lectura primaria asoman nociones como posicionamientos de género, saberes de género, micropolítica de género/clase/generación que puede contribuir a los fines de establecer categorías de análisis para reflexionar de forma crítica sobre las significaciones de los actores sociales (médicos y usuarios).

Uno de los alcances que se propone esta tesis tiene estrecha vinculación con poder inferir en los posicionamientos de género, en las relaciones de poder, en el discurso médico hegemónico, en los patrones culturales sobre la maternidad/paternidad. Es preciso referirse a *La mujer de la ilusión*, trabajo de Ana María Fernández, como parte de los antecedentes temáticos que han sido un cimiento teórico en los estudios feministas y de género de las últimas décadas. Sus conceptualizaciones basadas en la teoría del imaginario social de Cornelio Castoriadis para referirse a la reproducción, los reacomodamientos y mutaciones en lo que denomina como «producción social de las desigualdades de género» (Cháneton, 2007: 10) en la modernidad han sido fundamentales en sus inicios para comprender las problemáticas de género en términos de

⁴ Nota de la autora: la noción de *semiósis de género* remite a apropiaciones parciales –en articulación con otros insumos teóricos– de la teoría de la discursividad como «producción social de sentido» de Eliseo Verón (1987).

significaciones sociales. Desde la psicología como campo disciplinar desde el cual se centra su enfoque, este trabajo prioriza el análisis de la inferiorización de la diferencia de género en diversas dimensiones: epistemológica, política, cultural, erótica, subjetiva; y reformula y se interroga sobre algunas cuestiones en relación con la histeria, la maternidad y la pasividad erótica y las bases políticas de los pactos del amor y de la conyugalidad. El interés puesto en estas construcciones conceptuales resultan centrales como una entrada para inferir en los modos en que se configura la infertilidad como incapacidad *biológica* reproductiva, pero permeada social y culturalmente, lo que a su vez define los modos de *ser y habitar el mundo* y, por tanto, las relaciones familiares, sociales, culturales dentro de la estructura social.

Desde un itinerario formativo común, como es el campo de la psicología, resulta relevante el enfoque de Lina María Parada Muñoz (2005) en relación a la infertilidad y las relaciones de pareja y de ellas con su entorno social, en tanto el fenómeno de la infertilidad/fertilidad no se puede leer en términos puramente biomédicos, sino que se requiere la problematización por parte de la psicología y de la psiquiatría a los fines de ahondar en la incidencia que tiene para las parejas el diagnóstico, la valoración y el tratamiento biomédico.

De este modo, plantea que las definiciones técnicas, científicas y tradicionales no necesariamente se han preguntado por las dinámicas relacionales de las parejas, en las cuales la fertilidad/infertilidad queda sujeta a unas significaciones y sentidos que se deben a interacciones, contextos y sistemas. En este sentido, la fertilidad/infertilidad es un significante abierto a múltiples significados, dependiendo de la naturaleza de los vínculos de la pareja, de sus trayectorias, de sus organizaciones, de su comunicación (Parada Muñoz, 2005).

Para las parejas que tienen un problema de infertilidad, explica Parada Muñoz, «la decisión de comenzar una familia da origen a una experiencia vital muy difícil. Usualmente, luego de intentos de lograr el embarazo sin resultados, se acercarán a la consulta médica general y especializada para confirmar un diagnóstico que es temido y así, a la vez, obtener esperanzas en su deseo de ser padres» (2005: 153).

La crisis de la infertilidad, para Shapiro (1988), consiste en la pérdida de una serie de apegos de gran valor emocional para el individuo y la pareja infértil. Las parejas que tratan de concebir

desarrollan apegos a fantasías sobre el hijo deseado en diferentes aspectos: la forma como alterará su estilo de vida, los atributos físicos, los talentos o intereses que tendrá y que ellos estimularán en su hijo, etc. Cada miembro de la pareja puede responder a la infertilidad de forma diferente. Se activa tanto la dimensión interaccional de la pareja como todos los ingredientes de la dinámica individual que aquí se desbordan: marco de referencia, identidad y experiencias emocionales, cada uno de los cuales se evidencia y sale a danzar en el escenario del proceso de fertilidad asistida (Navarro & Pereira, 2000). En este sentido, un miembro de la pareja puede llegar a sentirse esperanzado y optimista ante el diagnóstico mientras que el otro está desesperanzado y agobiado por la nueva realidad. Se observa con frecuencia dificultad para discutir los acontecimientos y sentimientos que surgen alrededor del diagnóstico. Esta dificultad puede verse exacerbada a lo largo del tratamiento, incrementando los sentimientos de angustia, culpa y tensión dentro de la pareja (Guerra, 2002). La pérdida de la fertilidad o el embarazo es generalmente minimizada por otros, lo que en realidad invalida los sentimientos auténticos de la pareja ante su pérdida, ya que la infertilidad es aún un evento irreconocible en la sociedad, esto es, no existen rituales para legitimar el dolor de la pareja infértil por un ser que nunca existió (Gonçalves & Razera, 2002). Por estas razones las parejas se esfuerzan por resolver su dolor en un solitario aislamiento, en un intento por manejar los propios sentimientos de inadecuación que sobre sí mismos experimentan (Parada Muñoz, 2005: 152-153).

Otro de las categorías que se cuelean en el marco de referencias teóricas y que hacen a una primera construcción del objeto de investigación es la noción de *cuerpo*. Para un primer acercamiento a su abordaje resultó propicio *Antropología del cuerpo y modernidad*, de David Le Bretón, cuyo interés está puesto en la significación del *cuerpo y de los cuerpos* en las sociedades modernas desde una perspectiva antropológica que le permite mirar los rasgos identitarios del hombre en distintas sociedades. El *cuerpo* es para Le Bretón el hilo conductor que lo habilita a comprender la lógica social y cultural que se encuentra en el corazón de la medicina moderna y en los ritos sociales, así como en la preocupación actual por la salud, la apariencia y el bienestar corporal. A partir de inscribir al cuerpo moderno dissociado del sujeto, esgrime un planteo de la medicina moderna que «apuesta al cuerpo» y que lo separa del hombre para curarlo, es decir, que cura menos a un enfermo que a una enfermedad y que da cuenta de la importancia social que adquiere la medicina, que se ha convertido en una de las instituciones más importantes de la modernidad. En este marco,

proporciona datos antropológicos que se conectan con cuestiones éticas de nuestro tiempo y que están relacionadas con el estatuto que se le otorga al cuerpo en la definición social de la persona: procreación asistida, explosión de la paternidad, ablación y trasplante de órganos, manipulación genética, adelantos en las técnicas de reanimación y de los aparatos de asistencia y prótesis, etc. (Le Bretón, 2012).

Pese a que su lectura de estos temas resulta en muchos aspectos sesgados y demonizadores de la vida y las instituciones modernas, sin dudas su análisis permite acceder a un marco de referencia teórica acerca de la noción antropológica del cuerpo que sirve como base para inscribirla en un enfoque comunicacional/socio cultural.

Distintos trabajos de Ana Lía Kornblit como *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires*; *Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud*; *Representaciones Sociales y Prácticas de Consumo del Éxtasis*, entre otros hallados, han contribuido fundamentalmente como instancia de acercamiento a investigaciones cualitativas que buscan indagar en las percepciones, sentidos y representaciones de jóvenes en la ciudad de Buenos Aires sobre diversas prácticas asociadas al campo de la salud. Enfocados en distintas problemáticas y hábitos vinculados a la salud, estos estudios despliegan un marco de referencia teórica general sobre el campo de la salud y la enfermedad y, en lo particular, el modo en que los jóvenes incorporan determinados usos y costumbres en materia de salud, contraponiendo el modelo médico hegemónico al paradigma de promoción de la salud. De este modo se trabaja en las concepciones que tienen estos jóvenes respecto al peso corporal y a la alimentación, en el consumo de drogas legales e ilegales, en la educación sexual en el ámbito escolar, en la salud sexual y reproductiva, el riesgo de accidentes, ideas y conductas suicidas, entre los más relevantes. Si bien su análisis se centra en los jóvenes que asisten a escuelas secundarias, la construcción de su encuadre teórico sobre la salud y la enfermedad resultan un aporte cualitativo interesante como también determinadas categorías de análisis que nutren la caracterización social de la población y que conforman aspectos metodológicos que, aplicados a la investigación, resultan una herramienta valiosa a los fines de la construcción teórico-metodológica del proyecto.

2. LOS DISCURSOS DEL CAMPO MÉDICO-CIENTÍFICO. VOCES AUTORIZADAS Y ESPACIOS DE VALIDACIÓN

Desde el año 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ reconoce a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo, definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

Según este organismo internacional, la inscripción de la infertilidad como una enfermedad se corresponde al hecho de que la situación descrita conlleva una gran cantidad de efectos tanto en la salud física como mental, emocional, psicológica, social y hasta religiosa en las parejas que la sufren. Es una causa muy importante de depresión, tanto que las consecuencias sociales, psicológicas y culturales de la infertilidad han sido catalogadas en seis niveles de gravedad, que van desde el sentimiento de culpa, miedo y depresión, hasta la pérdida de dignidad y muerte por violencia y suicidio.

«La incidencia de esta enfermedad es de aproximadamente un 10% de las parejas en edad reproductiva, lo que equivale a decir aproximadamente 80 millones de mujeres en el mundo, aproximadamente 13.840.000 mujeres en América Latina y 112.700 mujeres en Costa Rica» (Hospital Clínica Bíblica, 2016).

Sobre esto último cobra importancia como un dato para el análisis, que en esta indagación no se pudieron hallar datos estadísticos de cifras sobre infertilidad, tipologías de tratamientos, casos según cantidad de habitantes en Argentina, entre otros, en sitios oficiales y fuentes de consultas vinculadas a organismos oficiales. Tampoco se encontraron estos datos en los sitios de los Centros especializados consultados ni en los fundamentos de las legislaciones analizadas, que sean específicos de nuestro país. No obstante, sí aparecieron en el rastreo de sitios y de documentos estudiados publicaciones de carácter estrictamente médico-científico cuyos destinatarios son los y las profesionales médico/as especializado/as, lo cual requiere de unas competencias específicas

⁵ «La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Comité Internacional para la Supervisión de las Técnicas de Reproducción Asistida (ICMART) han reconocido oficialmente a la esterilidad / infertilidad como una enfermedad en su nuevo glosario de Técnicas de Reproducción Asistida, publicado el pasado mes de octubre». THAE Fertilidad. Instituto de Fertilidad-Ginecología. Recuperado de: <<http://tahefertilidad.blogspot.com.ar/2009/12/la-esterilidad-clasificada-como.html>> (URL consultada en abril de 2016).

para su acceso cuyo esfuerzo amerita el planteo de otros objetivos que exceden esta investigación. En tal sentido, de este dato se desprende un valioso insumo para el planteo de líneas de trabajo futuras relativas al tema.

2.1 Eficiencia reproductiva en la especie humana

La especie humana es muy poco eficiente en cuanto a su capacidad reproductiva, la probabilidad de embarazarse de mujeres sanas y jóvenes es aproximadamente 84% en 1 año; pero si esto se analiza por mes, la probabilidad de concebir al primer mes de exposición es de un 25%, ascendiendo a 50% quienes requieren de 3 meses de exposición para lograr un embarazo. Sin embargo, si la mujer lleva ya un año intentando quedar embarazada, la posibilidad de que quede embarazada en los siguientes 3 meses luego del primer año, es solo de un 20% (Hospital Clínica Bíblica, 2016).

Varios estudios han demostrado que la probabilidad de concebir que tienen las mujeres fértiles, en las que se exponen a embarazo con relaciones sexuales sin protección en el momento en que están ovulando (documentando ovulación ya sea por ultrasonido vaginal o por medición en sangre de niveles hormonales de LH) es, en el mejor de los casos, del 27% si la relación sexual tuvo lugar un día antes de la ovulación. En comparación con otros mamíferos, más del 90% de las hembras se preñan al exponerse al macho en el período fértil.

En ese sentido, surge la pregunta acerca de las razones que explican la baja eficiencia reproductiva en la especie humana y la respuesta que proporcionan los especialistas se basa en las dificultades para lograr la concepción o en las pérdidas de embriones ya formados. Con el objetivo de responder a esta pregunta, la OMS ha realizado estudios en diversos centros de distintos países en el que se obtuvieron muestras diarias de sangre en un grupo de mujeres fértiles en el ciclo en que se expusieron a embarazo. En este estudio se demostró que en mujeres jóvenes y fértiles solo un 30% logró un embarazo clínico, aun cuando la hormona que detecta la implantación de un embrión salió positiva en 68 mujeres. Esto significa que hubo 38 mujeres que tuvieron pérdidas embrionarias ocultas (abortos que la paciente nunca hubiera detectado y/o nunca supieron que habían estado embarazadas). Esto ha llevado a demostrar que la especie humana presenta alrededor de un 50% de abortos subclínicos, y si a esto se le suma la posibilidad de que la mujer tenga un aborto clínico (que ocurre cuando ya la mujer sabe que está embarazada, con 4 semanas de embarazo o más) que

es entre un 7 a 20%, lleva a concluir que la especie humana tiene una baja eficiencia reproductiva porque tiene una gran pérdida de embriones, es decir, la insuficiencia reproductiva en la especie humana es post concepcional.

Con base en lo anterior, la comunidad médico-científica especializada en la temática se formula un nuevo interrogante: ¿cuál es la razón de que en la especie humana se pierdan tantos embriones de forma natural? La respuesta a esta pregunta ha sido dada gracias a la Fertilización in Vitro, técnica que, según los especialistas, ha permitido observar lo que antes no era posible, es decir, las características de los óvulos de la mujer y el desarrollo del embrión humano en sus estadios iniciales.

Con relación a los óvulos de la mujer, en la actualidad se conoce que la incidencia de alteraciones en los cromosomas contenidos en el núcleo de los óvulos es de un 35% en edades entre 20 a 34 años (es decir, en mujeres fértiles y jóvenes), cifra que se eleva a 76% en edades entre 35 a 39 años. Estos óvulos que tienen alteraciones en sus cromosomas pueden ser fecundados, el embrión puede desarrollarse inicialmente, pero se pierden antes o después de la implantación.

Respecto de los embriones, se demuestra la presencia de una o más alteraciones cromosómicas en 58% de los embriones de mujeres entre 35 a 37 años, 70% en mujeres de 38 a 40 años y 79% de aneuploidia⁶ en mujeres mayores de 40 años. Esto explica la alta incidencia de abortos en mujeres mayores de 40 años y el aumento tan importante de niños con Síndrome de Down en estas mujeres.

Esta información científica enseña que la pérdida de embriones ocurre como parte del proceso con que se expresa nuestra naturaleza, que cuanto más elevado se esté en la escala evolutiva, más difícil

⁶ La aneuploidia es una mutación cromosómica de tipo numérica que altera parte del juego cromosómico, es decir, la célula con esta mutación presenta cromosoma/s de más o de menos. Las aneuploidías se denominan de la siguiente manera: número de veces que se repite seguido de la palabra «somía» seguido del número de cromosoma involucrado. El origen de esta mutación puede provenir de la no disyunción en meiosis I o II. Estas mutaciones tienen un gran interés a nivel médico dado que son responsables de muchas enfermedades frecuentes de humanos. El Síndrome de Down ocurre con una frecuencia de 0,15% de nacimientos. Es una trisomía del cromosoma 21 que puede ocurrir por translocación o por no disyunción de alguno de los progenitores, siendo este último el caso más común. Cátedra de Genética General de la carrera de Ingeniería en Agrobiotecnología. «Proyecto de Divulgación Científica acerca de las mutaciones cromosómicas». Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de: <<https://mutacionescromosomicas.wordpress.com/aneuploidia/>> (URL consultada en octubre de 2016).

resulta la reproducción en esa especie, y el hombre al estar en la cima de la escala evolutiva, presenta estos índices tan bajos en su eficiencia reproductiva.

De tal modo, de cada 10 embriones generados espontáneamente en la especie humana, no más de 2 o 3 logran sobrevivir a la selección natural y nacer como una persona. Los restantes 7 u 8 embriones mueren en el tracto genital femenino, la mayoría de las veces, sin conocimiento de la madre.

2.2 Clasificaciones de la infertilidad según la OMS

De acuerdo con la OMS, la infertilidad se clasifica en: *primaria*, cuando no hay antecedentes de embarazos anteriores, y *secundaria*, cuando el fenómeno ocurre en parejas que con anterioridad han logrado embarazo, independientemente de que haya concluido en forma exitosa o de que haya sido un aborto.

La clasificación entre *primaria* y *secundaria* toma importancia, principalmente, desde el punto de vista del pronóstico, que es mejor cuando se trata de una infertilidad secundaria que una primaria, y así también es importante el tiempo de evolución de la infertilidad, pues entre mayor sea el tiempo de infertilidad, más complejo resulta.

En términos generales, la causa de la infertilidad varía mucho con la población estudiada según el nivel social, grupo étnico etc., pero puede ser desglosada de la siguiente manera: por causa femenina exclusiva (35% de los casos); causa masculina exclusiva (35%); causa inexplicada (15%); causas misceláneas, es decir, factores que afectan a ambos miembros de la pareja (15%). Queda claro pues que la infertilidad es una enfermedad que se estudia y se trata en pareja, no puede excluirse a ninguno de los miembros del estudio del caso, lo que significa un compromiso de ambos hacia un objetivo común.

Aunque resulte obvio, es importante hacer mención de la importancia del compromiso de los dos miembros de la pareja en el interés de someterse a estudios y a tratamientos, pues es relativamente frecuente que acuda a la primera consulta solo la mujer sin que su pareja esté realmente comprometida o interesada, siendo imposible ofrecerle un buen resultado. A pesar de que la infertilidad debe ser analizada como un problema de pareja, es a la mujer a la que se le realizan la

mayoría de los tratamientos y la que con frecuencia lleva la mayor carga emocional, tanto en los éxitos como en los fracasos.

Este punto se ubica en uno de los aspectos clave de esta tesis en tanto la dimensión de género y las condiciones de hombres y de mujeres en la instancia de consultas por dificultades en el logro del embarazo se constituye como uno de los interrogantes que forman parte del objeto de estudio y, por tanto, de los objetivos principales del trabajo. En este sentido, resulta significativo que si bien las estadísticas a nivel mundial hablan de iguales porcentajes de incidencia de factores femeninos y masculinos en casos de infertilidad, sea la mujer la que, en su generalidad, recurra en primera instancia a este tipo de consultas y, al mismo tiempo, los protocolos establezcan mayor cantidad de estudios a la mujer en un primer nivel de diagnóstico, siendo esto ratificado por el campo especializado, tal como se menciona en el párrafo anterior. Es decir, la infertilidad se asume desde el campo médico como un problema de pareja pero al momento de la intervención médico-técnica se reproduce una lógica desigual para unos y otras.

Este tópico será retomado como parte del análisis en los capítulos siguientes y recuperado en las conclusiones.

2.3 Factores que afectan la fertilidad

De acuerdo con los documentos, la bibliografía y los sitios webs revisados y consultados, existe un acuerdo dentro de lo que se visualiza como el campo de la medicina especializada en infertilidad, y a la cual se viene haciendo referencia en este capítulo, en la identificación de tres factores centrales que inciden en las dificultades para lograr un embarazo: edad materna, edad paterna, retrasar el momento de la procreación:

- Edad materna: se sabe que la infertilidad es más frecuente después de los 35 años, y se estima que la tasa de fertilidad a los 35 años disminuye a la mitad en relación con la tasa que se tiene a los 25 años.

«Un estudio clásico publicado en 1986 demostró que la incidencia de infertilidad en mujeres aumenta conforme lo hace la edad: 6% entre los 20-24 años, 9% entre los 25 y 29 años, 15% entre los 30 y 34 años, 30% entre los 35 y 39 años y 64% entre los 40 y los 44 años» (Hospital Clínica Bíblica, 2016). En paralelo con el aumento de infertilidad, con la edad maternal aumenta también

el riesgo de aborto espontáneo⁷. Todos estos datos se explican por qué fisiológicamente la mujer nace con todos los óvulos que va a ocupar durante su vida, no forma nuevos luego de nacer, si no que con cada ovulación va perdiendo un gran número de óvulos, quedando una reserva ovárica reducida al final de su vida reproductiva con los que llevan muchos años en el ovario y que van perdiendo calidad en sus núcleos conforme pasa el tiempo. En otras palabras, una mujer de 15 años ovula óvulos de 15 años, una mujer de 40 años, óvulos de 40 años.

Esto explica también la elevada incidencia de nacimientos de niños con alteraciones cromosómicas en mujeres mayores de 40 años, siendo la incidencia de niño/as nacidos con Síndrome de Down de 1 en 2000 embarazadas a los 20 años, llegando a ser de 1 en 100 en mujeres de 40 años y 1 en 30 en mujeres de 45 años.

- Edad paterna: la edad no es un factor determinante en el varón como si lo es en la mujer. La razón es que el proceso de espermatogénesis a cualquier edad dura 74 días, lo que les confiere un reciclaje permanente; en otras palabras, un hombre de 20 años eyacula espermatozoides de 3 meses de edad, la misma que tienen los espermatozoides de un hombre de 40 años. Estudios recientes han demostrado que el varón no pierde, al menos hasta los 65 años, la capacidad fecundante de sus espermatozoides.
- Retrasar el momento de la procreación: la sociedad moderna ha hecho que la mujer anteponga sus deseos/expectativas de estudio, laborales y de desarrollo profesional a los de procreación, por lo que con mayor frecuencia inician la búsqueda del embarazo después de los 35 años, momento en el que, como se ha detallado anteriormente, inicia el declive en la capacidad fértil. Consecuentemente, se ha visto el crecimiento de parejas que, entonces, necesitan tratamientos que pueden ir desde intervenciones de baja complejidad hasta tratamientos complejos para lograr un embarazo.

⁷ El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta reportó un estudio en el año 2001 en el que se valoró el porcentaje de embarazos que era clínicamente detectable con ultrasonido (mayores de 4 semanas), pero que no llegaban a dar un nacimiento vivo, y se encontraron los siguientes resultados: 14% en menores de 35 años, 19% entre 35 y 37 años, 25% entre 38 y 40 años y 40% después de los 40 años (Hospital Clínica Bíblica, 2016).

En definitiva, de los estudios y estadísticas, publicados por los principales organismos de salud a nivel mundial, se concluye que:

La especie humana es muy poco eficiente en su capacidad reproductiva, la mayoría de las veces esta baja capacidad fértil es debida a una gran pérdida embrionaria que ocurre antes o inmediatamente después de la implantación del embrión y que, no obstante, existen factores que afectan la fertilidad siendo el más importante, puesto que es una situación contra la cual no se puede hacer prácticamente nada, la edad materna.⁸

2.4 Infertilidad: causales, consecuencias y estadísticas

Aunque la infertilidad es una experiencia muy estresante, hay muy poca evidencia de que pueda ser causada por el estrés. En casos raros, los altos niveles de estrés en las mujeres pueden cambiar los niveles hormonales y causar una ovulación irregular pero no necesariamente la infertilidad.

El estrés se define como cualquier evento que una persona percibe como amenazante o perjudicial. El estrés puede dar lugar a la mayor actividad de muchos órganos del cuerpo. Este aumento de la actividad se compensa con hormonas secretadas por las glándulas suprarrenales y a través del sistema nervioso. El estrés agudo puede resultar en un aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y de la respiración, así como las palmas sudorosas y la piel fría y húmeda. El estrés crónico también puede causar depresión y dar lugar a cambios en los patrones del sistema y del sueño inmunes, como también puede causar espasmos en las trompas de falopio en las mujeres y la disminución de la producción de esperma en los hombres (Villalobos Castro, 2016).

2.4.1 Esterilidad

La investigación ha demostrado que las mujeres que reciben tratamiento para la infertilidad tienen un nivel de «estrés» semejante a las que se ocupan de enfermedades mortales, como el cáncer y las enfermedades del corazón. Las parejas infértiles experimentan estrés crónico cada mes, primero con la esperanza de que vayan a concebir y luego con lidiar con la decepción si no lo hacen.

⁸ Sitio web del Centro de Especialidades Ginecológicas y Obstétricas. Clínica especializada en Ginecología, Infertilidad, Fertilización in vitro, Costa Rica. Recuperado de: <<http://infertilidadcr.com/publicaciones/infertilidad-publi.html>>.

2.4.2 Estrés

Cuando se diagnostica la infertilidad, muchas parejas ya no sienten el control de sus cuerpos o de su proyecto de vida. La mayoría de las parejas están acostumbrados a planificar sus vidas. La experiencia les ha demostrado que si trabajan duro en algo, pueden lograrlo. Con la infertilidad, esto puede no ser el caso. Pruebas y tratamientos de la infertilidad pueden ser física, emocional y económicamente estresantes. La intimidad de la pareja a menudo se reduce debido a que la experiencia de la infertilidad contribuye aún más al aumento de los niveles de estrés. Tratar de coordinar las citas médicas con responsabilidades de carrera también puede aumentar la presión sobre las parejas infértiles.

2.4.3 El envejecimiento y la infertilidad en mujeres

La fertilidad femenina comienza a declinar muchos años antes de la aparición de la menopausia, a pesar de los ciclos ovulatorios regulares. Aunque no existe una definición estricta de la edad reproductiva avanzada en las mujeres, la infertilidad se hace más pronunciada después de los 35 años.

2.4.4 Predicción de la fertilidad potencial en pacientes del sexo femenino

El potencial reproductivo de una mujer disminuye con la edad. Esto se refleja en la disminución de la capacidad de concebir (quedar embarazada) y un aumento en la tasa de abortos espontáneos (abortos). Aunque la fecundidad (la capacidad de lograr un embarazo que se traduce en un nacimiento vivo) disminuye en todas las mujeres a medida que envejecen, la edad precisa cuando la mujer ya no puede concebir varía entre los individuos.

Aproximadamente, un tercio de las parejas en las que la mujer es de 35 años o más tendrá problemas de fertilidad. Se estima que dos tercios de las mujeres no podrán quedar embarazadas espontáneamente después de los 40 años. Varias pruebas pueden ser útiles para evaluar el potencial de fertilidad en pacientes mayores. Para los pacientes con una fertilidad potencialmente baja, el uso de donantes de óvulos o la donación de embriones pueden ser considerados.

2.4.5 Indicadores del nivel de fertilidad

Los niveles de FSH, LH y estradiol del día 3 del ciclo, la determinación de las concentraciones en sangre de la hormona estimulante del folículo (FSH) y los niveles de estradiol en el día 3 del ciclo menstrual, se ha utilizado para estimar el potencial de fertilidad. Las mujeres con niveles elevados de mediciones de FSH y/o de estradiol en el día 3 del ciclo tienen tasas de embarazo muy pobres, tanto con inducción de la ovulación como con la fecundación in vitro (FIV). Más recientemente, se ha demostrado que las mujeres con niveles elevados en sangre de la hormona luteinizante (LH) en el día 3 del ciclo también tienen pobres resultados del embarazo con la terapia de fertilidad.

La hormona Anti-Mulleriana –otro indicador de potencial de fertilidad– se utiliza para proporcionar una medida objetiva de la condición de la reserva ovárica y, potencialmente, ayudará a predecir la respuesta a los protocolos de estimulación ovárica.

Las gonadotropinas concentran mezclas de FSH y LH o FSH solamente y se suministran con inyecciones para estimular que el ovario produzca múltiples óvulos en la preparación para diversas terapias de fertilidad. La cantidad de gonadotropinas requeridas para inducir el desarrollo del óvulo se incrementa con el aumento de la edad cronológica. Las pacientes que requieren grandes cantidades de gonadotropinas para inducir el desarrollo del óvulo, generalmente, tienen tasas de embarazo más bajas, tanto con la terapia de inducción de la ovulación como en la fecundación in vitro.

2.4.6 Infertilidad inexplicada

Para un 20 o 30 por ciento de las parejas (y hasta el 80 por ciento de las mujeres cerca de los 40 años), las pruebas de fertilidad dará lugar a un diagnóstico de «infertilidad inexplicada». Se da este diagnóstico después de que un estudio de diagnóstico completo no revela una causa concreta para la incapacidad de la mujer para concebir. El diagnóstico implica que existe un problema, pero que los médicos no pueden encontrar una explicación definitiva o prescribir un tratamiento exacto.

Una de las causas más comunes de infertilidad inexplicada es la edad. Las mujeres de 35 años o más tienen una mayor incidencia de este diagnóstico y las mayores de 38 años una proporción aún mayor. En las mujeres mayores de 40 años que todavía están ovulando regularmente, la infertilidad

inexplicada se debe, probablemente, a los problemas de calidad del óvulo que no se determinan fácilmente.

Debido a los cientos de procesos moleculares y bioquímicos que deben suceder perfectamente en orden para que se produzca un embarazo, la infertilidad inexplicada es causada, probablemente, por una serie de factores. Pruebas de fertilidad estándar se centran en cuestiones obvias como las irregularidades de la ovulación y los conteos anormales de esperma.⁹

2.5 Organización Mundial de la Salud (OMS)

A partir de esclarecer y explicitar algunas características y tipologías del orden médico-científico que están especificadas y nombradas por distintos centros especializados y de referencia en infertilidad de distintas partes del mundo, interesa poner en común algunos lineamientos macro generales sobre los cuales se rige la Organización Mundial de la Salud y, específicamente, puntualizar en lo que refiere a la política de salud sexual y reproductiva, dentro de la cual se inscribe a la infertilidad. Esta referencia resulta fundamental en este planteo en tanto los distintos centros especializados consultados a través de sus sitios webs, y referenciados en este desarrollo, presentan a la infertilidad como una enfermedad tomando como referencia autorizada la declaración de la OMS y su pronunciamiento sobre el tema. Sin embargo, al consultar su principal órgano de comunicación (su sitio web: <http://www.who.int/es/>) no aparecen referencias directas a la infertilidad y sus especificaciones, como sí se observa en la información detallada que brindan los distintos centros consultados. En ese sentido es que resulta relevante describir las principales características del organismo, de acuerdo al modo en que se organiza y presenta la información en su página web.

La OMS es el organismo regulador de la salud a nivel mundial, en tanto es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, sentido por el cual presenta sitios webs diferenciados por países. Su trabajo está centrado en la elaboración de

⁹ Sitio web del San Diego Fertility Center, California, Estados Unidos. <https://www.sdfertility.com/es/>.

estadísticas, de investigaciones, de programas y de proyectos de intervención en todos los ámbitos de la salud, y la salud pública como dimensión de aplicación de la salud. Este organismo entiende a la salud desde múltiples dimensiones, siendo la cuestión cultural un eje de importancia.

En su web, principal núcleo de acceso a la información, presenta ítems diferenciados en materia de salud sexual y reproductiva y enlaces distintivos de género, de infertilidad y de violencia contra la mujer. Presenta además sitios de búsqueda de informes, de estadísticas, de programas y de proyectos y de un sitio ordenado por orden alfabético sobre temas de salud o desarrollo, es decir, no por enfermedad o patologías. En cuanto a las características técnicas, el sitio propone una calidad y accesibilidad estándar en su navegación y no se observa una plataforma virtual en diálogo con la 2.0. Por último, en lo que refiere a presentación general, se advierte que a partir de sus imágenes y sitios buscan ser representativos de la diversidad de países, de etnia, de género y de identidades culturales.

En cuanto al ítem de salud reproductiva se remiten a diversos informes y a publicaciones divididas en estos tópicos:

Anticoncepción de emergencia/El embarazo en la adolescencia/Infecciones de transmisión sexual/Mortalidad materna/Mutilación genital femenina/Nacimientos prematuros/Planificación familiar/Reducción de la mortalidad de recién nacidos/VIH/SIDA/Violencia contra la mujer.

Cada uno de estos ítems presenta evidencias (informes) que dan cuenta de estrategias y acciones de desarrollo en diversos países para abordar dichas áreas. Si bien no aparece un posicionamiento explícito, el hecho de caracterizar cada una de estas áreas en forma diferenciada y explicitando en cada una su mirada en torno a la salud de hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes, como sujetos con identidades diferenciadas, da cuenta de un posicionamiento político-teórico sobre el tema.

En su *Biblioteca de salud reproductiva* aparecen los siguientes ejes de búsqueda de materiales:

- Salud sexual y reproductiva adolescente; regulación de la fertilidad; ginecología, infertilidad y cánceres; VIH; cómo mejorar la práctica clínica; la salud del recién nacido; embarazo y parto; infecciones de transmisión sexual.

- Salud sexual: todos ítems en inglés sin posibilidad técnica de traducción, como sí ocurre en el caso de otros enlaces.
- Infertilidad: se reiteran los enlaces a los mismos sitios que en el ítem de salud reproductiva. El mismo enlace a la «Biblioteca de salud reproductiva de la OMS».

Presenta como su trabajo principal relacionado a ese eje: ginecología, esterilidad y cánceres.

Se encuentra como uno de sus materiales protagonista sobre el tema, la publicación de un glosario de terminología en *Técnicas de Reproducción Asistida* fundamentado en la importancia y el valor de contar con una nomenclatura común, teniendo en cuenta la expansión de los tratamientos de infertilidad en todo el mundo, incluyendo los lugares de más bajos recursos. El objetivo del trabajo es desarrollar un glosario con definiciones aceptadas internacionalmente e ir continuamente actualizando estas definiciones para uniformar y armonizar la colección de datos, y para ayudar en el control de la disponibilidad, la eficacia y la seguridad de las técnicas de reproducción asistida (TRA) que se practican en todo el mundo.

De acuerdo con el organismo internacional, la terminología estandarizada debería ayudar en el análisis de tendencias en las intervenciones de reproducción médicamente asistida (MAR) y en la comparación de resultados de las TRA entre los distintos países y regiones. En tal sentido, el glosario contribuye a una comunicación más estandarizada entre los profesionales responsables de la práctica de las TRA, así como los responsables de los registros internacionales nacionales y regionales.

Entienden que la estandarización de definiciones es crucial para la evaluación y comparación de los resultados de TRA tanto a nivel nacional e internacional. El incremento en el uso de TRA en todo el mundo y las continuas discusiones, las controversias y los debates sobre las medidas de eficacia y seguridad han generado interés tanto científico como público. Las definiciones utilizadas en reproducción asistida en los diferentes países, con frecuencia, son el resultado de las adaptaciones a asuntos médicos, culturales y religiosos particulares. Sin embargo, al realizar la recopilación de datos internacionalmente, la normalización es necesaria para que el seguimiento de la eficacia, la seguridad y la calidad de los procedimientos y la investigación multinacional puedan llevarse a cabo.

2.5.1 Enfoque de salud pública basado en el género según la OMS

El enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia. En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general; tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención.

Con la noción de género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, de los comportamientos, de las actividades y de los atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. Esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto, tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

De acuerdo con este encuadre, se explica que la atención a la salud de la mujer se ha venido centrando hasta ahora en los problemas que ésta sufre durante el embarazo y el parto. El enfoque de salud pública basado en el género ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de la mujer y determinar formas de abordarlos en mujeres de todas las edades. Por ejemplo, se sabe hoy que las enfermedades cardiovasculares son una importante causa de mortalidad femenina. Sin embargo, no se reconoce suficientemente este hecho, lo que retrasa el diagnóstico y la búsqueda de tratamiento. La identificación de diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares ha permitido formular estrategias de promoción de la salud y de prevención más eficaces, lo que a su vez ha redundado en mejoras de la salud de la mujer en muchos países.

Desde este espacio de búsqueda del sitio se puede acceder a diversas publicaciones en donde la OMS plasma sus estrategias y sus acciones para incorporar la perspectiva de género en sus actividades.

2.6 Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS); junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.

Su principal medio de comunicación es su sitio web <<http://www.paho.org/arg/>> que respeta y reitera los mismos criterios y estructura de información que el sitio de la OMS, ya que en definitiva es un «brazo» institucional y local de la OMS. Sin embargo, en el apartado de Temas de salud, de donde surge la información relativa a cada una de las patologías y de las enfermedades que ellos consideran tales, sí se advierten diferencias.

No tiene como apartado diferenciado, que sí lo tiene la OMS, la temática de Infertilidad, salud sexual –sólo tiene salud reproductiva–, género.

Por su parte, contiene en forma diferenciada:

- *Salud de la mujer.*
- *Género y salud* (la OMS sólo género).
- *Virus del Papiloma Humano.*
- *Salud de las poblaciones indígenas* (la OMS no).

Cuando se ingresa en estos apartados aparecen enlaces a notas de prensa relativas al tema, sobre todo de actualidad (vacunas, avances científicos, programas, etc.).

Vale destacar que en el apartado de *salud reproductiva* hay notas repetidas del apartado *salud de la mujer* y a la inversa («Crean una maternidad en Mendoza...»).

Medio de comunicación: presenta un sitio web de calidad estándar, de un recorrido similar al de la OMS, pero enlaces a notas e información referida a la Argentina, teniendo en cuenta la dimensión local. No hay menciones a estadísticas ni cifras relativas a la infertilidad en la Argentina.

3. MARCO LEGAL. LEGISLACIÓN VIGENTE: UN ACCESO AL RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

Los derechos de toda persona a la paternidad y a la maternidad, a formar una familia y a la atención de la salud sexual y de la reproductiva como parte de los derechos humanos, están reconocidos en nuestro país por la *Constitución Nacional*, *Tratados Internacionales* y diversas leyes:

El artículo 75° inciso 22 de la Constitución Nacional dispone que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; y la Convención sobre los Derechos del Niño tienen jerarquía constitucional y no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos (InfoLeg, 2016).

De acuerdo con ello, al adquirir rango constitucional dichos tratados protegen especialmente a la familia en el derecho argentino; la Constitución Nacional establece los siguientes preceptos:

3.1 Declaración Universal de Derechos Humanos:

Preámbulo: «Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tiene por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana».

Artículo 12: «Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia...».

Artículo 16: «1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tiene derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia;... 3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado».

Artículo 23: «3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana...».

Artículo 25: «1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...».

3.1.1 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:

Artículo 23º: «La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado».

3.2 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

Artículo VI: «Toda persona tiene derecho a constituir familia, elemento fundamental de la sociedad, y a recibir protección para ella».

3.3 Convención de los Derechos del Niño:

Preámbulo: «La familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad».

3.4 Convención Americana sobre Derechos Humanos:

Artículo 17. «Protección a la familia. 1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado. 2. Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tiene la edad y las condiciones requeridas

para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten el principio de no discriminación establecido en esta Convención».

3.5 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

Artículo 10: Los Estados Partes en el presente pacto reconocen que: 1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo.

En este orden, seis de los diez tratados y convenciones internacionales de derechos humanos recogidos por la Constitución, se ocupan de la familia. Aunque con algunos matices en los textos de las distintas normativas, la concepción antropológica que subyace en el concepto de familia es coincidente en los mismos. Dos de ellos concuerdan en que: «La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado». La Constitución, entonces, se enmarca en el iusnaturalismo clásico.¹⁰

3.6 Legislación nacional y provincial argentina

La ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable reconoce y garantiza que las personas puedan disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni discriminación y con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades. La salud reproductiva está relacionada con la posibilidad de decidir en forma autónoma si tener o no tener hijos, el momento, cuántos hijos tener y con quién, y el espaciamiento entre sus nacimientos (Ministerio de Salud, 2015).

La atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva incluye el conjunto de acciones y servicios destinados a alcanzar el más alto nivel de salud y de bienestar en relación con la sexualidad y la reproducción, entendiendo que se trata de un derecho humano básico, inherente a

¹⁰ El derecho natural es una doctrina ética y jurídica que postula la existencia de derechos del hombre fundados o determinados en la naturaleza humana. Propugna la existencia de un conjunto de derechos universales, anteriores, superiores e independientes al derecho positivo y al derecho consuetudinario. Wikipedia. Enciclopedia Libre. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Derecho_natural> (URL consultada en noviembre de 2016).

todas las personas sin distinción de género, de edad, de clase, de etnia, de nacionalidad, de orientación sexual o de religión.

En este sentido, es interesante señalar el avance legal y normativo en materia de salud sexual y reproductiva, de políticas de género y de ampliación de derechos para las mujeres durante el período 2003-2015. Durante la última década, el Estado Nacional tuvo un rol activo en lo que refiere a transformaciones en el plano jurídico, político, económico, social y cultural que incidió en la vida de las mujeres.

La creación del *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*, la ley de *Parto respetado* y la ley de *Protección Integral* para erradicar las violencias ejercidas sobre las mujeres, fueron la antesala, entre muchas otras, a la sanción en 2010 de la *Ley de Fertilización Asistida*. La *Asignación Universal por Hijo* y su posterior extensión a lo que se denominó la *Asignación por Embarazo*, contribuyeron a seguir construyendo pisos de igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres que habitan el suelo argentino.

Son más de 70 las leyes y los programas implementados durante estos años que hacen foco en las problemáticas de las mujeres, reconociéndolas como sujetos de derecho. Además, esta batería legislativa desplegada en las tres esferas del poder político accionó sobre el espacio de lo público de forma articulada, poniendo en diálogo unas normativas con otras. Esa dialéctica que es posible graficar, por ejemplo, a través de la *Ley de Servicios de Comunicación*, que recupera la esencia de la legislación en torno a Migraciones, Código Civil, Trata de personas y violencia de género, Matrimonio Igualitario y autopercepción de género, entre otras, fue lo que le dio el carácter transversal a las políticas públicas desplegadas entre el 2003 y el 2015.

Por eso no es posible pensar este trabajo escindido de su contexto histórico y del escenario sociopolítico que dio origen a la Fertilización Asistida como una instancia de derecho. No habría sido posible pensar los interrogantes que giran en torno a la temática abordada sin recuperar la experiencia histórica pero fundamentalmente la avanzada en materia de derechos, el rol social y político y los nuevos espacios de poder que han tenido a las mujeres como protagonistas.

Desde el Ministerio de Salud se impulsaron protocolos y programas en salud sexual desde una perspectiva integral que, en diálogo con la *Ley de Educación Sexual Integral* trabajó sobre el

vínculo educación y salud, en pos de garantizar no solo el acceso a información sino también al derecho a una vida sexual y reproductiva saludable y placentera. Además, se accionó sobre los indicadores de salud y de mortalidad a través de programas como el *Plan Nacer*, que mejoró la cobertura en salud y la calidad de atención a mujeres embarazadas y niños/as menores de seis años sin obra social en todo el país.

En el mismo sentido, desde el Ministerio de Justicia, se crearon los programas para la erradicación de la violencia de género y para todos los tipos de discriminación, y la oficina de Rescate a las víctimas del delito de Trata de Personas. Se creó, en 2011, la *Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG)*, la cual estableció mecanismos administrativos de denuncia por violencia obstétrica.

En el año 2013, la implementación del Programa ELLAS HACEN, en el marco del Programa Argentina Trabaja, que permitió el ingreso laboral de más de 100 mil mujeres. El programa tuvo una marcada perspectiva de género y apuntó a desarrollar la autonomía económica de mujeres de sectores vulnerables, con 3 hijos/as o más, que cobren AUH y que sean Jefas de hogar o que padezcan situaciones de violencia.

Todos los programas, las normativas y la legislación de estos años tuvieron un fuerte carácter federal en tanto se desplegaron a lo largo y a lo ancho de todo el país. Pero además, estuvieron signados por la incorporación de mujeres como titulares en carteras ministeriales y en áreas tradicionalmente masculinas como Defensa, Seguridad y Economía. Se creó también la «Banca de la Mujer» en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación y se incorporó la presencia femenina en la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

De acuerdo a un informe elaborado por la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) perteneciente al Ministerio de Justicia y DD.HH publicado el 24 de octubre de 2015, las leyes, las normativas, las resoluciones y las políticas públicas durante esta etapa son:

Año 2003

♀ Ley N° 25871 de Migraciones. Incluye el género dentro de las formas de discriminación (Art. 13).

♀ Ley 25.781. Modificación del Código Civil. Art. 1276. Administración y Disposición de los bienes respecto de los cuales no se puede determinar si el origen es propio o fruto del trabajo, ya que no pertenece al marido sino a ambos cónyuges.

♀ Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cuyos objetivos son los de Promoción de la salud sexual y reproductiva para poder adoptar decisiones libres sin discriminación o violencia; prevención, disminución de la morbimortalidad materno infantil, detección precoz de enfermedades, acceso a la información, orientación, y participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

♀ Ley 25.808. Prohibición en establecimientos de Educación Pública de impedir la prosecución normal de los estudios a alumnas embarazadas o madres en período de lactancia.

Año 2004

♀ Ley 25.929, conocida como «Parto respetado», sobre derechos de madres, padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Año 2005

♀ Ley 26.058 de Expansión de las oportunidades educativas de las mujeres en relación con la Educación Técnico Profesional.

♀ Decreto 1454. Régimen de Trabajadores Autónomos. Inclusión de Mujeres sin aportes.

Año 2006

♀ Ley 26.130 de Contracepción Quirúrgica. Habilitó que las instituciones del Sistema de Salud realizaran vasectomías y ligaduras de trompas.

♀ Ley 26.150 de Educación n Sexual Integral.

♀ Ley 26.171. Aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 6 de octubre de 1999.

♀ Decreto 336/06. Prevé la cobertura por el Seguro de capacitación y empleo para mujeres que sean víctimas de violencia doméstica.

Año 2008

♀ Ley 26.364. Prevención y sanción de la Trata de personas y asistencia a sus víctimas.

Año 2009

♀ Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales y amplía la definición de violencia introduciendo una serie de tipos: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica; y de modalidades doméstica, institucional, laboral, obstétrica y mediática.

♀ Ley 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual (Arts. 70 y 71).

♀ Ley 26.529. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

♀ Ley 26.571 Representación femenina en las listas de candidatas y candidatos (conocida como Ley de «Cupo femenino»).

♀ Decreto 1602. Asignación Universal por Hijo para Protección Social.

Año 2010

♀ Decreto 1011. Reglamentación de la Ley 26.485 de Protección Integral de la Mujeres.

Ley 26.618 de Matrimonio entre personas del mismo sexo. Se equiparan por completo los derechos de los matrimonios conformados por parejas heterosexuales y homosexuales (conocida como *Ley de Matrimonio igualitario*).

Año 2011

♀ Decreto 446. Establece la Asignación por embarazo.

♀ Decreto 936. Promueve la erradicación de la difusión de mensajes e imágenes que estimulen o fomenten la explotación sexual. Mediante esta reglamentación se creó la Oficina de Monitoreo de Publicación de Avisos de Oferta de Comercio Sexual para la detección de actividades vinculadas con la explotación sexual/comercial de mujeres y niñas en los medios de comunicación.

Año 2012

♀ Ley 26.738. Modificación Código Penal. Delitos contra la integridad sexual. Derogación de la figura del Avenimiento.

♀ Ley 26.743 de Identidad de Género. Establece el derecho de reconocimiento de la identidad autopercebida de género de cada persona.

♀ Ley 26.791. Modificación del Art. 80 del Código Penal. Se establece la figura del Femicidio.

♀ Ley 26.842. Modificatoria de la Ley 26.364 de Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas.

Año 2013

♀ Ley 26.844. Régimen especial de Contrato de Trabajo para el personal de casas particulares.

♀ Ley 26.847 contra la explotación del Trabajo Infantil.

♀ Ley 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida. Procedimientos y técnicas medico asistenciales.

♀ Ley 26.904 *Grooming*.

♀ Ley 27.039 de Creación del Fondo Especial de Difusión de la lucha contra la violencia de género. Creación de línea telefónica gratuita con alcance nacional *144*.

Año 2015

♀ Ley 27160 de Movilidad de la Asignación Universal por Hijo.

♀ Decreto 1895/15. Se aprueba el «Plan Nacional de Acción de la República Argentina para la implementación de la Resolución 1325 (2000) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y Subsiguientes», cuyo objetivo es proteger los Derechos Humanos de las mujeres y niñas en países en conflicto y post conflicto (incluyendo campos de personas refugiadas y en situación n de desplazamiento).

♀ Decreto 2035/15. Reglamentación de la Ley 25.929 de «Parto respetado».

3.6.1 Políticas Públicas orientadas:

♀ Incorporación de mujeres como titulares de carteras ministeriales y en áreas tradicionalmente masculinas como Defensa, Seguridad y Economía.

♀ Incorporación de mujeres en la CSJN.

♀ Creación de la Comisión «Banca de la Mujer» en la Honorable Cámara de Senadores de la Nación.

3.6.2 Ministerio de Salud:

♀ Creación de la Guía para el mejoramiento de la atención post aborto, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2005, aprobada por Resolución 989/2005.

♀ Plan Nacer: Programa Federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social.

♀ En el año 2010, desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se actualizó y difundió en las distintas provincias del país, la Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles, elaborada en el año 2007. Fue actualizada en 2015.

♀ En el año 2013 se implementó el Plan Operativo para la reducción de la mortalidad materna infantil, de las mujeres y las adolescentes.

♀ Línea de salud sexual 0800 222 3444. Brinda atención personalizada a la población y facilita su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el país.

3.6.3 Ministerio de Justicia

♀ Programa Las Víctimas contra las Violencias, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos De la Nación. El Programa cuenta con un número telefónico gratuito 137, de funcionamiento las 24 horas y los 365 días del año, para la asistencia de emergencias. Provee también la atención multidisciplinaria, asesora y acompañamiento a la víctima y sus hijos e hijas en todo el proceso de atención.

♀ En el año 2008 se estableció la Oficina de Rescate a las víctimas del delito de Trata de Personas, en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con el objeto de centralizar toda actividad destinada a la prevención e investigación del delito, como así también el acompañamiento y asistencia jurídica a sus víctimas. Línea 145. En 2012 dicha Oficina pasó al rango de Programa Nacional de Rescate y Acompañamiento a las personas damnificadas por el delito de Trata.

♀ En 2011 se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG) mediante la Res. 120 del Min, de Justicia y DD.HH. con el objetivo de implementar, conjuntamente con otros organismos, las tareas vinculadas con la elaboración de normas judiciales y administrativas referidas a la sanción de la violencia de género, como así también propiciar tareas de asesoramiento que profundicen la lucha contra la violencia de género.

En 2012 la CONSAVIG se pone en marcha el programa «Ampliando Derechos» para difundir la ley 26485 y sensibilizar a las mujeres sobre las distintas formas de violencia.

♀ En 2013 la CONSAVIG establece un mecanismo para denunciar administrativamente la violencia obstétrica.

♀ Creación del Consejo Ejecutivo de Políticas Penitenciarias de Género, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Dicho Consejo desarrolla desde 2012 el «Programa de Género en la Población Penitenciaria Federal» en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal.

3.6.4 Ministerio de Desarrollo Social

♀ En 2013 se implementó el Programa ELLAS HACEN, en el marco del Programa Argentina Trabaja para más de 100.000 mujeres de todo el país de sectores vulnerables con 3 o más hijos, que

cobren la AUH y sean Jefas de Hogar o padezcan violencia. Esta es una política integral con perspectiva de género marcada que apunta a la autonomía económica a través de la generación de empleo en cooperativas e incluye la terminalidad escolar, la capacitación y la asistencia en cuestiones de violencia de género.

♀ El Programa PROGRESAR (Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina) que apunta a la inclusión de las/los jóvenes, de 18 a 24 años y de todo el país, mediante la culminación o continuidad de sus estudios, a través de un subsidio mensual. Es de destacar que, en el marco de este Programa, se ofrece asistencia en el cuidado de niños/as como parte de la remoción de barreras de género.

♀ Mediante los planes nacionales «Manos a la Obra» y «Fondo Nacional de Microcrédito y Economía Social» entre 2003 y 2013, 62.934 mujeres recibieron un subsidio: de éstas, 69,59% carecía de experiencia laboral previa, 17,08% tenía escolaridad primaria completa y 14,95% secundaria completa. Asimismo, entre 2006 y 2012 se entregaron 335.000 microcréditos a 205.000 unidades económicas: en ese ámbito, 73,58% de tomadores de crédito son mujeres.

3.6.5 Consejo Nacional de las Mujeres

♀ Resolución 9/2010: se crea el Consejo Consultivo integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil y del ámbito académico especializadas, que tiene por función asesorar y recomendar sobre los cursos de acción y estrategias adecuadas para enfrentar la violencia en el marco de la Ley 26.485.

♀ Programa de Fortalecimiento Institucional financia propuestas de trabajo con perspectiva de género provenientes de organizaciones de la sociedad civil.

♀ Escuelas populares de género. Talleres sobre género y masculinidades.

♀ Línea 144 de atención y orientación por violencia contra las mujeres.

♀ Firma de convenios con organismo similares de países del Mercosur.

3.6.6 Ministerio de Defensa

♀ Creación de La Dirección de Políticas de Género y el Consejo de Políticas de Género en el ámbito del Ministerio de Defensa.

♀ Resolución n MD N° 849 del 28 de agosto 2006 Se derogaron las normas que impedían la permanencia en el Colegio Militar y la Escuela de Aviación de las alumnas que quedaran embarazadas, lactantes y/o con niños/as. De este modo, se adecuó la reglamentación de las Fuerzas a lo dispuesto por la Ley N° 25.808.

♀ Noviembre 2006. Se modificó una reglamentación que, al prohibir a quienes ingresaban a las instituciones de formación militar el reconocimiento de hijos o la asunción de paternidad, violaba el derecho de los padres a reconocer a sus hijos y el derecho a la identidad de los niños y niñas.

♀ Se crea el Observatorio de género. Res. MD n° 213/2007.

♀ Creación de las oficinas de género de las FF.AA. Resolución MD N° 1160/08.

♀ Resolución Ministerial N° 206 del 27 de febrero de 2008 Se eliminan las normas que hacían distinción entre hijos adoptivos e hijos biológicos, hijos matrimoniales y extramatrimoniales.

♀ Protocolo de Atención creado por Resolución MD N°1238/09.

♀ Plan Nacional de Jardines Maternales y Paternidad Responsable Resolución MD N° 198/08.

♀ Resolución Ministerial N° 1103/11 Mediante la Resolución se instruyó a los Jefes de las FFAA a que adecuen la normativa y prácticas internas a lo dispuesto en la ley N° 26.618 denominada de Matrimonio Igualitario.

♀ Resolución del Jefe del Estado Mayor Gral. del Ejército Nro. 1153/11 que deja sin efecto toda disposición que restrinja o que limite el acceso del personal militar femenino a los distintos escalafones que integran la estructura del personal.

3.6.7 Ministerio de Trabajo

♀ Creación de la Oficina de Asesoramiento sobre Violencia Laboral (OAVL) y la de Coordinación de Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades en el Trabajo (CEGIOT).

3.6.8 Ministerio de Seguridad

♀ Creación de Centros Integrales de Género en Oficinas de la Policía Federal Argentina, Gendarmería Nacional y Prefectura, con referentes en todo el país, informados en la página del Ministerio.

♀ Protocolo para la Intervención Policial en casos de violencia en relaciones familiares (Res. MinSeg. 505/2013).

3.6.9 Ministerio de Educación

♀ Programa ESI – Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

3.6.10 ANSES

♀ Régimen de Prestación de Jubilación Anticipada y de Régimen de Trabajadores Autónomos, conocida como «Jubilación de Ama de Casa» que abarca trabajadoras informales, trabajadoras domésticas y trabajadoras no registradas en general.

3.6.11 Jefatura de Gabinete

♀ Res.721/2014 Créase el Programa «GENERO, AMBIENTE Y DESARROLLO - GAD», en el ámbito de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Entre ellas, la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable y la ley 26.862 que garantiza el acceso integral a los procedimientos y a las técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

3.6.12 Interinstitucionales

♀ Desde el año 2006 se encuentra en funcionamiento el Observatorio de la Discriminación en Radio y Televisión con el objetivo de propiciar la erradicación los estereotipos de género.

♀ En 2012, mediante la suscripción del Convenio de Cooperación entre el Consejo Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), se propició la elaboración de un instrumento de medición que permita tener un real diagnóstico acerca de la violencia de género.

♀ En 2012, en relación con el acceso a la justicia, el Ministerio Publico de la Defensa, en el marco de un convenio con el Consejo Nacional de las Mujeres, un servicio de Patrocinio Jurídico Gratuito a víctimas de violencia de género.

♀ En 2012 la CONSAVIG (Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género del Min, de Justicia y DD.HH.) convoca a especialistas y representantes de distintos organismos a integrar una mesa de trabajo para estudiar la sanción de la violencia obstétrica.

♀ Se creó en el año 2013 el Comité Ejecutivo para la Lucha contra la Trata y Explotación de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas en ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros del Poder Ejecutivo Nacional, con autonomía funcional e integrado por representantes de los Ministerios de Seguridad, Justicia y Derechos Humanos, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

♀ En 2013 se crea el Espacio de Articulación de Organismos del Estado por la Igualdad de Género. Lo integran todas las áreas ministeriales con competencia en el tema, la Oficina Mujer de la CSJN, el Ministerio Publico Fiscal y la Defensoría General de la Nación.

3.7 Ley Provincial 14.208 de Promoción del reconocimiento y la cobertura médico-asistencial integral de la infertilidad humana

La Ley de Fertilidad N° 14.208, sancionada en el año 2010 por la Legislatura bonaerense, viene a dar respuesta como Estado garante al derecho de todos y todas lo/as habitantes de la provincia de

Buenos Aires a concebir hijos naturalmente. Este texto está gravitado por una serie de valores jurídicos (aquellos que hacen que se cumplan los derechos de cada persona) que le asignan sentido, y se construye a partir de una demanda de la comunidad, que luego transita un debate y finalmente se transforma en un texto normativo, cuyo contenido está habitado de múltiples voces que enuncian, que no son sólo las que atraviesan el discurso biomédico.

Es importante aclarar que cuando en este análisis se menciona la Ley de Fertilización Asistida se hace referencia al texto original de la Ley N° 14.208, sancionada el 2 de diciembre de 2010 por las Honorables Cámaras de Senadores y Diputados de la provincia de Buenos Aires y reglamentada posteriormente por el Poder Ejecutivo a través del Decreto 2738, sus fundamentos y la Resolución N° 8531/10 correspondiente a IOMA de la provincia de Buenos Aires. Esta aclaración resulta fundamental debido a que al momento de iniciar este proceso de investigación aún no se había promulgado la Ley 14.611, modificatoria de la Ley N° 14.208, en la cual se contempla explícitamente la figura de donación de gametos. De este modo, el artículo 1° de la normativa establece que:

La presente ley tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo se reconoce la cobertura médico asistencial integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, **las terapias de apoyo y los procedimientos y técnicas de baja y alta complejidad que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante**, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o el estado civil de los destinatarios (Artículo 1°, texto ordenado de la Ley 14.611).

Hecha esta aclaración, al pensar en un texto jurídico como es una Ley, y remitiendo al planteo de Patrick Charadeau (2004), se piensa en un tipo de género discursivo cuyo objetivo del contrato situacional es prescriptivo, es decir, hay otro, un supuesto destinatario, al que se le está diciendo lo

«que debe hacer», el «yo» que enuncia está en la posición de poder, para «hacer, hacer» (o no hacer) y procura que el tú «haga». Desde una posición relacional y de circulación del poder, un texto jurídico ya plantea a priori un juego de posiciones en donde hay unos que prescriben y otros que acatan. En este caso, como norma jurídica que nace como resultado de un debate parlamentario, se ubican determinados actores a los cuales les fue transferido un poder popular (a través del voto) para legislar sobre la vida de los habitantes de la provincia de Buenos Aires. En este punto, aquellos que confirieron esa facultad en otros actores están a su vez habilitados para ejercer determinados derechos y obligaciones que se inscriben como parte de la vida democrática.

En el caso de la Ley de Fertilidad Asistida se observa que en la situación enunciativa prescriptiva que configura la normativa, el otro que acata es construido como una pareja significada como poseedora de una patología, en tanto la ley:

Tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales sustentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo se reconoce la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización homóloga reconocidas por dicha Organización, conforme lo normado en la presente y su reglamentación (Texto ordenado de la Ley N° 14.208).

Ahora bien, al recurrir a una definición técnica de fertilización homóloga se encuentra que se habla de este tipo de técnica si el espermatozoide procede del marido o de la persona con la que convive, en tanto se habla, por contraposición, de inseminación artificial heteróloga si el espermatozoide procede de un donante distinto del marido o conviviente. En este caso, apoyándose en la Organización Mundial de la Salud, la Ley prescribe un derecho (*puede hacer hacer*) a otro que es una pareja heterosexual, patológica, en tanto padece una enfermedad que se determina como tal a partir de considerar una imposibilidad física de concebir un hijo biológico dentro de una cantidad de tiempo determinada. En tanto se expresa la condición de hijo biológico, aparece asociado la figura de otro tipo de hijo que no es biológico, advirtiendo que lo biológico es lo vivo, lo orgánico.

En uno de los pasajes de sus fundamentos, el texto expresa «innumerable cantidad de parejas consolidadas se ven privadas de su legítimo derecho y deseo a la procreación, por la sola carencia de los recursos económicos necesarios para la realización de los tratamientos adecuados [...]». La pregunta que de aquí se desprende es ¿qué significación se le otorga a la construcción de *pareja*

consolidada? Lo que está significado en una materialidad textual no es lo único que cuenta en un análisis discursivo, ya que el discurso nunca es inocente y, en ese punto, no sólo atañe lo decible, sino aquello que no está dicho pero que también podemos descifrar. En este caso, se piensa en parejas consolidadas como aquellas uniones de personas que tienen una perdurabilidad a lo largo de una cantidad determinada de tiempo (hecho que no figura en ningún apartado de la ley), siendo entonces que este tipología de parejas son las que están habilitadas para ejercer ese derecho que la ley prescribe sobre la paternidad biológica, quedando entonces por fuera de la norma –o al menos sin explicitación alguna– aquellos otros y otras que no cumplen con los parámetros dentro de los cuales se estipulan y caracterizan a las parejas consolidadas. De igual modo se observa que por fuera de esta posibilidad de sujeción quedan las parejas con imposibilidad de realizar un tratamiento con óvulos o espermias propios, dentro de los cuales se encuentran personas del mismo sexo, así como también personas con enfermedades irreversibles que les impiden generarlos en forma natural, invisibilizando en estos casos la igualdad de un derecho y también un deseo de maternidad y paternidad.

3.8 Ley Nacional 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida¹¹

El 5 de junio de 2013 se sancionó la Ley 26.862 de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida, aprobada por las Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación. Tal como se ha desarrollado, esta normativa tiene como antecedente la Ley de provincia de Buenos Aires aprobada en 2010, pese a que luego su modificatoria sancionada en septiembre de 2014 (Ley N° 14.611) efectúa importantes modificaciones en consonancia con la Ley Nacional. Este punto es importante ya que pese a ser la

¹¹ Ley Nacional 26.862 de Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida. Ministerio de Salud de la Nación, página web: <<http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/1416-se-reglamento-la-ley-26862-de-reproduccion-medicamente-asistida#sthash.ro28riCo.3RPIZH7W.dpuf>>.

sanción previa a nivel provincial, el marco normativo que suministra la legislación nacional funciona como un paraguas legislativo que induce a adecuarse al resto de las normas.

Si bien ambas leyes y sus decretos reglamentarios presentan algunas diferencias de forma y, particularmente, en lo que refiere a la autoridad de aplicación y, en el caso de la provincia de Buenos Aires, incorpora y obliga al Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) que es la obra social del personal estatal de la Provincia, a cubrir los costos de los tratamientos y/o procedimientos a sus afiliados y afiliadas, ambas regulaciones presentan puntos en común y son aquellos aspectos que sirven a los fines del análisis. Se trata de aquellas dimensiones que inscriben los patrones biológicos, médico-científicos, culturales y sociales reguladores de prácticas y discursos que nombran a la infertilidad y a quienes la atraviesan.

En tal sentido, la legislación nacional y sus decretos reglamentarios contemplan como puntos principales:

- La cobertura de la necesidad de ser madres o padres a aquellas personas que no pueden procrear por medios naturales.
- Su inscripción en el marco de la ampliación de derechos que caracteriza los avances dispuestos por el Gobierno nacional en el período 2003-2015 –al que se hizo mención al inicio de este apartado–, contemplando de manera igualitaria e inclusiva los derechos de toda persona a la paternidad/maternidad y a formar una familia, reconocidos por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango constitucional.
- El derecho a las prestaciones de reproducción médicamente asistida a todas las personas, mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil.
- La obligatoriedad del sector público de la salud, las obras sociales reguladas y otras entidades de la seguridad social a incorporar estos procedimientos como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral de las técnicas de reproducción médicamente asistida (de igual modo que lo hace el Decreto 564/11 en la provincia de Buenos Aires con el IOMA y las obras sociales y de medicina prepaga con actuación en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires).

- Instituye que la cobertura garantizada en la reglamentación se basa en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un enfoque integral e interdisciplinario del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, las terapias de apoyo y las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja y de alta complejidad.
- Establece que en los casos que en la técnica de reproducción asistida se requieran gametos donados, la donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.
- Exhorta al Ministerio de Salud de la Nación a elaborar los criterios de habilitación de los establecimientos y las normas de diagnóstico y utilización de las técnicas de reproducción asistida para su cobertura dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO).

De estos puntos destacados interesa reponer a los fines de esta indagación al menos dos cuestiones que resultan interesantes de acuerdo a los interrogantes propuestos. Por un lado, permanece presente como única entidad macro que ampara y regula ambas normativas la Organización Mundial de la Salud, en tanto órgano regulador de la política sanitaria con rango constitucional, a partir de considerar su reconocimiento de la infertilidad como enfermedad desde el año 2009. En este sentido, se reproduce el modo en que el Estado, entendiendo a la legislación como su enclave jurídico y regulador social, nombra a la infertilidad como enfermedad a partir de los criterios establecidos por este organismo y su política orientada a su prevención y tratamiento priorizando un enfoque cultural, tal fue expuesto previamente.

Por otro lado, ambas leyes reubican en la escena pública el debate acerca de los diferentes modos de comprender la maternidad, la paternidad, la planificación familiar, el proyecto familiar heternormativo y por tal hegemónico, por fuera de lo estrictamente biológico que se corresponde con la función reproductora de la especie humana. Al tiempo que cruza el campo médico-científico con el religioso, históricamente interpuestos, y sus planteos éticos, morales, filosóficos respecto a los alcances y limitaciones de los procedimientos que tienen lugar como resultado de los avances e innovación científica y tecnológica. Sobre estas dimensiones interesa recuperar, a modo de enriquecer el planteo, los tres regímenes de verdad que propone Milca Cuberli, Mariana Lois y Andrea Palopoli (2011) en su análisis sobre el tratamiento mediático del tema de la Fertilización Asistida (FA).

El primer régimen de verdad tiene una connotación doble de rechazo de prácticas: la asociación de la FA con aborto/manipulación de embriones, bajo la creencia de que el embrión es ya un ser humano con derechos. De esta asociación se desprende otra creencia en la opinión pública que indica que la FA debe ser, sino eliminada, al menos restringida, circulando una idea de «efecto dominó», por medio del cual esta práctica llevaría a la disolución del tejido social en su conjunto. Este posicionamiento de grupos coincidentes con la moral católica va a ocupar un espacio considerable en la «arena reproductiva»¹² a lo largo del tiempo, con períodos de mayor y menor visibilidad en los medios. En contraposición al primer régimen, tanto en el segundo como en el tercer régimen de verdad la práctica de FA es admitida y se sostiene bajo la asociación de la infertilidad con una enfermedad. Sin embargo, se observan matices diferenciales que van a modificar esa relación, en tanto ambos regímenes batallan el sentido sobre la prestación del servicio. Mientras uno sostiene tinte tecnologicistas y de mercado, el otro pondera el rol del Estado en la salud de la población. En el segundo régimen de verdad, la práctica de FA es constituida bajo la creencia de que la técnica es neutral y, por lo tanto, no es problemática (inclusive es deseable) la autorregulación de la práctica desde el mismo campo, que se ve regido por el «mercado reproductivo» instituido. Esta discursividad circula, con distinto alcance, entre actores que representan a las clínicas de fertilidad y algunos investigadores y académicos del campo reproductivo en general. El tercer régimen de verdad asume que la prestación del servicio es un asunto de salud pública que debe ser regulado y garantizado desde el Estado, como parte de los derechos reproductivos. Aquí la demanda de una legislación sobre FA advierte cuidados y riesgos para la salud, además del acceso económico; régimen que se hace relativamente visible a partir de 2002 (Cuberli, Lois & Palopoli, 2011).

¹² Cuando las autoras hacen referencia a «arena reproductiva» se refieren, de acuerdo con su marco teórico, a la arena de disputa por la significación, donde se desarrollan enfrentamientos y alianzas y se ponen en juego las distintas posiciones de sujeto. Cuando se habla de «campo reproductivo» se plantean aquel espacio (no homogéneo) conformado por los especialistas de la fertilización asistida (médicos, clínicas, investigadores, etc.). Y cuando se referencia al «mercado productivo», se alude a los especialistas del campo reproductivo, que se reconocen y son reconocidos en una lógica signada por el posicionamiento de la oferta (Cuberli, Lois & Palopoli, 2011).

4. CAMPOS DISCURSIVOS: CRUCES E INTERSECCIONES POSIBLES

De acuerdo con lo expuesto en la introducción de este capítulo, a los fines de incentivar un ejercicio de análisis de los campos discursivos presentados, se propone a continuación una síntesis de los principales tópicos de cada uno que conectan con los interrogantes orientadores de esta tesis. El sentido es poder visualizar cruces, tensiones, puntos de encuentro, apropiaciones, distanciamientos entre estos campos y quienes allí intervienen con el objetivo de ir construyendo un mapa de significaciones en torno a la infertilidad.

Es importante señalar que cuando se hace referencia a la noción de *tensión* entre los campos, no necesariamente se está pensando en matrices conceptuales contrapuestas y/o enfoques antagónicos entre unos y otros discursos; más bien se trata de poder reconocer los modos en que cada campo asume un posicionamiento en torno a la infertilidad, desde qué paradigmas, niveles de legitimidad hacia adentro y cómo cada uno de los actores sociales que intervienen se encuentran interpelados por estos y su grado de apropiación. Sin dudas, no es la pretensión significar estos campos como espacios en estado puro, con clasificaciones nítidas; muy por el contrario, se advierte la existencia de matices e intersecciones entre unos y otros.

A continuación, se destacan los aspectos y los lineamientos considerados clave en cada uno.

4.1 Construcción de la infertilidad como problema de estudios de las ciencias sociales

- ❖ La infertilidad como hecho social y su inscripción en el campo de la afectividad.
- ❖ La condición cultural como base emergente para el análisis de las prácticas sociales, lo que permite complejizar la relación de la infertilidad y las enfermedades atendidas históricamente desde el campo médico-científico.
- ❖ La paternidad/maternidad como un proyecto de vida «planificado» que trasciende la función reproductiva biológica y su condición de fenómeno natural.
- ❖ La individualidad del sujeto como rasgo de la vida moderna y puerta de entrada para el análisis de la intervención de la ciencia en las técnicas de fertilización.

- ❖ La centralidad del cuerpo y las decisiones de los sujetos sobre el mismo como rasgo de la modernidad.
- ❖ La incorporación de la perspectiva de género como dimensión central en el análisis de las prácticas médicas.

4.2 Construcción de la infertilidad desde el discurso médico-científico

- ❖ La infertilidad conceptualizada como enfermedad.
- ❖ La OMS como discurso clasificador sobre el cual se amparan los procedimientos y protocolos médico-técnicos del campo médico especializado.
- ❖ Validez central de los estudios científicos y datos estadísticos en el hacer de la práctica médica.
- ❖ La edad biológica de la mujer como un factor determinante en la reproducción y concepción embrionaria.
- ❖ Importancia central en las técnicas de fertilización asistida como respuesta a las dificultades reproductivas de las personas y como método de estudio y diagnóstico.
- ❖ Predominancia de la medicalización y la intervención técnica como respuesta a las dificultades de las parejas para la concepción, pese a su caracterización como enfermedad multi-casual.
- ❖ Reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres en los itinerarios médico-técnicos, pese a los datos estadísticos que indican paridad en la incidencia de unos y otras.

4.3 Construcción desde la legislación vigente

- ❖ El Estado como garante de los derechos de hombres y mujeres a gozar de salud y conformar una familia.
- ❖ La infertilidad reconocida como enfermedad a partir de lo establecido por la OMS como ley marco dentro de los Tratado internacionales en los cuales se ampara la Constitución Nacional.

- ❖ La ampliación de derechos en la última década como marco para la inscripción del debate acerca de los procedimientos médico-técnicos de Fertilización Asistida y la posterior sanción de leyes a nivel provincial y nacional.
- ❖ Reconocimiento de la dimensión de género en sus pronunciamientos.
- ❖ Abordaje multidimensional de la noción de salud.
- ❖ Prevalencia de un modelo binario de familia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

En el presente capítulo se visibiliza la construcción teórico-metodológica con los posicionamientos conceptuales acerca de los principales constructos y categorías de análisis que conforman el problema de investigación. A partir de la indagación por diferente bibliografía específica sobre el tema, pero también aquella que hace a la inscripción general de la infertilidad como construcción teórica, desde diversas perspectivas de referentes, teóricos, de investigaciones y de trabajos que tengan una aproximación con los conceptos que conforman los pilares de este estudio, se genera un mapa de referencia que sirva de guía del trazado teórico que orienta esta tesis.

Cuando se toma la idea de mapa no se está pensando en un su literalidad original de aquel escrito que plasma la historia y la geografía con un única mirada –hegemónica– de conocimiento, posicionamiento y descubrimiento de las culturas, los recursos naturales, las batallas, los combates, las disputas de capital y de sentido. Sino que la idea de este mapa es poder comunicar un modo de reflexión, de hacer, de analizar, de experimentar, de recorrer el trayecto de construcción del problema de investigación, que nunca está dado ni resulta estático, sino que se halla dinámico y en permanente re-planteo. Desde el inicio de la formulación de un tema de investigación hasta que cada investigador/a decide poner cierre a ese momento, o al menos sellar esa materialidad escrita que es el emergente de ese proceso, se atraviesa por múltiples caminos, discusiones y debates teóricos que, en el transcurso de un tiempo determinado, nos ubica ante un descubrimiento permanente que pareciera abrirse cada vez más y nunca cerrarse y, por tanto, nos enfrenta en cada momento a tener que tomar decisiones sobre aquello en lo que profundizar, aquello con lo que debatir, aquello que nos ayuda ordenarnos, aquello en lo que enfatizar y aquello que poner en pausa.

Este apartado pretende conformar ese diagrama –mapa teórico/metodológico– que no sólo refleje el diálogo y la construcción epistemológica que fue llevando al armado de la investigación, sino que permita traducir las decisiones, orientaciones, modos y esquemas de reflexión y problematización que se fueron poniendo en juego en este itinerario de producción, y que concluyeron en un trazado teórico que se define como aquel que sostiene o da sustento a la investigación.

Desde esta condición se toma la decisión de incorporar como parte de un mismo apartado *capítulo* ese mapa de categorías conceptuales y teóricas que estaban preestablecidas al inicio de este trabajo, pero también las emergentes a partir de las lecturas, experiencias, intercambios de saberes y diálogos con otros, junto con los aspectos que configuran el planteo más metodológico, del *hacer*, del promover estrategias que den curso a la orientación de los objetivos propuestos en esta investigación. Es decir, la descripción y la clarificación de todo el andamiaje de *herramientas* y tareas que conducen a poder responder de modo experiencial –con voces de otros que otorguen un grado de mayor legitimidad– a la construcción teórica que, no por ser construida, queda ajena a la intervención de otros. Esta elaboración, sobre la que existe un consenso del campo científico-académico en llamar marco metodológico, nunca puede entenderse de modo dissociado del encuadre teórico; no obstante, la tradición del campo lleva a reproducir cierta lógica importada de las disciplinas más duras cuyos planteamientos tienen cierta tendencia a visualizar estas dos prácticas como reductos independientes. Contrariamente, y tal como queda evidenciado en el recorrido de estas páginas, el *hacer* y el *quehacer* de la investigación y la producción de conocimiento (escrita) emergente de esa práctica resulta de una misma propuesta de intervención y por lo tanto, son comprendidas en forma conjunta. Sólo en términos del diseño del contenido, se ubica como un sub apartado hacia el final del capítulo a los fines de organizar y ordenar la lectura.

A continuación se da paso a ese desarrollo, con la expectativa de que los y las lectores/as de este producto así lo aprecien.

1. TRAZADO TEÓRICO

Al momento de pensar en la fundamentación del problema investigación de inmediato aparece la idea de poder presentar de un modo claro y sólido la perspectiva teórico-metodológica desde la cual se piensa y se construye el problema que se busca abordar. Esto implica poder explicitar determinadas categorías teóricas, ya que sabemos que los temas de investigación, las preguntas en torno a un problema, no se piensan en abstracto y desde una reflexión puramente espontánea, sino que es, justamente, ese encuadre teórico el que habilita la construcción del objeto de investigación. Lo que se formula en este caso, entonces, son aquellos constructos teóricos que permiten situarnos desde una mirada acerca de la *comunicación*, una forma de entender y de intervenir analíticamente

en los *discursos*; el *discurso médico hegemónico*; las *relaciones de poder*, las *significaciones* sobre la *infertilidad*; el *campo de la comunicación y la salud*; la *salud*; la *enfermedad*, el *género*; el *cuerpo*; la *maternidad/paternidad* como un constructo sociocultural; en definitiva, poder explicitar la síntesis entre lo experiencial y lo construido teóricamente que transitan por caminos encontrados.

Frente a planteo de la perspectiva comunicacional aparecen múltiples y posibles modos de argumentar dicho enfoque. Sobre esa línea puede decirse que la comunicación como objeto de estudio se complejiza porque el objeto de estudio de la comunicación no puede precisarse por fuera de las prácticas sociales que protagonizan los sujetos en su historia. En tal sentido, existen modos de pensar y clarificar los alcances de la comunicación. Se parte de que toda práctica social es factible de ser leída desde la comunicación (Uranga, 2008), por lo tanto, la comunicación es una herramienta para entender las prácticas sociales. A su vez, entender las prácticas sociales implica tres miradas (Uranga y Bruno, 2001):

- **La perspectiva comunicacional:** se refiere a focalizar la mirada en cómo los actores sociales conocen, se relacionan e inciden sobre terceros. Se vincula con un concepto de la comunicación que la entiende como proceso de producción, intercambio y negociación de significados. La perspectiva comunicacional, asimismo, implica una manera de entender el mundo en que vivimos, interpretándolo desde una lógica de producción y lucha de sentidos.
- **La perspectiva epistemológica:** implica modos de conocer. Cómo conocer desde las ciencias sociales, que tienen un objeto en permanente movimiento. Implica entender que, como científicos sociales, construimos representaciones que intentan incorporar el dinamismo y la complejidad de la situación social en estudio. El modo de conocimiento de la realidad y la sistematización de los saberes que contribuyen al análisis de la situación hace a la intencionalidad política que se impone a la hora de producir conocimiento.
- **La perspectiva política:** se relaciona con los criterios valorativos y los modos de acción adoptados a partir de una concepción del sujeto en relación a su entorno de transformación del contexto en el cual se vincula.

Al hacer referencia a un enfoque de la comunicación que permita situar el problema de investigación en ese espacio disciplinar y entenderlo en esa clave, es indispensable precisar los pilares teóricos que sirven como base para constituir el campo de la comunicación en salud o –y

salud— desde el cual se propone pensar la noción de salud, a partir de lo introducido en la parte inicial de esta tesis. La perspectiva de comunicación y salud es fundamental en este trabajo ya que desde esta mirada es que se piensa la construcción de la infertilidad como un problema socio-cultural y desde una matriz de análisis que mira más allá de una intervención en salud desde la comunicación asumida como herramienta instrumental, para generar cambios de conductas, hábitos, prevención de enfermedades, difusión de campañas de comunicación, etc.; sino que la entiende como un proceso de interacción y de diálogo entre diferentes actores sociales que logran la participación y la acción colectiva en busca de mejorar su calidad de vida y sus relaciones sociales. A tales fines, se propone una caracterización de los principales lineamientos y de los fundamentos que configuran dicho campo disciplinar y, para ello, se recuperan algunos planteos contenidos en el Documento Curricular de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP (2015), cuyo sentido es presentar el estado actual de esta área de estudio y sus principales perspectivas de abordaje en América Latina y Argentina.

1.1 Enfoques de investigación, de planeación y de intervención en comunicación en América Latina

A modo de establecer una caracterización sencilla y clara acerca de la investigación en comunicación en salud en América Latina, puede decirse que cada enfoque disciplinar aporta un énfasis particular que enriquece y diversifica, y por qué no, complejiza el campo. Así, los enfoques que abrevan en teorías psicológicas focalizan en cómo los individuos adquieren información y actúan según una variedad de influencias sociales; los estudios de base antropológica se interesan por los fenómenos de construcción de sentido, la experiencia cultural y la configuración de identidades individuales y colectivas; los estudios semiológicos se preocupan por los significados de salud en el discurso público; y la mirada sociológica por las relaciones comunicacionales en los sistemas de salud o en la movilización social y en la participación ciudadana en torno a la salud (Petracci & Waisbord, 2010).

En lo que respecta a las intervenciones, según Rafael Obregón (2010, citado en AA.VV., 2015) en las dos últimas décadas, en la comunicación en salud en AL se ha pasado de la opción privilegiada de propuestas como la IEC (la información, la educación y la comunicación) centrada en la

identificación y el uso de mensajes y canales apropiados para llegar a públicos objetivo, al uso de enfoques de comunicación para el cambio de comportamiento que se apoyan en un conjunto de teorías y de modelos de cambio de comportamiento individual provenientes de la psicología social y, finalmente, a perspectivas de comunicación y de cambio social que se nutren de propuestas conceptuales y teóricas que integran aspectos individuales, colectivos y sociales de la salud.

De este modo, puede sostenerse que lo que mejor caracteriza actualmente a nuestra región es un enfoque informado por abordajes comunicativos anclados en estas últimas perspectivas de comunicación para el desarrollo y el cambio social, que enfatizan la necesidad de comprender la comunicación, no como instrumento o herramienta de transmisión de información, sino también como un proceso de diálogo que facilite la participación de diversos grupos sociales en la mejora de sus condiciones de salud (Obregón, 2010, citado en AA.VV., 2015).

No obstante, no se puede desconocer que en las propuestas concretas de los programas y de los proyectos de salud y de desarrollo, la comunicación sigue siendo muchas veces entendida como difusión de información, en el marco de un enfoque o diagnóstico social de tipo funcional; siendo frecuentes las alusiones a sus virtudes para la socialización de valores y normas, así como para favorecer la integración social.

Del mismo modo, en materia de planificación y ejecución de los programas de salud, los procesos continúan siendo unidireccionales y verticales. En un extremo están las organizaciones y los sistemas que generan las acciones preventivas o correctivas, y en otro extremo los «receptores» o los «destinatarios» de esas acciones. De todos modos, los enfoques participativos están formando parte importante en el nuevo paradigma que posibilita que la comunidad identifique sus problemas, plantee soluciones a los mismos y se comprometa a lograr los objetivos trazados de manera colectiva.

1.2 Áreas de desempeño académico y profesional en el actual contexto latinoamericano

En la actualidad, los ámbitos de acción, o áreas de trabajo profesional y académico de la comunicación en salud, son múltiples y diversos. De acuerdo con el *Journal of Health Communication*, a inicios de este milenio la comunicación en salud era un campo de

especialización de los estudios comunicacionales que incluía los procesos de agenda *setting* para los asuntos de salud; el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación médico/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Journal of Health Communication citado en Silva Pintos, 2001: 121).

Una década después, Kreps (2010, citado en AA.VV., 2015) documentó la expansión del campo incluyendo las áreas de comunicación y riesgo, y e-salud (*e-health* en inglés). Según un documento del Ministerio de Salud de la Nación Argentina la comunicación de riesgos:

Es la estrategia comunicacional integral y planificada que acompaña a la gestión de riesgo frente a determinada amenaza de emergencia o desastre, con el objetivo de: a) propiciar la participación de todos los sectores involucrados, dando consistencia y transparencia a la toma de decisiones e instrumentación de medidas de manejo del riesgo; b) promover el conocimiento y la comprensión de los riesgos conocidos y desconocidos, para informar y sensibilizar de forma planificada al público sobre las necesidades de protección de la salud, responder sus inquietudes y tratar de disminuir la ansiedad; c) integrar a la población en el proceso de manejo del riesgo y ayudar a establecer confianza pública en las instituciones encargadas de tomar decisiones, para aliviar el miedo y la indignación generalizados y; d) colaborar en el diseño de actividades de educación que desarrollen capacidades en la población para que se prepare, participe de la minimización y prevención del riesgo en los espacios de su vida cotidiana: la familia, la comunidad, el trabajo, etc. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2014).

Por su parte, la «e-Salud» refiere no sólo a la consecuencia de la utilización de algunas de las tecnologías de la información y la comunicación en la atención sanitaria, sino a las formas diferentes de prestar servicios sanitarios, en muchos casos de forma más eficiente y efectiva, y en otras de forma más equitativa, gracias al potencial de cambio que las mismas (TIC) facilitan en la mejora de: la accesibilidad, rapidez en la atención, reducción en tiempos de respuesta, implantación de alertas, ahorro de costes, precocidad diagnóstica, mejora en la efectividad terapéutica y en la

calidad de servicio, etc. La e-salud refiere a aplicaciones tan diversas como los registros médicos electrónicos, los distintos tipos de servicios de telemedicina, los portales de salud y los sistemas de gestión hospitalaria, entre otros; en definitiva, todo aquello que utiliza las TIC para mejorar las acciones de salud en los ámbitos de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo y gestión. No obstante las múltiples iniciativas de salud electrónica que se implementan en la región, existe un limitado avance institucional, con lo cual dichos proyectos, en la mayoría de los casos, tienen un reducido alcance y no se encuentran adecuadamente integrados con las políticas de salud ni con las estrategias nacionales de TIC según un informe reciente de CEPAL (2010).

Además de la importancia que la e-salud y la comunicación de riesgos adquirieron en este campo en los años recientes, en un trabajo sobre la evolución y dinámica de este campo en Argentina, Mónica Petracci y Silvio Waisbord (2011) advierten sobre una variante dentro de los estudios sobre la comunicación como proceso de abogacía y de movilización en políticas públicas en salud que, a diferencia de los estudios previos en los que el énfasis estaba puesto en las intervenciones en vistas a cambios individuales y sociales, hunde sus raíces en la teoría social y política sobre comunicación y espacio público, y que se preocupa por los modelos comunicacionales y escenarios políticos institucionales de las políticas públicas y en particular sanitarias, los discursos de los estados nacionales, y las concepciones comunicacionales de los tomadores de decisión y comunicadores que forman parte del Estado.

Una vez ubicada temporal, histórica y políticamente la conformación de lo que se ha dado en llamar el campo de la Comunicación y la Salud, interesa a los fines de esta producción teórica conocer cuáles son los principales lineamientos, perspectivas, abordajes, discusiones que proponen estos estudios, ya que lo que aquí se despliega son los diversos modos en que se concibe la salud y, en esa sucesión, la asociación con la idea de enfermedad y lo que a partir de estas dos entradas se despliega como parte de un sistema de representación. Es decir, las nociones de prevención, de atención primaria de la salud, de medicalización, de tratamientos preventivos, de epidemiología, de curación, son sólo algunos de los patrones de referencia de actuación de cualquier modelo de salud y que entonces interesa poder visualizar los debates que propone estavariante, ya que es este enfoque el que brinda el marco para la construcción del problema de investigación.

De acuerdo a Ugarte Iturrizaga (2009), la salud y la enfermedad han pasado por diferentes estatus a lo largo de la reciente historia del hombre. Desde sus inicios ligados a la magia y a la religión hasta las actuales investigaciones genéticas, los trabajos de Hipócrates, Galeno y una enorme cantidad de bienintencionados y sabios barberos, cirujanos y médicos han ido sumando conocimientos a la explicación que los seres humanos somos capaces de dar a la vida, a la muerte y a los padecimientos que surgen en el tránsito de la una a la otra.

Una concepción positivista, ligada al nacimiento de la ciencia y de la medicina basada en la comprobación empírica, promovió a partir de la Ilustración y durante los siglos XVIII, XIX y XX un modelo de atención sanitaria biologicista más ligado a la curación de la enfermedad que al mantenimiento de la salud. De este modo, se pusieron los mejores empeños en combatir al enemigo (la peste, el cólera, la viruela) cuando ya estaba en nuestro terreno, abandonando o relativizando la importancia de modos más atinados de frenar su avance basados en la prevención.

En ese ambiente mayoritariamente biologicista, pero desde un evidente punto de vista crítico, surgieron los debates post-bélicos que llevaron a la creación de un organismo internacional y participativo que se hiciera cargo de velar por los intereses de salud de la población mundial y que fue bautizado como World Health Organization. Los fundadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron, entre 1946 y 1948, recién acabada la Segunda Guerra Mundial y bajo el amparo de la germinal Organización de las Naciones Unidas, una definición de salud revolucionaria pero propia de tiempos convulsos y de resabios totalitarios: «La salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia» (2009).

Este «nuevo» abordaje de la salud incorporó una miradabio-psico-social de lo sanitario dando un giro *positivo* a la definición de salud que iba más allá de la mera no-enfermedad. Se abre paso entonces, a la posibilidad de comprender que entre la enfermedad y la salud hay un continuo en el que cada persona ocupa un lugar dinámico, y no siempre está en el lugar de enfermo o en el lugar de sano y viceversa; es decir, es un proceso no lineal, que muestra idas y venidas a lo largo de la vida.

La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos

sociales y laborales habituales. [...] Ser capaz, sin grandes obstáculos, de perseguir los objetivos de cada uno en un contexto concreto: eso es la salud (Hastings Center, 2004, citado en Ugarte Iturrizaga, 2009: 2).

Asimismo, en cuanto a la salud colectiva, el autor explica que si la salud de una persona puede ser estudiada desde una perspectiva individual, la salud de una sociedad (de un grupo de personas) puede ser estudiada desde un punto de vista relacional, colectivo o poblacional, que es la ocupación que le corresponde a la salud pública. La salud pública aúna lo más valioso de la tradición humanista del arte de cuidar al hombre individualmente para que no enferme y de determinar científicamente cuáles son las causas que pueden conducir a que la dolencia individual se convierta en un problema de la colectividad (Ugarte Iturrizaga, 2009).

Desde este marco de referencia, un campo de estudio y de acción tan complejo no puede delimitarse fácilmente ni cabe manejarlo con las herramientas de una sola ciencia, profesión u oficio, como las de la medicina. La salud pública es una disciplina amplia, en la que está inmersa la atención al paciente y la gestión del sistema sanitario, pero que va más allá. Es por ello que tienen todo el derecho a considerarse «salubristas» (profesionales de la salud pública), entre otros, los veterinarios, los farmacéuticos, los psicólogos, los antropólogos, los sociólogos, los trabajadores sociales, los mediadores interculturales, los biólogos, los químicos, los terapeutas ocupacionales y, por qué no, los comunicadores. Cada uno desde su saber particular, todos aportan conocimientos al campo de la reflexión y de la acción en salud pública.

Si bien el objeto que en este trabajo interesa abordar, que está dado por las significaciones en relación a la infertilidad o las dificultades que padecen las personas para desarrollar su capacidad biológica reproductora, no está enfocado en la inscripción del sistema de salud pública como categoría analítica, resultante relevante al menos ubicar un marco de debate con los lineamientos principales, ya que tal como se presentó en el capítulo I, a los fines de poder indagar en estos sentidos cabe considerar los discursos que circulan sobre el tema, quiénes se pronuncian como voces autorizadas para hablar y cómo son los mecanismos de apropiación de esos circuitos discursivos. En tal sentido, tal como quedara expuesto, la OMS que regula la salud mundial de la población considera que la infertilidad es una enfermedad y, por lo tanto, habilita un espacio en la agenda pública de salud para el tratamiento del tema. No obstante, en la actualidad y en la Argentina

en particular, pese a los avances en materia legislativa que inauguraron un período de visibilización del tema en la opinión pública, en términos simbólicos la infertilidad no es considerada un asunto de salud pública; por el contrario, sigue percibiéndose como un problema asociado, fundamentalmente, a las parejas de clase media y media-alta, quienes postergan sus proyectos de maternidad y de paternidad en pos de priorizar sus «proyectos personales» y que entonces necesitan recurrir a tratamientos de fertilidad, en su mayoría atendidos por médicos especialistas en centros y en clínicas privadas. En contraposición, circula como parte del imaginario social que en los sectores de clase baja no se presentan dificultades al momento de la reproducción biológica, asociada esta posibilidad al hecho de que en dichos sectores la maternidad se da en otros tiempos, de modo mucho más precoz –anclado muchas veces en lo que se conoce como el fenómeno del embarazo adolescente–, en mujeres muy jóvenes, lo que se halla asociado a un mejor funcionamiento de la condición reproductora de la mujer, y a lo que se agregan juicios que imputan falta de información y conocimiento de métodos anticonceptivos, falta de estímulos y condiciones laborales favorables, condiciones socio-económicas frágiles, carencia de proyectos de vida por fuera de la maternidad-paternidad, entre otros.

Más adelante veremos cómo y en qué medida quienes han transitado por estas experiencias vivencian este tránsito, si existe un sentido de pertenencia a estos grupos sociales, cómo se auto perciben, cuáles son los móviles que los han inducido a consultar a especialistas en infertilidad, etc.

Asimismo, sí aparece como un elemento primario en esta indagación la dimensión de la salud como categoría analítica ya que, por un lado, de ahí se desprende uno de los interrogantes que se propusieron para este trabajo a partir de reponer la idea de la infertilidad como enfermedad entendiendo que en esta configuración intervienen múltiples discursos que nombran y se pronuncian sobre la infertilidad y sobre quiénes la experimentan. Por otro lado, pero como emergente de esta construcción, la relevancia de la perspectiva de la comunicación y la salud, tal como se referenció, como un campo de estudio ocupado de estos abordajes dentro del campo académico. En esta línea es que disponen a continuación algunas nociones y debates acerca del continuo salud-enfermedad, proponiendo a su vez su inscripción en un encuadre de género.

1.3 La salud desde una mirada socio-cultural

Algunos autores han afirmado que la salud y la enfermedad son construcciones sociales, lo que sería lo mismo que decir que ambos conceptos están elaborados culturalmente (Searle, 1997; García Ruiz, 1999). Es decir, «lo que una determinada cultura reconoce como enfermedad, puede ser perfectamente un estado saludable para otra civilización, y eso tiene una enorme influencia en que unos hombres enfermen y otros no, en que unos hombres se sientan enfermos y actúen como tales y otros no» (Ugarte Iturrizaga, 2009: 2).

La mirada de este autor, y que en este trabajo se propone retomar, parte de ese reconocimiento de la diversidad de «saludes» y enfermedades según la historia, la tradición, las costumbres, las religiones y los usos de las diversas regiones del planeta, de los diversos pueblos y culturas. Lo primero en este enfoque, entonces, es caracterizar a qué se hace referencia cuando se habla de salud y enfermedad y, más aún, comprender lo que entienden como salud y enfermedad quienes integran un grupo social sobre el que se pretende indagar y/o intervenir. Y no acaban aquí los determinantes culturales de la salud.

Convendría dejar claros, entonces, los principales cambios que Aitor Ugarte Iturrizaga (2009) plantea con el modelo socio-cultural de acción en salud respecto a antiguos o presentes paradigmas. Cambios en el objeto sobre el que se actúa (la salud), cambios en el modo de acción (prevenir), cambios en el sujeto agente (el salubrista), en los lugares más propicios para trabajar en pro de la salud (hogares y barrios), en el sujeto paciente (población), cambios también en la mirada (visión integral del hombre), en la medición de los logros y de los desafíos (sensores), en los resultados (aportación de vida a los años) y cambios finalmente en los factores mediadores (aquellos que privilegien la protección de la salud).

Por su parte, Hernán Díaz (2011) hace su aporte en cuanto al enfoque de la comunicación y la salud, que induce a pensar en relación a cómo está configurada la dimensión de la salud, es decir, qué disciplinas las atraviesan, más allá de que históricamente se haya visto reducida a una experticia del campo médico-científico.

Explica que durante muchos años, la comunicación para la salud ha sido entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o

publicistas) una vez que los expertos (sanitarios) habían definido hacia dónde querían torcer la realidad. Se trataba de una participación aislada, meramente instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades a la población. Pero la propia práctica ha mostrado el fracaso de esa visión y ha demandado nuevas formas de actuar, en las que la comunicación sea valorada como una perspectiva más que se integra desde el comienzo en la (re)construcción de procesos sociales, como una forma de dar sentido y llenar de significado la forma de ser y actuar de una comunidad (Díaz, 2011: 35).

Desde este enfoque interesa precisar la relación entre la salud, el discurso médico-científico y la medicina como estatutos organizadores de un discurso institucionalizado y autorizado para nombrar a la enfermedad como acontecimiento y comprender el modo en que los distintos actores sociales se van apropiando de ese discurso y a la vez reproduciéndolo en sus prácticas legitimadoras.

Tal lo expresa Dina Czeresnia (2006) el conocimiento y la institucionalización de las prácticas en salud pública se configuran articulados con la medicina. A pesar de que efectivamente superen la mera aplicación de conocimientos científicos, las prácticas en salud se representan como una técnica, fundamentalmente, científica. Esa representación no puede ser entendida como un simple desliz, sino como un aspecto esencial de la conformación de esas prácticas, que encuentran sus raíces en la efectiva utilización del conocimiento científico. La medicina se estructuró en base a ciencias positivas y consideró científica la aprehensión de su objeto (Mendes Gonçalves, 1994, citado en Czeresnia, 2006). El discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas de la salud se circunscriben a partir de conceptos objetivos no de salud, sino de enfermedad.

El concepto de enfermedad se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano, ideado a partir de las constantes morfológicas y funcionales, que se definen por mediación de ciencias como la anatomía y la fisiología. La «enfermedad» es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos. El cuerpo es desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida (Mendes Gonçalves, 1994, citado en Czeresnia, 2006), no considerándose que en la práctica

médica se entra en contacto con personas y no sólo con sus órganos y funciones (Canguilhem, 1978, citado en Czeresnia, 2006).

Una primera cuestión es la de que la salud pública se defina como responsable de la promoción de la salud, mientras sus prácticas se organizan en torno a conceptos de enfermedad. Otra cuestión es que sus prácticas tienden a no tener en cuenta la diferencia entre el concepto de enfermedad – construcción mental– y el enfermar experiencia de vida, produciéndose la «sustitución» de uno por otro. El concepto de enfermedad no solamente es empleado, como si se pudiese hablar del enfermar en concreto, sino, principalmente, como realización de prácticas efectivas específicas que se presentan como capaces de responder a su totalidad.

La salud y el enfermar son formas a través de las cuales se manifiesta la vida. Corresponden a experiencias singulares y subjetivas, imposibles de ser reconocidas y expresadas íntegramente por la palabra. No obstante, es por medio de la palabra como el enfermo expresa su malestar, de la misma forma que el médico proporciona significación a las quejas de su paciente. Es en la relación entre el acontecimiento del fenómeno concreto de enfermar, la palabra del paciente y la del profesional de la salud, donde se produce la tensión, en referencia a la cuestión que aquí se destaca. Ésta se sitúa entre la subjetividad de la experiencia de la enfermedad y la objetividad de los conceptos que le dan sentido y proponen intervenciones para lidiar con semejante experiencia.

Siguiendo a Asa Laurell (1982) se comprende que el carácter social del concepto de salud y enfermedad, eso es, la conceptualización que se hace en un momento dado respecto a qué es enfermedad, qué es la enfermedad y por qué se presenta, resulta más fácil de comprobar, es así porque el análisis histórico pone a la vista cómo las necesidades de las clases dominantes, que se expresan como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionan uno u otro concepto de salud y enfermedad. En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la des-socializa. El concepto de enfermedad oculto, es decir, que subyace a la definición social de qué es enfermedad, se refiere a la incapacidad de trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y eventualmente con la posibilidad de acumulación de capital.

Y agrega que el hecho de que el concepto de enfermedad tiene un componente claramente ideológico no quiere decir que es falso sino que es parcial, eso es, que no deja ver más que una

parte de la problemática. El carácter parcial, de esta manera, no permite impulsar el conocimiento más que en algunas áreas, mientras deja ocultas a otras (Laurell, 1982).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, la preocupación por analizar la circulación de sentido entre médicos-usuarios que experimentan la infertilidad implica entonces, y necesariamente, preguntarse por la cuestión de poder y cómo determinados sujetos sociales son nombrados desde determinadas discursos institucionalizados y cómo eso puede ser abordado desde el campo de comunicación y, al mismo tiempo, cómo esas construcciones de sentido intervienen en el desarrollo de sus prácticas.

Lo expuesto anteriormente abre paso a poder pensar en el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) que se abordará desde la lectura de Eduardo Menéndez (1988). Según este teórico del campo de la salud social y comunitaria se entiende por MMH el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Su análisis del modelo no supone una posición maniquea según la cual la medicina denominada científica cumple «en si» funciones que pueden ser consideradas como negativas; ni tampoco implica una recuperación romántica de las prácticas conocidas en la actualidad como «alternativas».

Asimismo, explica que el análisis integral del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que el mismo debe ser descrito y analizado tanto en un nivel de autonomía, como referido a las condiciones históricas en las cuales opera. La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas.

Como principales rasgos estructurales de este modelo, Menéndez señala: «el biologismo, individualismo, a-historicidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico» (1988: 452).

Sin embargo, señala que el rasgo estructural dominante es el *biologismo*, el cual constituye el factor que garantiza, no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y la jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos (Menéndez, 1998).

Siguiendo a Menéndez (2009), se asume que la salud y la enfermedad son parte de procesos históricos y sociales, y dependen de las condiciones de vida y trabajo y de las trayectorias individuales y colectivas de los sujetos, que condicionan las experiencias y significados de la salud, la enfermedad y el sufrimiento. Interesa entonces recuperar esta dimensión relacional y procesual de la salud vinculada con aspectos sociales, simbólicos y políticos, y no utilizar el concepto de salud vinculado sólo a lo biológico.

Bajo esta conceptualización se entiende que dentro del campo de la salud coexisten distintas prácticas y representaciones, generando disputas entre los distintos sectores que pugnan, en un espacio atravesado por relaciones de hegemonía/subalternidad, por el reconocimiento y legitimidad de sus acciones.

En términos de Michel Foucault, en tanto el poder actúa en y por los discursos sociales, es posible plantear que la sociodiscursividad produce y a la vez desestabiliza las subjetividades. La materialidad significativa (palabras, pero también imágenes y estilos corporales, entre otros sistemas) establece, en las más diversas y proliferantes escenas enunciativas, poderosos efectos de sentido que tienden a mantener enlazados los géneros y las identidades sociales (Cháneton, 2007).

De acuerdo con Cháneton:

Si la realidad y hablar de la realidad («el proceso social material» y el «lenguaje») son entendidos como categóricamente diferentes, los conceptos como «reflejo» y «mediación» resultan inevitables [...] Desde un principio el problema es diferente si comprendemos el lenguaje y la significación como elementos indisolubles del proceso social material involucrados permanentemente, tanto en la producción como en la reproducción [...] Según la autora, esto significa abandonar la conceptualización del «mundo real» como un objeto aislado y fijo, en favor de pensarlo como un proceso material en el que necesariamente están incluidos los discursos y la cultura como bienes simbólicos producidos socialmente. Partir de estos presupuestos implica a su vez cambios en los modos de producir conocimiento (2007: 46-47).

Si bien es cierto que instituciones y conductas no son puramente *simbólicas*, no pueden, sin embargo, existir más que en lo simbólico. El presupuesto es postular la continuidad entre *acción social* y *discursos* en la medida en que los comportamientos son indisociables de una matriz significativa que los hace conceptualizables, inteligibles y por ello mismo socialmente vivos. Dicha perspectiva se sitúa entonces en la tendencia a desactivar la idea de lo cultural, lo simbólico o «el mundo de las ideas y las creencias», para enfocar, en cambio, en lo que toda práctica social es simultáneamente: materialidad, construcción, creación y deseo (Cháneton, 2007). «Roland Barthes fue conciso y sustantivo al afirmar que “el sentido no puede ser más que nombrado”, de modo tal que preguntarse por el orden simbólico es a la vez hacerlo por la forma de existencia del sentido» (Cháneton, 2007: 48).

Ahora bien, resulta impensado en el campo de las ciencias sociales problematizar cuestiones de género sin reenviar a la noción de discurso y a la inversa; y lo mismo sucede con la dimensión del poder, dándose lugar a la configuración de un contínuum semiótico entre estos significados.

En términos de Cháneton:

Se entienden los saberes de género como la construcción semiótica, histórica y localizada del conocimiento y la verdad de las subjetividades generizadas [...] Se hace referencia a las narrativas de identidad y a los lugares argumentativos (*topoi*) que fundamentan lo opinable respecto de las prácticas significantes relativas a mujer, varón, travesti, transexual o transgénero, una ontología sexuada que en el marco de la hegemonía de género se encuentra

sometida a la fuerza regulatoria heterosexual dominante basada en la oposición binaria varón/mujer (2007: 10).

Se trata de discursos que instituyen performativamente el género, un trabajo social que se manifiesta en el nivel enunciativo y que establece significados y hace inteligibles posiciones y prácticas diferenciadas para los sujetos y sus identidades culturales. Desde este planteo:

[...] dicha producción se concibe integrando la hegemonía cultural-discursiva (Gramsci, 1986; Williams, 1980; Angenot, 1989) la cual, debido a la lógica propia de su funcionamiento, tiende a establecer un orden disciplinatorio de esas diferencias, por medio de asignaciones compartimentadas, jerarquizadas y correlativas entre dominios y subjetividades; fundamentalmente, la histórica división público-masculino-productivo y privado-femenino-reproductivo en las sociedades capitalistas (Cháneton, 2007: 11).

Desde esta vía se amplían las posibilidades de lograr grados de aproximación a la compleja y contradictoria vinculación entre género y poder, no sólo por la remisión a la teoría de la hegemonía sino a la vez por medio de la postulación –apoyada en la re-elaboración foucaultniana del poder– de lo que llamamos micropolítica de género/clase/generación tal como se actualiza en localizaciones múltiples del espacio público y la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, se concibe la producción proliferante de diferencias inevitablemente integrada en situaciones estratégicas concretas, en las que discursos y posiciones enunciativas establecen relaciones de fuerza variables dentro de un campo sociosemiótico de poder que no es totalmente arbitrario, sino relativamente gobernado en el marco de un estado histórico de la hegemonía (Cháneton, 2007).

Rossana Reguillo (2000) plantea que asumir este enfoque supone mirar la constitución de la sociedad como un proceso dinámico en el que los actores sociales realizan acciones, producen discursos y construyen sentido sobre el mundo a partir de complejos procesos de negociación y siempre desde un lugar situado e históricamente construido, es decir, desde profundos anclajes histórico-culturales (como el género, la nacionalidad, la etnia, la clase social) y desde anclajes electivos (como los diferentes procesos de identificación o afiliaciones que los actores actualizan en el curso de sus biografías). Todo este proceso de construcción social del mundo implica relaciones de poder desiguales y desniveladas, supuesto que permite atender la configuración de órdenes institucionalizados cuya legitimidad estriba en su capacidad de proponer-imponer una

visión del mundo como la única posible y plausible, lo que a su vez engendrará prácticas histórica y objetivamente ajustadas a las estructuras que las producen, en un proceso no exento de conflictos.

Asimismo, en términos de Foucault (1985), los discursos son dominios prácticos limitados por sus reglas de formación y por sus condiciones de existencia, lo que lo llevó a acuñar la noción de «formaciones discursivas» para referirse al conjunto de reglas anónimas e históricamente determinadas, que se imponen a todo sujeto hablante y que delimitan el ámbito de lo enunciable y de lo no enunciable en un momento y en un espacio (Reguillo, 2000). Esta noción permite entonces espacializar y temporalizar el discurso en relación con campos estructurada y jerárquicamente constituidos. En el plano del análisis ello significa que lo subjetivo, a lo que sólo el actor social tiene un acceso privilegiado, al ser discursivizado, se convierte en «práctica discursiva» capaz de revelar la presencia de estructuras, de reglas, de valores de una formación discursiva y, por ende, de lo que en un espacio y un tiempo particular se afirma como un orden legítimo en el que el hablante inscribe su decir. «En el discurso, el sentido es lo que no se deja leer tan fácilmente, en tanto está entretejido en relaciones que no se agotan en la materialidad del discurso» (Reguillo, 2000: 5).

A los fines de no asumir esta perspectiva como un recetario, resulta importante entender que el discurso es una empresa abierta en la que los actores recurren a diferentes estrategias como *instancias específicas de decisión* (Foucault, 1976), estrategias que permiten «usar» las reglas de la «formación discursiva» de maneras diversas, pero nunca al margen del contexto de enunciación. Y en esas «maneras diversas», el discurso se despliega no como una sucesión de códigos, sino como producción de sentidos.

Todo lo anterior permite afirmar que el discurso como dispositivo social tiene no sólo una capacidad expresiva, sino un poder constructivo en el orden social. Toda acción es susceptible de representación, y las representaciones únicamente son aprehensibles a través del discurso, en su sentido no restringido a los códigos verbales.

Tanto las prácticas sociales como los enunciados forman parte de un campo de discursividad, concepto formulado por Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1985) para referirse a las condiciones de posibilidad en las que se inscribe el discurso y que, al mismo tiempo, constituyen la imposibilidad de fijar su sentido (Reguillo, 2000).

Siguiendo a la autora, se advierte que el modo en cómo los actores sociales negocian, se oponen o apropian, desde posiciones específicas, de las reglas de la formación discursiva y del juego que realizan a partir de sus posiciones diferenciales en el campo discursivo, da origen a lo que se da en llamar estrategias discursivas, que no refieren a un uso particular del lenguaje, aunque lo suponen, sino a las dimensiones subjetivas que los actores despliegan en el orden socio-discursivo.

A su vez, se entiende que las distintas estrategias desplegadas por los actores son aprehensibles en el plano de la expresión discursiva, proceso que se denomina narrativas, para hacer referencia a la concreción empírica del discurso. La narrativa es el «relato» mediante el cual los actores articulan instituciones, valores, creencias, objetos, en un tiempo y en un espacio, a través de códigos y de soportes materiales.

Dejando en claro que esta conceptualización acerca de la noción del discurso importa en tanto brinda un soporte teórico-metodológico a los fines del análisis en torno a la infertilidad –entendida esta como parte de una trama social que implica cualquier práctica médico-clínica, con las particularidades propias de cada especificidad–, interesa entonces tomar dichas nociones con fines estrictamente teórico-operativos. Es decir, interesa situar una construcción teórica de la categoría de discurso entendido como práctica social en sí misma, a los fines de poder conformar una escena discursiva partiendo de las voces de los actores sociales que intervienen en el presente análisis.

Una de las preocupaciones iniciales de este trabajo se vincula al hecho de inferir en los sentidos que circulan entre médicos y usuarios en dichas prácticas, entonces, si lo que se busca es indagar en la noción del sentido indefectiblemente haya que referir al concepto de discurso. Cuando se inscribe a la infertilidad como enfermedad, tal como se hizo referencia en el capítulo I, desde diversos entornos autorizados a tales fines, se está asumiendo que determinadas características psico-físicas dan cuenta o reúnen ciertos parámetros para establecer que la infertilidad entra en la categoría de enfermedad. Ahora bien, si lo que aquí interesa es inferir en esos vínculos que se entablan en diversas escenas «médicas» (que, como se viene sosteniendo, se construyen desde sucesivas operaciones con fines de indagación), resulta trascendental comprender, por ejemplo, cuáles son las narrativas que ponen en juego los actores y desde qué instituciones, valores, normas, creencias, las articulan, como así también desde que tiempo y espacio, es decir, situándonos desde una mirada histórica. Al mismo tiempo, interesa la categoría de discurso en tanto remite a las

condiciones de posibilidad de que disponen unos y otros actores que nunca se ubican en las mismas posiciones, pero que siempre establecen negociaciones de sentido, de oposición, apropiación desde tales lugares, y cómo en ese entramado discursivo aparecen las distintas estrategias a las que recurren; qué condiciones de posibilidad se identifican en la toma de decisiones de médicos y usuarios. Cómo se apropian quienes asumen su condición de sujeto infértil, o pareja infértil, y deciden consultar con médicos especialistas, de la categoría de enfermo, de acuerdo a lo que los organismos internacionales que se ocupan de la salud mundial lo establecen; qué sentidos se disputan y se negocian entre las voces autorizadas para enunciarse sobre el tema y quienes, desde una posición diferenciada, asumen un problema en el que intervienen no sólo factores del orden físico, sino que en muchos casos priman aspectos psico-emocionales que clausuran toda clase de sentido argumentativo que no se corresponda con explicaciones del orden de lo emocional. Qué lugar se le asigna al deseo de maternidad/paternidad en relación con el lugar reservado a la enfermedad. En ese entramado se despliegan diferentes estrategias discursivas que interesa visualizar en tanto operan como organizadoras del campo discursivo a analizar.

Con el mismo interés y orientación analítica como objetivo principal, trabajar sobre la dimensión de género implica poder reflexionar acerca de dimensiones que se encuentran íntimamente ligadas en el cotidiano vivir, que tienen que ver tanto con la circulación de poder como la construcción de subjetividades.

Asimismo se torna difícil disociar al género (o a los géneros) de la interculturalidad y de la diversidad. Dicha relación significa necesariamente pensar situado, es decir desde el tiempo/espacio que acontece, el aquí y el ahora teniendo en cuenta el pasado y proyectándonos hacia el futuro. Este complejo juego donde las representaciones e imaginarios acerca de lo qué es ser mujer, varón o LGBTI, se entrelazan con la geografía que habitamos y los valores asignados a las razas y a los géneros en una sociedad.

«Gayle Rubin, antropóloga norteamericana, va a definir en 1975, el sistema sexo-género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”» (Rubin, 1975, citado en Delmas, 2014: 15).

Para el desarrollo de su teoría parte de analizar las obras de Claude Lévi-Strauss y Sigmund Freud, ya que considera que allí puede encontrar «el sistema de relaciones por el cual las mujeres se convierten en presa de los hombres».

Rubin afirma que «una mujer es una mujer. Sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, conejito de Playboy, prostituta o dictáfono humano en determinadas relaciones» (1975, citado en Delmas, 2014: 15). Confía en que analizando las causas de opresión de las mujeres se puede llegar a una sociedad sin jerarquías por Géneros.

Para Teresita De Barbieri (1993: 5) «los sistemas sexo-género son [...] el objeto de estudio más amplio para comprender y explicar el par subordinación femenina-dominación masculina».

Este esquema dicotómico que nos impone la posibilidad de sólo dos sexos biológicos será complejizado y superado. La asociación de un sexo natural con un género distintivo y con una ostensible natural «atracción» hacia el sexo/género opuesto, es una conjunción nada natural de construcciones culturales al servicio de intereses reproductivos (Butler, 2013, citado en Delmas, 2014). Interesa en este planteo profundizar la amplia diáspora de sexualidades y la definición de género como relaciones de poder que subyacen entre los sexos en una sociedad determinada, a las que Scott (1990, citado en Delmas, 2014) va a denominar como formas de poder primarias.

Ese juego de poder asimétrico tiene como actores principales a los cuerpos y las subjetividades, lo material y lo simbólico. El género no es de ninguna manera una *identidad estable* que no se modifica, como señala Butler, es una identidad débilmente constituida en el tiempo. No se es mujer, hombre, gay, lesbiana, travesti, transexual, intersexual, de una vez para siempre y de la misma manera; la percepción de nuestros cuerpos y la mirada que nos refleja el espejo, cambian, nuestros cuerpos cambian y las decisiones sobre nuestros cuerpos, también, así como aquello que nos causa placer o displacer.

Dirá Judith Butler (2002), «que el cuerpo sea un conjunto de posibilidades significa que su aparición en el mundo no está determinada por ninguna esencia interior», es decir, que una mujer no barre mejor el piso por ser mujer, no está condenada a la maternidad ni a estudiar carreras sociales ni hacer todas las noches la cena y, si lo está, es en relación a una sociedad, en una determinada cultura, en un tiempo histórico y a través de una aprendizaje sostenido por las

instituciones sociales hegemónicas en donde la familia, la iglesia, la institución educativa, el sistema médico-científico tienen un espacio preponderante.

¿De qué manera los actos corporales específicos construyen el género y qué posibilidades hay de transformación cultural del género por medio de tales actos? Esta pregunta que se realiza la autora es troncal, porque si el género es en parte una reiteración estilizada de actos, donde quienes los ejecutan portan un valor diferencial, que se vuelven naturales de tanto ser repetidos (filas de niños y niñas, registros de asistencia diferenciados por sexos, diferenciación de juegos por sexos), esos actos, esas valoraciones, pueden ser cuestionadas y transformadas.

La expresión del género implica poner de manifiesto y volver específico un conjunto de posibilidades históricas. Los hombres siempre fueron presidentes de la Nación, hoy sabemos que las mujeres también pueden serlo; las niñas continúan jugando a que son princesas (la televisión incide fuertemente en el sostenimiento de este modelo) pero también juegan a ser presidentas, algo en el orden de lo simbólico varía.

Es la práctica, la repetición de los actos, la que vuelve a tales posibilidades determinaciones, dirá Butler (2002), y es el valor diferencial el que abona la violencia contenida en el género.

Sin embargo, no nos podemos quedar en la dimensión del reconocimiento a la diversidad sexual y a las disparidad y desigualdades de género en relación con la interculturalidad, esto es, en el plano de la cultura; es preciso articularla con el análisis de la representación, el análisis político de estas relaciones, y el de la redistribución, es decir el económico, ya que clase/raza y género son tres términos fundamentales al momento de advertir las desigualdades.

1.4 Algunos recorridos y debates en torno al concepto de género

La historia del concepto de *género* se halla íntimamente ligada con la del movimiento feminista y ese movimiento, según De Barbieri (1993), va a aparecer en sociedades que previamente habían acordado el reconocimiento de los derechos humanos contenidos en la declaración respectiva de las Naciones Unidas.

De acuerdo con el planteo de Flavia Delmas (2014) resulta imposible eludir la obra de la filósofa Simone de Beauvoir, aunque no utilice el término Género. Su libro *El segundo sexo* (1949), es una

obra crucial para los estudios de Mujeres y los de Género, que va a constituir la referencia de la llamada «segunda ola»¹³ del movimiento feminista. La frase acuñada por la autora, *mujer no se nace se llega a serlo*, pone en debate la afirmación de Freud, «la anatomía es destino», y abre camino para la indagación de la compleja relación de poder entre los sexos que configuran la trama de la sociedad y la cultura.

La acepción género data de 1955, cuando el médico Money, luego de una investigación en la que en una *nursery* vistió a los niños de rosa y a las niñas de celeste e hizo transitar por allí a gente que pasaba casualmente por la calle y escuchó cómo sus expresiones, acerca de las vestidas de celeste, decían que tenían vigor, fuerza y si lloraban era porque tenían fuertes pulmones, de los vestidos de rosa, alababan su dulzura y delicadeza. Money propuso el término «papel de género» (*gender role*) para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres.

En 1968, un psicólogo con orientación médica, Stoller (Delmas, 2014), vuelve a emplear el concepto género en Estados Unidos. Estudió trastornos de la identidad sexual en casos en que las características externas de los genitales se prestaban a confusión. Concluyó su estudio afirmando que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Siguiendo a Delmas (2014), Stoller planteó que en la categoría género se articulan tres instancias básicas: la asignación o rotulación de género, que se produce al nacer; la identidad de género que se presenta a los dos o tres años y, por último, el papel o rol de género, que tiene relación con la sociedad o la cultura.

Va a ser Millet (Delmas, 2014), a fines de los sesenta, quien en su obra *Política Sexual*, define al género desde una perspectiva basada en las relaciones de poder entre sexos en la sociedad.

El concepto género abre en los sectores académicos feministas la posibilidad de contar con una teoría de la que se carecía hasta el momento. Obtener el respeto y la legitimidad en el campo de la

¹³ La denominación de «Primera ola» hace referencia al movimiento sufragista que luchó por la conquista de los derechos civiles (el derecho de las mujeres al voto) y laborales (igual trabajo, igual remuneración), tuvo lugar a fines del siglo XIX.

investigación durante la década de los 80 constituyó uno de los principales objetivos en las diferentes disciplinas.

Va a ser la escuela estadounidense la que tenga mayor influencia en América Latina; se trata de una perspectiva más sociologizada, en la que se pone en juego los factores sociales y culturales en la construcción del género con su diferencia potencial de relación entre los sexos.

Las feministas norteamericanas buscaron a través del concepto de género, poner el acento en los aspectos relacionales y en la atribución o determinación de la sociedad en dichas relaciones de acuerdo al sexo, «rechazando así el determinismo biológico implícito en términos tales como sexo o diferencia sexual» (Scott, 1990, citado en Delmas, 2014: 266).

1.5 40 años de vigencia: breve paso por las diferentes hipótesis y formulaciones que orientan el debate

A continuación, se hará referencia, de manera sintética y sin pretender agotar los postulados teóricos, a las siguientes formulaciones que han contribuido a nutrir la discusión académica pero también política acerca de la cuestión de género a lo largo de los años. La idea de este armado es poder dar cuenta de las orientaciones, cruces y entrecruces de las perspectiva teóricas que fueron sustentando los debates a los fines de poder visualizar un momento actual de ese entramado, pero también comprenderlo desde una mirada histórica.

Es importante mencionar que esta construcción conceptual es recuperada de un extenso trabajo de investigación de la especialista en Estudios de Género, Flavia Delmas, que materializó dicha experiencia en su tesis de Maestría «UNASUR y masacre de Pando: construcción simbólica desde una perspectiva de género», generando un valioso aporte a esta área de interés. En este sentido, y tratándose de una producción de investigación como lo es una tesis Doctoral, se considera oportuno poner de relieve este aspecto ya que implica pensar desde una perspectiva que comprende a las prácticas de investigación y a la producción de conocimiento resultantes de las mismas como una instancia de construcción colectiva de conocimiento, imposible de pensar de manera aislada y con una sordera del entorno propia de contextos en los que habitaron matrices liberales. No obstante, se reconocen como condiciones de posibilidad de estos modos de comprender el quehacer

científico-académico los cambios coyunturales en materia política, económica y social que se implementaron en la Argentina desde el 2003 al 2015, y cuyas políticas públicas incidieron directamente en un incremento del presupuesto destinado a la educación y a la cultura que ascendió históricamente al 6,50 % del PBI¹⁴. Dicho financiamiento de la educación superior se vio materializado en un crecimiento presupuestario destinado a políticas de investigación científica¹⁵, entre otras áreas estratégicas en materia educativa.

Desde esta matriz, la FPyCS-UNLP, como actor social que forma parte de la comunidad educativa, se sitúa como tal a partir de diseñar y consolidar una política de investigación que priorice el diálogo, la articulación y la producción de conocimiento conjunta, lo que en la práctica se traduce en generar las condiciones para instrumentar diferentes espacios de investigación que respondan a líneas de investigación institucionales emergentes de diversas problemáticas sociales. De este modo, como actores parte de esta institución convivimos en una lógica de producción en investigación signada por un trabajo articulado y colaborativo entre múltiples espacios que enriquece en forma permanente nuestras labores como docentes, investigadoras, trabajadoras de las ciencias sociales, que nos brinda la posibilidad de pensar, aprender, dialogar, intercambiar saberes con otros y otras. Desde este lugar conceptual, entonces, es que recupera lo hecho para ponerlo en valor como producción de conocimiento que nunca puede comprenderse como una unidad individual aislada y en constante proceso de inicio, sino que se toma lo producido como una base sólida para continuar.

Hecha esta mención, se puntualizan las distintas formulaciones referenciadas anteriormente:

1.5.1 La teoría del patriarcado

Uno de los enfoques utilizados durante los 70 del siglo pasado, para explicar la subordinación de las mujeres y la necesidad de dominación de los hombres, fue el de *patriarcado*. Un concepto a

¹⁴ En 2010, el presupuesto para Educación fue de 21.156 millones de pesos, mientras que para 2012 ascendió a 37.186 millones.

¹⁵ El presupuesto universitario aumentó de 0,5% a 1,02% del PBI: **En infraestructura universitaria:** se invirtieron, entre 2003 y 2013, \$1.318.911.000. La matrícula universitaria creció un 28%, con 1.808.000 estudiantes. Los egresos aumentaron un 68% en una década: de 65.000 en 2001 a 109.000 en 2011. **Repatriación de 850 científicos a través del programa R@ICES:** Argentina tiene 3 científicos cada mil habitantes, la cifra más alta en América Latina. **Creación del Ministerio de Ciencia y Tecnología:** siendo el primer gobierno en Latinoamérica que contempló a la innovación productiva asociada a la ciencia y la tecnología como una prioridad con rango ministerial. **Revalorización del rol de los investigadores:** Un investigador del CONICET cobraba 1.175 pesos en 2003, y cobró 17.047 pesos en 2012; los becarios pasaron de 800 pesos, en 2003, a 6.200 pesos en 2012.

través del cual no se pudo construir un análisis histórico de la subordinación señalada, ya que, como indica De Barbieris (1993: 3), «no habría cambiado en esencia, sino en apariencia, el orden existente en las sociedades arcaicas bíblicas». Tampoco explicaron las teóricas feministas, cómo funcionaba ese sistema que, supuestamente, se encontraba en toda organización social.

Así, se pueden clasificar en dos las hipótesis planteadas desde el feminismo radical:

- Las que ponían el acento en la reproducción y sostenían que la necesidad del hombre de dominar a la mujer era por la alienación que le producía la reproducción. Una de las formas de liberación de las mujeres se encontraría en los avances de la tecnología de la reproducción, tal como lo señalaba Firestone.
- Las que sostenían, como Mitchell, que se producía una apropiación de la sexualidad de las mujeres de manera similar a la apropiación del trabajo en el capitalismo. La toma de conciencia, por parte de las mujeres las conduciría a la acción política.

Estos análisis descansaron en las diferencias físicas que comportan un aspecto inmutable, si no se consideran la construcción social y cultural en la que nos encontramos insertos, por un lado, así como nuestras propias definiciones identitarias.

1.5.2 Los postulados marxistas

Otro de los enfoques, el marxista, se caracterizó por la poner el énfasis en la historicidad, pese a que efectuó un reduccionismo a los modos de producción.

Hartmann (1987, citado en Delmas, 2014), una de sus principales exponentes, va a afirmar que las categorías tradicionales marxistas son «ciegas al sexo» y señala que patriarcado y capitalismo son sistemas separados pero que interactúan; la prioridad en este enfoque es lo económico y la dominación de los hombres se revertiría en la medida en que se transformen las condiciones de producción.

Si bien introdujeron la idea de una realidad social de base sexual, recalcaron en la naturaleza social antes que la sexual y desde las relaciones económicas de producción. El problema que plantean las teóricas marxistas se centra en la reducción de los modos de reproducción versus los modos de producción, que se definen por oposición.

La dominación de las mujeres precede al capitalismo y lo supera, y en estos planteos el género carece de estatus analítico propio.

1.5.3 El sistema Sexo-Género

Gayle Rubin (Delmas, 2014) va a definir en 1975, el sistema sexo-género como «el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas». Y afirma que «una mujer es una mujer. Sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, conejito de Playboy, prostituta o dictáfono humano en determinadas relaciones» (2014: 2). Y en esa línea, confía en que analizando las causas de opresión de las mujeres se puede llegar a una sociedad sin jerarquías por *géneros*.

Para De Barbieri (1993: 5), «los sistemas sexo-género son [...] el objeto de estudio más amplio para comprender y explicar el par subordinación femenina/dominación masculina». Esquema dicotómico que será complejizado y superado por Butler.

1.5.4 Las teorías psicoanalíticas

La escuela estructuralista y post-estructuralista –tanto la angloamericana como la francesa– se centran en el estudio de los procesos por los que se crea la identidad del sujeto y, principalmente, en las primeras etapas de desarrollo de los niños y las niñas.

- Escuela angloamericana: las teorías relaciones-objeto, cuya principal representante, Nancy Chodorow, hace hincapié en que el niño y la niña ven, oyen y aprenden a través de sus relaciones. Es en último extremo sujeto de la comprensión consciente, y de ahí que cambiar las conductas en el hogar, las divisiones del trabajo en la familia, traería una transformación.
- La escuela estructuralista y post estructuralista plantean que a través del lenguaje se construye la identidad de género. El niño y la niña aprehenden y construyen el orden simbólico del mundo a través del lenguaje, entendido como sistema amplio de significados.

Según Jacques Lacan, el falo es el significante central de la diferencia sexual. El inconsciente constituye entonces el factor crítico en la construcción del sujeto, la identificación de género es inestable (ambigüedad proporcionada por la potencial bisexualidad) y existe una necesidad de represión constante para poder verse como sujeto total; el sujeto y más precisamente su psique, está en constante proceso de formación. A su vez, la idea de lo masculino y femenino no son fijas, ya que varían según el contexto.

Para Scott (1990, citado por Delmas, 2014) ninguna de las dos teorías es completamente operativa. En el caso de las teorías relaciones-objeto, la dificultad principal que se presenta es la de la literalidad. Plantea una neta división entre varón y mujer; la mujer se encuentra en el mundo privado, el hombre en el público. Esta interpretación limita el concepto de género a lo doméstico y no analiza otro tipo de relaciones de poder, no está claro de dónde vienen estos ordenamientos. Otra crítica radica en que se presenta la relación mujer-hombre entendida como una relación binaria y universal.

La escuela post-estructuralista hace problemática la categoría de hombre y mujer al sugerir que masculino y femenino no son inherentes sino subjetivas o ficticias. El falo es el único significante y la realidad social parece hallarse fuera del sujeto, el antagonismo sexual aparece como independiente del tiempo. La única relación posible, vuelve a ser la binaria.

1.5.5 El posfeminismo

Butler, en la década del 90, escribe *El género en disputa*, uno de los libros más influyentes del pensamiento contemporáneo. Sus trabajos han contribuido a construir lo que hoy se conoce como Teoría Queer y tuvieron un papel fundacional en el desarrollo del movimiento queer.

La impronta de Foucault, y en particular su trabajo en la Historia de la sexualidad, es evidente en la obra de Butler. Ahora bien, si en el caso de Foucault el dispositivo de la sexualidad no tiene en cuenta el género, para Butler es esencial.

Señalará la autora que «lo que llegamos a ser es nuestro género y no nuestro cuerpo. El cuerpo es experimentado como un modo de llegar a ser [...] al escenario del sexo y del género [...] Ser es elegirnos» (Butler, 1999, citado en Delmas, 2014: 305-307).

Butler rompe con la dualidad del sexo, con la idea de un «sexo natural» organizado en base a dos posiciones opuestas y complementarias, que las interpreta como un dispositivo mediante el cual el género se ha estabilizado dentro de la matriz heterosexual que caracteriza a nuestras sociedades. Para la autora no hay acceso directo a la materialidad del cuerpo, sino es a través de un imaginario social, y se accede a la materia del cuerpo a través de los discursos, las prácticas y las normas¹⁶.

Va a plantear, retomando de manera crítica a De Beauvoir, que se llega a ser género; se trata de un proceso o construcción individual, una elección. Interpretamos las normas de género recibidas de tal manera que las reproducimos y organizamos de nuevo, de esta manera el género tiene la capacidad de re-significaciones e intervenciones personales, es un estar actuando, una *performance*.

Siguiendo el pensamiento de Butler, la opresión del patriarcado requiere de enfrentamientos individuales. A partir de sus aportes, se amplía el horizonte de análisis, produciéndose desplazamientos conceptuales, y se quiebra la lógica binaria de sexos, que en comunicación implica orientar la mirada hacia los procesos, las articulaciones y los flujos, situar la mediación en un primer plano y redefinir e incluso sustituir el interés atribuido a la acción social por el estudio de las comunicaciones en tanto que intermediación, tránsitos y traducciones que dan sentido a la vida social.

1.5.6 Los estudios multiculturales

Seyla Benhabib, filósofa de origen turco que realiza sus estudios en Estados Unidos, plantea que la cultura siempre ha sido un indicador de la diferencia social, y si bien no centra sus estudios en el género sino en la cultura, estudia el tema género a partir de la cultura, del análisis de la construcción de la identidad y la ciudadanía de minorías étnicas insertas en otras culturas dominantes.

Benhabib entiende a las culturas como «prácticas complejas de significación y representación, de organización y atribución, divididas internamente por relatos en conflicto. Las culturas se crean a partir de diálogos complejos con otras culturas» (2006: 10). Así, considera a las culturas humanas

¹⁶ En este caso particular se hace referencia a normas sociales.

como «constantes creaciones, recreaciones y negociaciones de fronteras imaginarias entre nosotros y el/los otros» (2006:13).

Preocupada por políticas multiculturales, democráticas y deliberativas, afirma que estas políticas «no relegan a las mujeres, niñas y niños a sus comunidades de origen en contra de su voluntad, sino que alientan el desarrollo de su agencia autónoma frente a las identidades que les son asignadas» (Benhabib, 2006: 151).

1.5.7 El poscolonialismo

Gayatri Spivak, originaria de India, realizó sus estudios en Estados Unidos donde escribió, *¿Puede hablar el subalterno?*, que la convirtió en una de las principales representantes de la teoría poscolonial, corriente que se desarrolló en los estudios literarios a partir de mediados de los años 80. En su obra concluye que «el subalterno no puede hablar. No existe mérito alguno en las listas de lavandería globales, donde ‘la mujer’ figura como una prenda piadosa. La mujer intelectual tiene, como intelectual, una tarea circunscripta que no puede rechazar con una rúbrica» (2011: 110).

Esta corriente de pensamiento es acuñada actualmente en nuestro país por Bidaseca, Vázquez Laba, entre otras, que en el libro *Feminismo y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*, señalan en el prólogo el objetivo de estos estudios, que se lee como «la posibilidad de construir conocimiento situado para la producción de una Epistemología Feminista Latinoamericana que parta desde las márgenes de la vida de las ‘Otras’ del feminismo hegemónico: indígenas y campesinas, afrodescendientes, diaspóricas y migrantes, lesbianas, trabajadoras en las maquilas, trabajadoras del sexo, trans...» (2011: 7).

Inscrita en este debate, Rita Segato (2010: 17) pregunta: «¿Por dónde se abren las brechas que avanzan, hoy, desarticulando la colonialidad del poder, y cómo hablar de ellas? ¿Qué papel tienen las relaciones de género en este proceso?»; dicho interrogante conlleva la principal crítica a la nominación de esta corriente de pensamiento, si es que nos encontramos en una etapa histórica poscolonial o se trata de una etapa neocolonial.

1.6 La infertilidad en clave de género

Luego de este sintético recorrido, cuyo intento fue dar cuenta del debate en torno al concepto de género, sin pretender clausurarlo, se propone moldear una noción de género a partir de la propuesta de Scott, y enriquecerla con las precisiones de Lamas y Segato, de acuerdo a los aportes de Delmas (2014). El sentido es poder pensar cómo la dimensión de género se activa, se filtra en la trama que aquí se busca indagar acerca de la infertilidad y las relaciones entre usuario/as y médicos que allí se inscriben, en tanto se parte de relaciones de poder desiguales en lo que respecta al entorno médico y los modos diferenciados en los vínculos que se entablan con hombres y mujeres que atraviesan la problemática de la infertilidad y que deciden consultar con médico/as especializado/as.

Así es que interesa el planteo de Scott (1990) quien entiende al género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y como forma primaria de relaciones significantes de poder. Del primer componente de su conceptualización, desprende cuatro aspectos interrelacionados pero no simultáneos y precisa que para el análisis, es necesario conocer las relaciones entre los cuatro:

- Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples y contradictorias (en la religión: Eva/María).
- Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas, provenientes de la escuela, la iglesia, etc.
- Nociones políticas y referencias de instituciones y organizaciones sociales.
- La identidad subjetiva.

Según la autora, a través de esta conceptualización se puede discutir clase, raza, etnicidad o cualquier proceso social.

Los símbolos, los conceptos normativos, las nociones políticas, las identidades, la subjetividad, formarán una trama de especial interés para poder configurar las relaciones significantes de poder en el presente análisis.

Martha Lamas (2002: 132), por su parte, sostiene que «las características de una cultura es su naturaleza simbólica que entreteje un conocimiento tácito sin el cual no hay interacción social ordenada y rutinaria, con la que las personas comparten significados no verbalizados ni explicitados que toman por verdades dadas». Para la autora, «en este entretejido tácito el Género es el elemento básico de la construcción de la cultura».

Esta naturaleza simbólica que se construye en el entramado social, el lugar que ocupan y se le asignan a hombres y a mujeres, sus acciones, sus formas de relacionarse, están mediadas por configuraciones de lo que significa ser hombre y ser mujer en una sociedad dada, que si bien asume rasgos diferenciales de acuerdo al lugar, a la cultura, a la historia, hay una base ideológica que sustenta la desigualdad de los géneros.

Carole Pateman hace referencia a ese sustrato ideológico, plantea la existencia de un contrato original implícito en el contrato social de Jean-Jacques Rousseau y en la Revolución Francesa, en el que «el patriarcado moderno es fraternal en su forma y el contrato original es un pacto fraternal» (1995: 109). De esa manera, «los individuos constituyen un cambio fundamental en la larga tradición del argumento patriarcal. Cuando el padre ya no encarna el derecho político del patriarcado se torna fraterno, el derecho sexual ya no puede subsumirse bajo el poder de la paternidad [...] y el derecho masculino de las mujeres es declarado no político» (1995: 127).

Al declararse no político el acceso al cuerpo de las mujeres se naturaliza, es potestad de los hombres entendidos como fráteres, como hermanos políticos.

Des-cubrir la dimensión de género abre camino a mirar y analizar las realidades con lentes especiales, a través de los cuales poder observar el micro poder que subyace en la trama social abordada. Avanzar en los estudios de género desde un pensamiento situado, que dé cuenta de la complejidad de los entramados sociales y las cristalizaciones y disputas de poder que en esa trama subyacen, así como de las múltiples formas de vivir y hacer los géneros y sexos, permitirá contar

con una herramienta fundamental de análisis con la que poder acercarse y abordar con mayor profundidad la realidad estudiada, que definitivamente siempre es construida y no dada.

Luego de introducir esta caracterización general, resulta ineludible situar referencial y teóricamente la institución médica como *espacio generizado*. Esta perspectiva se retoma de un trabajo de la uruguaya Valeria Grabino Etorena¹⁷ y resulta muy esclarecedora como marco organizador de conceptualizaciones que atraviesan la construcción del problema, en tanto se plantea el desafío de observar la forma en que el género se produce y reproduce, en relación al campo de la salud reproductiva y no reproductiva, y, particularmente, a las experiencias asociadas a la vasectomía, a lo que inicialmente se presupone como coincidente con las prácticas vinculadas a la infertilidad como experiencia médica. Desde este enfoque, el género –como puerta de entrada al campo del poder– supone la asignación de espacios, de dominios; en los términos de Silvia Tubert (2003: 22), supone «asignar los espacios –restrictivos– de lo femenino mientras se constituye lo masculino desde el centro, como lo que no tiene más límites que lo negativo, lo abyecto o lo poco valorado» (citado en Grabino Etorena, 2009). El lugar –masculino– del profesional de la salud, es un lugar legitimado socialmente, lo cual no es posible de comprender sin hacer referencia al proceso de medicalización por el cual la sociedad asigna a los médicos la competencia y la legitimidad social y cultural en ciertas áreas de la vida como la reproducción y el control de la fecundidad. Tal como se hizo mención anteriormente:

El modelo médico hegemónico se ha caracterizado, entre otros aspectos, por el ejercicio de «un principio de autoridad» (Romero Gorski, 1999: 26); de este modo es posible afirmar que, dentro de la institución médica, en el contexto de la consulta se establece una relación de poder donde el profesional de la salud asume un lugar de dominación, mientras que los/as usuarios/as un lugar de subordinación. Esta relación se presenta en la articulación –contextual y no siempre lineal– del triple eje de asimetrías: de saberes, de clase, de género. En relación a la asimetría de saberes, «lo que el médico dice, tiene más valor (socialmente legitimado) por quien lo dice, es decir por el enunciador (el médico), que por el contenido de lo que dice (el mensaje)». Así,

¹⁷ Este artículo se titula: «Espacios generizados: cuerpos masculinos ingresando a la institución médica en la práctica de la vasectomía o esterilización masculina», y surge de una investigación en el marco del Programa «Género, Cuerpo y Sexualidad: Prácticas y Representaciones», coordinado por la Lic. Susana Rostagnol (FHCE – UDELAR).

lo que dice, tiene valor de verdad (Rostagnol & Sacchi, 2006, citado en Grabino Etorena, 2009: 26).

Por otro lado, la autora plantea que el lugar del médico/a es un lugar masculino (activo) independientemente de quién sea el o la profesional, mientras que los usuarios/as son ubicados en un lugar femenino (pasivo) y «el atributo masculino de la medicina es independiente de quien sea el o la profesional» (Rostagnol & Sacchi, 2006, citado en Grabino Etorena, 2009: 36). En este encuadre, la institución médica se presenta como un espacio que produce y reproduce las normas y roles de género, las características socioculturalmente construidas que definen los comportamientos masculinos y femeninos en contextos histórico-sociales determinados (Grabino Etorena, 2009). Sin embargo, y en coincidencia con ella, la dicotomía médico/a (dominación/ masculino/ activo) vs. Usuario/a (subordinación/ femenino/ pasivo) merece ser problematizada y puesta a consideración, ya que dicha relación no es de tipo binaria sino más bien, la cristalización de un entramado complejo de relaciones que trascienden lo médico: de clase; la noción de «cuidado» y otras tantas dimensiones que será necesario explorar. La pregunta debe colocarse entonces en la interacción concreta de los sujetos, dando lugar tanto al conflicto, a la negociación y a la alianza.

En este sentido, es importante señalar que si bien desde la perspectiva que aquí se propone se entiende a la reproducción como un hecho biológico y sociocultural, en 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité Internacional de Evaluación de Técnicas de Reproducción Asistida (Petracci & Waisbord, 2011: 188) dieron a conocer un nuevo glosario de la terminología internacional en el que se reconocía la infertilidad como enfermedad del sistema reproductivo, definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Asimismo, a nivel estadístico no existen datos cuantitativos que describan la prevalencia de la infertilidad en la Argentina, como tampoco ha llegado a ser un tema prioritario en las políticas sobre salud reproductiva (Petracci & Waisbord, 2011).

Sobre este último aspecto –y más allá que la profundidad en el análisis permita nuevas reflexiones y cruces conceptuales acerca de la infertilidad– vale mencionar que durante el 2002 se advierte una incipiente problematización de la fertilización asistida (FA) como un tema de salud reproductiva, enfoque a partir del cual se acentuarán un conjunto de matices diferenciales y se harán visibles

intervenciones de nuevos actores sociales [...] Sin embargo, y a pesar que en ese mismo año se sancionó la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, no será recurrente la asociación de la FA con dicha ley por parte de las ONG's y actores del sector, ya que estas organizaciones tendrán un enfoque sectorial –integrantes de clase media y media alta– y de *usuarios* de la FA que demandan en función de sus intereses (Petracci & Waisbord, 2011).

Teniendo en cuenta estos abordajes, lo que se propone como objeto de estudio es la producción de subjetividad (en tanto hablas y cuerpos) con énfasis en su dimensión política, es decir, como una política significativa de las diferencias, identificable en diferentes contextos enunciativos.

1.7 El cuerpo: territorio de disputa y de conquista

Sin dudas unas de las claves que orienta el entramado que va trazando la construcción del objeto de investigación, tal como se viene configurando a lo largo de este desarrollo, es la centralidad que adquiere en este andamiaje la noción de cuerpo como categoría conceptual.

A lo largo de los años, la idea de cuerpo fue trabajada y hablada desde múltiples disciplinas teóricas, como se expuso en la introducción de este trabajo, profundizando cada una en sus enfoques de acuerdo a sus objetos de estudio. Así, las ciencias médicas han nombrado el cuerpo desde una materialidad netamente biológica, significándose esto como lo vivo, lo vital, lo orgánico, lo que queda exclusivamente despojado de toda intervención cultural y está puramente ligado y atravesado por la condición de naturaleza. El cuerpo así nombrado es un cuerpo que enferma y se cura por razones que le son ajenas, impropias y por tanto imposibles de controlar e incidir, porque es la naturaleza, la biología la que dispone cualquier desenlace. En esta configuración, la medicina y el campo médico hegemónico serán los únicos habilitados para ejercer un dominio y un control e intervenir en esos cuerpos que la naturaleza dispuso como patológicos.

Se advierte en esta trama la estrecha relación entre la infertilidad y la noción de cuerpo; las experiencias de infertilidad o las dificultades para concretar la paternidad/maternidad por medio de la reproducción biológica están directamente atravesadas por el cuerpo. Es el cuerpo de cada mujer o de cada hombre el que no responde, el que falla, el que presenta una anomalía en sus funciones reproductoras y el que luego es intervenido por la ciencia cuyos avances de desarrollo técnicos a

lo largo de los años recaen en propiedad de la medicina y constituyen así la panacea del progreso científico y social cuyo fin último es «mejorar la calidad de vida de la población».

Sobre este puntos vale la pena retomar la idea de hegemonía, teniendo en cuenta lo expuesto y la figuración de Modelo Médico Hegemónico desarrollada previamente. El sociólogo marxista Raymond Williams (1997) define la hegemonía como un concepto superador del concepto de cultura como «proceso social total» en el cual las personas configuran sus vidas, sin contemplar las desigualdades de clase y las relaciones de dominación, y el de «ideología», como un sistema de significados, valores y creencias formal y articulado, abstraído del proceso social. Desde su planteo, la hegemonía se diferencia de la idea de «ideología» como manipulación o adoctrinamiento, ya que constituye un conjunto de prácticas y expectativas así como las percepciones que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. En palabras de Raymond Williams «la hegemonía de un vívido sistema de significados y valores –fundamentales y constitutivos– que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente» (1997: 131).

Por su parte, Jorge González define la idea de hegemonía por lo que *no es*, es decir:

- a) No es un síndrome o un tumor a extirpar, sino una relación social e históricamente construida, y por ello cambiante; b) no es confundible con «manipulación» o con «inyección hipodérmica de ideología dominante», supone un tipo de ideología dominante, pero no se agota en aquella, y c) no se diluye en dominación, pero tampoco es repelente a ella (1994: 68).

Pensar en términos de hegemonía y no de dominación lisa y llana, permite visualizar los procesos de producción del sentido respecto a las experiencias de quienes se han encontrado con la dificultad al momento de forjar sus maternidades/paternidades, como un espacio de negociación, de resistencia y re-significación, y no como una mera instancia de reproducción del modelo hegemónico imperante. Se trata de formular un ejercicio que implique no pensar en clave de demonización de las prácticas médicas y del discurso médico hegemónico, sino de ubicar conceptualmente determinadas categorías analíticas que desde esta construcción problemática intervienen en la trama de significados a los fines de inferir en los sentidos, significaciones y re-significaciones que cada sujeto implicado le asigna a sus prácticas y cómo se dispone esa producción social de sentido desde la perspectiva teórica aquí trabajada.

Por su parte, desde la antropología se plantea que las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Funcionan como clasificadoras, en tanto nombran las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas, le otorgan una visión en el cosmos y en la ecología de la comunidad humana (Le Bretón, [1995] 2012). Dicho saber aplicado al cuerpo es, ante todo, cultural; es decir, aunque el sujeto tenga sólo una comprensión rudimentaria del mismo, le permite otorgarle sentido al espesor de su carne, saber de qué está hecho, vincular sus enfermedades o sufrimientos con causas precisas y de acuerdo a la visión del mundo de su sociedad; le permite, finalmente, conocer su posición frente a la naturaleza y al resto de los hombres a través de un sistema de valores (Le Bretón, [1995] 2012).

Las representaciones y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de ésta, de una definición de la persona. El cuerpo, así comprendido, es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la miríada de representaciones que buscan darle un sentido y su carácter heteróclito, contradictorio, insólito de una sociedad a otra (Le Bretón, [1995] 2012).

De acuerdo a este enfoque disciplinar y desde la mirada de este autor, el cuerpo aparece como algo evidente aunque, finalmente, no hay nada más inaprehensible que él. Nunca es un dato indiscutible, sino el efecto de una construcción social y cultural y, en ese orden, la concepción que se admite con mayor frecuencia en las sociedades occidentales es la que proviene del saber de la biología y la medicina. Está basado en una concepción particular de la persona, la misma que le permite decir al sujeto «mi cuerpo», utilizando como modelo el de la posesión. Esta representación, dirá Le Bretón ([1995] 2012: 14) «nació de la emergencia y del desarrollo del individualismo en las sociedades occidentales a partir del Renacimiento». La estructura individualista que convierte al cuerpo en el recinto del sujeto, el lugar de sus límites y de su libertad, el objeto privilegiado de una elaboración y de una voluntad de dominio ([1995] 2012).

Desde un enfoque sociológico, en el cuerpo se hallan unidas, reunidas, fundidas naturaleza y cultura, condición biológica y aprendizajes sociales, aspectos fisiológicos y sociabilidades incorporadas. A lo largo de la historia, pero sobre todo en el contexto del capitalismo, el cuerpo ha

sido y es el nudo gordiano de las relaciones sociales, no sólo en cuanto a fuerza del trabajo, sino también en tanto ámbito de las capacidades de apropiación/expropiación sensoriales del mundo. El sujeto definido corporalmente no sólo hace, sino también siente, y en ese sentir-haciendo se vuelve más o menos capaz de apropiarse del mundo. Por los dos aspectos anteriores es que en el cuerpo aparecen las inscripciones de lo social, las marcas y huellas de las trayectorias, las pistas que alcahuetean acerca de las posiciones-condiciones sociales de los sujetos (Vergara, 2009: 35-36).

De este modo, al analizar la corporeidad como condición socio-experiencial básica se produce un desplazamiento por un entramado de dimensiones que pueden distinguirse, al menos analíticamente, en cuerpo-subjetivo, cuerpo-individuo y cuerpo-social (Scribano, 2007). Tales conflictos emergen, se desplazan, neutralizan o naturalizan en la sociedad capitalista a partir de modalidades particulares que van adquiriendo los mecanismos de regulación de de las sensaciones y los dispositivos de soportabilidad social. Cuerpo y conflicto se ponen de manifiesto no sólo en prácticas, sino también en emociones y sensaciones (2007).

La vinculación entre cuerpo, emociones y conflictividad, puede esclarecerse si se considera que los sentimientos surgen de emociones, y las emociones vienen de las sensaciones –que son el antes y el después de las percepciones–. En tal sentido, las emociones constituyen una dimensión para explicar procesos sociales que de otra forma no logran dar cuenta en forma acabada del porqué de las prácticas de los sujetos (Scribano, 2007).

Desde este encuadre teórico, los autores referenciados consideran que es desde una sociología de los cuerpos y las emociones que se pueden hallar algunas pistas que conduzcan a: comprender el sentido que los actores dan a sus prácticas; identificar nodos conflictuales que emergen en esas comprensiones cotidianas; y dar cuenta de cómo la sociedad que se hace cuerpo, puede ser rastreada a partir del análisis del análisis de determinadas emociones sociales (Vergara, 2009).

Sin dudas que esta diversidad de enfoques en torno al cuerpo y su inscripción en la sociedad (pos) moderna enriquece el planteo y tributa en la profundidad de comprensión de este concepto en relación a las experiencias de infertilidad analizadas. Desde estas lecturas queda claro que la posibilidad de entendimiento del cuerpo no puede quedar por fuera de lo social y lo cultural pero tampoco de la naturaleza. Si bien la perspectiva sociológica está centrada en las relaciones de los sujetos con la fuerza del capital en la sociedad capitalista y cómo interviene lo que cada cuerpo

siente y hace en esas relaciones sociales atravesadas por las emociones, las sensaciones y el conflicto, y el análisis desde la antropología ubica al cuerpo en el plano exclusivo de las representaciones sociales, es decir, como constructo cultural, ambas miradas parten de entender al cuerpo desde la significación que cada sujeto hace de esa materialidad y de sí mismo. Cada sujeto es y tiene el cuerpo que su voluntad de dominio le permite de acuerdo a su sistema de valores y su visión mundo; cada cuerpo lleva impresa su trayectoria. Es decir, cada sujeto existe y posee una materialidad corporal pero que no es tal o no cobrará existencia por fuera de su significación.

Estos posicionamientos arrojan diversas pistas que posibilitan inferir en aquellos significados que cada hombre y cada mujer otorgan a la acción de «poner el cuerpo». En la escena infértil – compuesta de los hombres y mujeres que desean lograr un embarazo en forma natural, pero también a través de un circuito clínico-médico y científico per formateado desde un discurso médico-científico que opera como regulador social desde un sistema de valores basados en el progreso científico, tecnológico, de preeminencia de lo biológico como lo natural (puro) cuyo fin último es la preservación de la vida de los sujetos– cobra extrema fuerza la inscripción del cuerpo. Un cuerpo, una materialidad que necesariamente tienen que poner en juego quienes deciden intentar alcanzar su proyecto de maternidad/paternidad por esta vía. Un cuerpo que desde una teorización biologicista significa la contingencia de la naturaleza en estado puro, y es a la vez el reducto de toda clase de intervención tecnológica, es decir, cultural.

Por su parte, y más allá de estos abordajes teóricos que resultan esclarecedores y sólidos, se considera clave reponer los alcances que adquiere la noción de cuerpo desde el encuadre de los Estudios Culturales a los fines analíticos propuestos, ya que la perspectiva comunicacional se nutre y comparte la matriz de abordaje de estos estudios. Es la concentración en la dimensión del poder y la dimensión histórico-política, como gran paraguas conceptual, lo que los ubica en una posición diferencial respecto de otros enfoques.

En tanto problema teórico y herramienta metodológica, los estudios culturales aspiran a responder a la pregunta por la historia política de los cuerpos. Parten de la premisa de que el cuerpo es el resultado de historias específicas y de tecnologías políticas que constantemente problematizan su estatuto y su lugar en el mundo social, en el orden cultural y en el dominio de lo natural. Los estudios culturales trabajan, en este sentido, la inscripción del cuerpo en la historia, según la cual,

dominios extremadamente diversos como la sexualidad, la alimentación, la belleza, la percepción, la performatividad social y los hábitos individuales, las razas y las políticas reproductivas, entre otros, son leídos como series históricas y en relación con dispositivos de poder, con saberes y con modos de la experiencia subjetiva que operan como líneas de transformación y de rearticulación de sentidos y de conductas. Estas constelaciones históricas iluminan diseños políticos y economías de poder que, pasando por los cuerpos, apuntan a reconstruir la realidad social interviniendo tanto sobre la escala del individuo –su disciplina, su integración social, su identidad, su lugar en el mapa social– como en la de las poblaciones –el cálculo proyectivo de su salud, su seguridad, su productividad, su composición racial, etc. (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009).

«Cuerpo, historia y política forman así un mapa recurrente en las prácticas críticas de los estudios culturales; el cuerpo se convierte en un material que exhibe los dispositivos políticos y las series históricas que lo producen y lo transforman» (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009: 68). Esta problematización del estatuto histórico y político del cuerpo, sin embargo, está lejos de proporcionar un suelo metodológico homogéneo. Por el contrario, los modos de pensar y de construir estas historias políticas de los cuerpos exhiben acentos y modos de aproximación diversos. Por ejemplo, el énfasis metodológico puede recaer sobre los códigos culturales y las prácticas discursivas que representan y significan los cuerpos (como en los trabajos de Judith Butler sobre la producción de identidad genérica y sexual); o puede, como en las investigaciones de Michel Foucault, tratar de determinar cómo los cuerpos son transformados en su misma materialidad física por los dispositivos históricos que los producen y los atraviesan (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009).

En el primer caso, el recorrido crítico apunta, evidentemente, más a la dimensión cultural y simbólica, es decir, al universo de discursos, lenguajes y códigos que representan el cuerpo en sus múltiples dimensiones y le dan significado. El cuerpo es así pensado a través de las prácticas discursivas que lo hablan y a las que excede. La dimensión biológica y física, sin embargo, pierde relevancia en estas aproximaciones, puesto que el cuerpo significa en la medida en que recibe la marca de las prácticas semióticas de la cultura.

Otros modos de aproximación al problema histórico-político del cuerpo, de inspiración foucaultiana, apuntan a incorporar la dimensión biológica a la historia de los cuerpos: la salud,

la alimentación, la reproducción, los placeres, las necesidades, etc., exhiben una historicidad específica, que incorpora las prácticas discursivas, pero como parte de una transformación más general de los cuerpos y sus modos de vivir y de morir, que se ven atravesados no sólo por discursos sino también por prácticas, instituciones, tecnologías y experimentos. Los cuerpos se vuelven una materia de intervención, disciplinamiento y experimentación, no simplemente en los discursos que los rodean, sino en su composición misma, en su positividad física y biológica. Lo que entra en el juego de los poderes no son únicamente los mecanismos de representación y significación, sino también las prácticas, los usos y la (re) producción de los cuerpos. Intervenciones en torno a, por ejemplo, la pureza racial, la salud de los individuos y las poblaciones, su productividad económica, o, en otro sentido, a las experiencias y experimentos de las subjetividades transgénero y transexuales, exhiben una dimensión que no es reducible a las categorías identitarias y a las estrategias de representación sino que compromete la materialidad física, biológica y genética, y las economías de reproducción de lo «humano» que se definen en los modos de hacer y rehacer cuerpos (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009: 68-69).

En este sentido, puede decirse que el problema del cuerpo implica una línea limítrofe de los estudios culturales: al mismo tiempo que estas investigaciones exhiben la constitución histórica, cultural y política del cuerpo, se ven obligados a confrontar los materiales y las temporalidades de la cultura con series heterogéneas como la de los discursos y prácticas médicas, los dispositivos policiales, la economía y la demografía, los descubrimientos y experimentaciones biológicas y genéticas, etc. (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009).

Por otra parte, pensando en una dimensión más local, en cuanto a los Estudios Culturales latinoamericanos, si bien protagonizan diversos recorridos y líneas temáticas de investigación en torno a esta categoría, aparecen con insistencia algunos ejes que parecieran organizar las principales preocupaciones sobre la inscripción cultural y social del cuerpo en América Latina.

Así, para estos estudiosos, la salud y la enfermedad han sido uno de los más eficaces mecanismos de inscripción política y cultural de los cuerpos, precisamente porque en la modernidad los poderes se han legitimado en la «defensa de la salud» o «la preservación de la vida» de las poblaciones. La salud y la productividad económica de los cuerpos –su potencia– han sido objeto de retóricas

culturales, de saberes y de gestiones políticas e institucionales muy diversas, desde la emergencia de los Estados modernos a fines del siglo XIX (Szurmuk & Mckee Irwin, 2009).

Debates e investigaciones en torno al estatus del cuerpo en relación con umbrales biotecnológicos radicalmente transformados y, por lo tanto, a nuevas prácticas reproductivas y nuevas ficciones de la herencia; experimentos en torno a los límites de lo «natural» y a la fuerza de mutación del; el entusiasmo renovado en torno a ciertos discursos eugenésicos; exploraciones en torno a los mapas políticos cambiantes de la salud y de la enfermedad, entre otros, marcan el rumbo de los desafíos para los estudios culturales (2009).

Este asiento teórico constituye un valioso aporte que enriquece las diversas miradas revisadas y, por tanto, suma herramientas para el análisis ya que al hacer su entrada desde las relaciones de poder y otorgar al tratamiento del cuerpo el componente histórico, habilita a pensarlo desde una dimensión discursiva. Una lectura del cuerpo desde el lenguaje posibilita un entramado metodológico que amplía los márgenes de comprensión evitando caer en miradas reduccionistas del tipo constructivistas/biologicistas, sobre todo teniendo en cuenta la relevancia que adquiere en este problema la construcción salud, enfermedad, cuerpo y su inscripción en las relaciones de poder.

Pensar la infertilidad en esta clave implica situarla como experiencia significada desde el cuerpo, un cuerpo cuya materialidad alberga y se encuentra atravesada por múltiples discursos que pueden hallarse como hegemónicos, pero no por eso ser unívocos, uniformes. Son cuerpos performateados por lenguajes que entran en negociación y se disputan posicionamientos en la esfera social desde diversos patrones culturales que nunca están exentos de tensión y conflictividad. Desde estos márgenes conceptuales se accede a un entendimiento del cuerpo que se advierte normalizado y normativizado diferencialmente, de acuerdo a si es un cuerpo femenino o masculino.

La representación de poner el cuerpo, de someterlo a la intervención tecnológica, de darlo todo por alcanzar el deseo de concebir un hijo/a, de transferir un hecho que forma parte del plano íntimo, como es el proyecto de maternidad/paternidad, a una esfera pública como es su medicalización, nunca es igual para hombres que para mujeres. En la función reproductiva, la biología y la anatomía de los sexos concede a la mujer la condición de albergar un feto durante nueve meses en el útero;

esa condición «natural» de los cuerpos, significada culturalmente, opera como base reguladora de las relaciones de administración del poder en los vínculos sexo-genéricos.

Lo interesante es poder visualizar la implicancia que adquieren estas significaciones por parte de quienes se encuentran atravesados por experiencias en las que es justamente esa condición natural –*la fertilidad*– las que se encuentra amenazada, ya sean hombres, mujeres o ambos quienes presentan la dificultad, y la producción de sentido en torno a estos atravesamientos diferenciales en el contexto en el que intervienen médicos y usuarios.

2. ABORDAJE METODOLÓGICO. ESTRATEGIA DE ABORDAJE CUALITATIVA. HERRAMIENTAS

Dentro de la lógica de investigación, cada vez que sostenemos una afirmación, descansamos en supuestos acerca de lo que es posible que pensemos o hagamos como sujetos sociales, ya que «toda acción, todo decir supone un juicio acerca de lo que es posible». La persona como sujeto de acción e intelección, expresa a través del lenguaje sus percepciones, conjeturas, ideas para concebir un tipo de saber sobre los objetos de su reflexión. Construir conocimiento acerca de algo o de alguien implica bordear el terreno de las definiciones, los conceptos y las concepciones (Cifuentes Gil, 2011). Las concepciones sobre la realidad, el conocimiento, la intencionalidad y las formas de conocer son esenciales al asumir la investigación, pues inciden en la construcción y selección de los procedimientos metodológicos.

Desde esta matriz de lectura de lo social, el trabajo emprendido se ubica en un paradigma de investigación cualitativa que posibilita desarrollar y concretar los paradigmas histórico, crítico-social, constructivista, complejo y dialógico, en el que la indagación se desarrolla a partir de diseños emergentes y convergentes que se van estructurando durante el proceso de búsqueda. Desde esta opción, la realidad se entiende como un texto o hecho comunicativo, que requiere ser descifrado en sus sentidos, significados e intencionalidades (Cifuentes Gil, 2011).

Respecto a los rasgos de la intencionalidad referidos, Rosa María Cifuentes Gil repone algunos aspectos en los que se enfatiza cuando se aborda una investigación de este tipo (2011:17):

- La comprensión situada, pertinente y significativa de la práctica social de las y de los sujetos y colectivos;
- Hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas;
- Captar la realidad social a través de la mirada de la gente, de la percepción de su propio contexto;
- Avanzar en la comprensión de los modos en que los actores sociales viven y construyen su realidad social desde su intersubjetividad cotidiana;
- Profundizar en casos específicos, no generalizar.

Tomando en cuenta estos lineamientos como puntos orientadores de la práctica de investigación, a los fines de poder dar cuenta de los objetivos y expectativas de análisis planteados para esta tesis, se trabajó como instancia principal a partir de la realización y análisis de relatos de mujeres que en diferentes circunstancias y momentos espacio-temporales experimentaron diferentes procedimientos técnico-médicos y/o prácticas especializadas asociadas a los diagnósticos por infertilidad, centrando el énfasis en la búsqueda de la profundidad de los relatos más que en la generalidad de casos similares.

En tal sentido, amerita situar conceptualmente la noción de experiencia (Vaggione, 2009) en relación a un sujeto, que no sólo es afectado por un acontecimiento, sino que ha pasado por él. Este proceso de «haber pasado por algo» alude tanto a la persona que ha tenido la experiencia como a aquellos que se identifican o empatizan con ella y, simultáneamente, reconocen y respetan la alteridad e incluso rechazan la identificación. Resulta esencial, entonces, tomar en cuenta el proceso de «pasar por algo» para cualquier definición aceptable de experiencia, proceso que implicaría una respuesta afectiva –y no sólo meramente cognitiva– donde la emocionalidad estaría relacionada con el intento de comprensión del otro. Resulta fundamental cristalizar el concepto de experiencia ya que la materialidad sobre la que se concentra el ejercicio analítico de esta tesis parte de la interpretación de los relatos biográficos leídos en esta clave, es decir, como experiencias de

sucesos por los que atravesaron diferentes sujetos sociales que comparten un universo simbólico en común y que son construidos como tales desde el enfoque teórico propuesto.

Por su parte, y aunque con una diferencia jerárquica en el abordaje analítico, se sumaron las voces de distintos médicos y médicas especialistas en infertilidad que aportaron en el cruce de las significaciones circulantes sobre la infertilidad que permitieron reconocer la presencia de huellas discursivas pertenecientes a los tres campos discursivos caracterizados en el capítulo I, como así también generar una aproximación al modo en que el campo médico-científico significa a la infertilidad, a través de las voces de quienes son parte del mismo.

Asimismo, tomando en consideración la centralidad del análisis sobre las experiencias emergentes de los testimonios, se tomó como un insumo fundamental que auxilió la materialidad conformada por las entrevistas, la observación en distintos espacios vinculados a la construcción problemática sobre las significaciones en torno a la infertilidad. Se realizaron observaciones en consultorios y centros especializados en fertilidad a los fines de contar con un material que enriquezca lo significado en las voces de las entrevistadas, no bajo una finalidad certificatoria sino como una instancia de cruce y puesta en común de las distintas escenas discursivas que, en esta construcción, forman parte de la trama de la infertilidad.

Finalmente, resulta importante señalar que además de las herramientas metodológicas mencionadas, el relevamiento documental fue un soporte que implicó un valioso aporte en las distintas instancias de producción de esta tesis. Por un lado, gravitó fuertemente en la construcción del capítulo I, a partir de recuperar legislación y normativa sobre la temática así como aquella que fue considerada de avanzada en materia de salud sexual y reproductiva y en Derechos Humanos; posicionamiento del campo médico-científico tomando como referencia informes de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; documentación publicada en sitios webs de centros médicos especializados; revistas y publicaciones específicas sobre el tema, entre los principales.

2.1 Itinerario metodológico: decisiones que hacen posible el proceso de investigación

A lo largo del recorrido que implica una investigación, desde su representación acerca de un determinado tipo de tesis y su planeación, hasta que se diseña y se plasma una estructura organizativa de trabajo y su posterior ejecución, suceden infinidad de situaciones, muchas de ellas obstaculizadoras del proceso y otras que terminan por ser facilitadoras del mismo. En ese camino, al investigador-a/realizador-a le cabe la tarea de tener que sortear estos trances intentando tomar las que, desde su mirada y su posición en relación a su abordaje, considere las que mejores pueden desandar ese camino, contrarrestando los obstáculos y optimizando aquellas circunstancias visualizadas como generadoras de posibilidades para la acción del proceso. En ese marco, quien decide asumir el compromiso con la producción y escritura de una tesis en ciencias sociales también debe poder asumir como propio y bajo su responsabilidad, aquellas dimensiones que forman parte del universo que implica un proceso de investigación de tales características, sobre todo cuando el planteo metodológico implica poner en juego otras subjetividades, es decir, las voces de otros; y en ese cauce, evaluar con responsabilidad y, sobre todo, con sensibilidad, el modo en que se configuran las definiciones metodológicas que terminan por dar forma al proceso.

Dicho señalamiento da paso a la explicitación del modo en que se fueron trabajando las diferentes herramientas metodológicas enunciadas en el punto anterior y que terminaron por configurar el trayecto metodológico que habilitó el desarrollo de esta tesis.

2.1.1 Diseño y gestión de las herramientas

Tal como se expuso en los párrafos anteriores, a los fines de reconocer y analizar las significaciones que construyen las mujeres de parejas que han atravesado por experiencias asociadas a la infertilidad, inicialmente se propuso realizar entrevistas en profundidad no estructuradas y/o entrevistas grupales a parejas heterosexuales que en algún momento consultaron y/o realizaron algún tipo de procedimiento médico-técnico por dificultades para concretar un embarazo en distintos centros y/o consultorios especializados en infertilidad. Por consiguiente, al comenzar el trabajo y en un hacer paralelo a la búsqueda de antecedentes temáticos y de lineamientos teóricos, se perfiló la búsqueda de parejas conformadas por hombres y por mujeres que pudieran colaborar con su testimonio y comenzar a disponer la unidad de análisis. En este punto, cabe aclarar que desde la formulación inicial de objetivos, el planteo metodológico se orientó hacia la búsqueda de

parejas heterosexuales, comprendido este recorte como una decisión metodológica sustentada, principalmente, en el hecho de que, al no precisarse este recorte, se corría el riesgo de ampliar el universo, y por consiguiente, que exista un desplazamiento del objetivo central que terminara por desdibujar el sentido inicial de esta tesis, considerando que en los últimos años y con el advenimiento de la sanción de la Ley Nacional 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida (Ley de Fertilización Asistida), comienzan a emerger nuevos actores y nuevas problemáticas que, claramente, excedían los alcances previstos en esta tesis. De tal modo, se dispuso construir un universo de análisis tomando como corpus las voces de parejas heterosexuales que hubieran pasado por alguna experiencia médico-técnica vinculada a un diagnóstico por infertilidad, a lo que se añadió la consulta con médico/as especialistas y la observación en centros y en consultorios.

Acercas del proceso de realización de las entrevistas es interesante subrayar como un punto que forma parte del análisis y que adquiere impacto en el desarrollo de la tesis, que al momento de gestionarlas se manifestó el interés de la investigación en contar con el testimonio de ambos miembros de la pareja. Sin embargo, en todos los casos abordados, en la instancia de formalización de la entrevista fueron las mujeres solas las que encararon el diálogo, es decir, fueron ellas quienes tomaron la palabra y significaron de forma individual una experiencia representada –a priori y desde la construcción problemática– como una experiencia compartida. Frente a la indagación respecto a esta circunstancia, las respuestas giraron en torno a explicaciones ligadas a situaciones de índole personal como dificultades de coordinación de horarios por asuntos laborales, domésticos, entre los más frecuentes, que imposibilitaron la presencia de ambos miembros en forma conjunta, relativizándose esta situación por parte de las mujeres. No obstante, si bien se intentó en algunos casos y al comienzo del proceso generar otra instancia en la que pudieran participar los hombres a los fines de complementar las voces y enriquecer el análisis, resultó bastante complejo y difícil de compatibilizar con los tiempos y metas previstos para esa etapa. Esto último derivó en un giro del planteo metodológico que concluyó en un cambio del objetivo principal, atento a la modificación del universo de análisis, ya que avanzadas algunas entrevistas y ante la imposibilidad de generar los encuentros con las parejas, se optó por realizar las entrevistas solo con mujeres a los fines de unificar un criterio metodológico que se consideró fortalecedor para el trabajo.

Asimismo, respecto a la selección de las parejas que, posteriormente, decantaron en «mujeres», los contactos asomaron como parte de un proceso que se sucedió entre el atravesamiento personal de la infertilidad y el que se pudo construir en paralelo –en determinados momentos– para la investigación. En ese devenir, y en el encuentro con otras historias infértiles que, en definitiva, fueron las que habilitaron el camino de esta investigación e hicieron de la infertilidad una vivencia colectiva, se agenciaron los mecanismos para formalizar estos espacios de diálogo.

Teniendo en cuenta la perspectiva cualitativa del trabajo, resta precisar que en la instancia de evaluación y pre selección de entrevistadas se priorizaron determinados aspectos cualitativos por sobre lo cuantitativo. Es decir, tal como se mencionó en los párrafos previos, se tuvo en cuenta la posibilidad de acceso a las experiencias de las entrevistadas, la coordinación entre los tiempos de cada una y los del trabajo de campo; la confidencialidad de sus historias; la valoración del momento oportuno para generar el diálogo, teniendo en cuenta la profundidad y trascendencia de esta problemática en la vida de estas mujeres, entre otras cuestiones, que concluyeron en la conformación de un corpus de cinco mujeres. En dicho sentido, se resalta que la indagación no queda reducida exclusivamente a la instancia de entrevista, sino que al hacer referencia a estos cinco testimonios se está poniendo en valor sus historias, sus experiencias, sus narrativas, sus subjetividades, es decir, se está accediendo, en parte, a sus mundos ligados a la infertilidad, lo cual amerita un extremo grado de compromiso, responsabilidad, sensibilidad en este *hacer*, por parte de quien encara el trabajo, cuya lógica de producción requiere entonces de un proceso particular en el que acrecentar el número de experiencias excedería el límite de la investigación.

Por otra parte, merece un señalamiento el acceso a los centros especializados en fertilidad y consultorios que formaron parte de la observación prevista en el planteo metodológico. A partir de establecer la formulación del objetivo principal de conocimiento y el esbozo de lo que iba a constituir el abordaje metodológico y las herramientas de relevamiento y análisis de información, se asumió la decisión de que las observaciones se realizarían en los centros especializados y consultorio a los que se tenía acceso con anterioridad, ya que este aspecto fue evaluado como una fortaleza dentro del proceso teniendo en cuenta las dificultades para el ingreso a este tipo de espacios, cuando la finalidad no es una consulta médica y, más aún, si el fin es de investigación. De esta manera, los espacios de observación fueron el consultorio de la Dra. Esther Feldman y el

Instituto Médico Halitus, el primero ubicado en la calle Cufre, en zona de Villa Crespo; y el segundo en Marcelo T. de Alvear, a pocos metros de la Facultad de Medicina de la UBA, ambos en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sobre esto último es significativo remarcar que al momento de establecer los diálogos con los médico/as especialista y explicitar el trabajo de investigación a desarrollar, se generó cierta inquietud respecto a la finalidad perseguida, a su justificación, al «qué» y «para qué» de la indagación generándose una asociación directa entre la comunicación y los medios de comunicación; es decir, se instaló la representación acerca de que una tesis de comunicación necesariamente debía poseer una finalidad de publicación en medios de comunicación. No obstante, esto no despertó una actitud de resistencia, muy por el contrario, en todos los casos hubo muy buena predisposición, incluso luego de realizadas las aclaraciones respecto al perfil del trabajo.

Finalmente, otro punto que merece la pena precisar es acerca de la modalidad que se optó en relación a la selección de las entrevistadas y la observación en centros especializados y consultorios que hacen también al conjunto de decisiones metodológicas y terminan por configurar la tecnología de la investigación. En una fase previa a la formulación de los objetivos y durante la instancia de *maduración* de la construcción del problema, se proyectaba la posibilidad de establecer un seguimiento a una determinada cantidad de parejas que asistan a un centro de fertilidad durante distintas etapas del proceso, es decir: consultas iniciales, prescripción de un diagnóstico, propuesta de procedimientos médico-técnicos, realización de tratamiento, etc. a los fines de poder indagar en las significaciones y sentidos circulantes a lo largo de todo esa etapa. Sin embargo, al trazarse los objetivos y el diseño de la investigación y en un diálogo de producción con otros, se optó por la propuesta señalada a partir de evaluar inabarcable en los tiempos estipulados para esta tesis una propuesta metodológica de esas características y, por consiguiente, una limitación, ponderándose además que dicha alternativa no variaba totalmente el sentido de indagación principal de la tesis.

2.1.2 Protocolo de entrevistas y de observación

Sobre la base de los interrogantes que orientaron y que fueron moldeando la construcción del problema de investigación, plasmadas luego en los objetivos de conocimiento para esta tesis, Se diseñó un protocolo para implementar de manera flexible en las instancias de entrevista, teniendo

en cuenta su modalidad semiestructurada, que permitiera indagar en los aspectos centrales de los cuales emerjan datos significativos para el análisis. Con tal propósito, se diseñó una serie de preguntas y ejes temáticos sobre los cuales habilitar el diálogo, que permita recoger insumos analíticos y, como un elemento complementario de esta técnica, establecer una caracterización de los perfiles de esas mujeres.

De tal modo, a continuación se presentan los ejes y los ítems abordados a partir de los cuales se organizaron las preguntas que guiaron las entrevistas:

- **Imaginarios sobre la infertilidad:** el sentido en este eje es indagar sobre las representaciones que las parejas construyeron a lo largo del proceso sobre la infertilidad como enfermedad. Esto sirve para ponerlo en diálogo con la posición de las leyes vigentes, la OMS y el discurso médico. También suma para poder ver encuentros, acuerdos y diferencias entre las mujeres que forman parte del corpus de entrevistadas.

¿Cómo definirías a la infertilidad? ¿Podés reconocer qué discursos permiten construir esa definición? ¿Tenés conocimiento de otras maneras de referir a la infertilidad?

- **Transitar la infertilidad:** la idea es en este eje poder indagar en como la pareja vivenció el proceso:

¿Con quiénes hablaban del tema? ¿Con quiénes no pudieron hablarlo? ¿Quiénes acompañaron el proceso? ¿Desde qué lugares? ¿Compartieron en espacio con parejas que se encontraban en situaciones similares? ¿Participaron de colectivos organizados? ¿Recurrieron a organizaciones sociales? ¿Cuáles fueron los discursos o mensajes que los convocaron? ¿De cuáles tomaron distancia? ¿Por qué?

- **Proceso formativo-transformador de imaginarios y representaciones:** el fin es poder indagar en la transformación que la vivencia produjo en relación a los saberes previos.

¿Habías oído sobre la infertilidad? ¿Qué conocías y cómo llegaste a esa información? ¿Había casos de allegado amigos, familiares, grupos de pertenencia?

Una vez que conocieron el diagnóstico: *¿A qué fuentes de información recurrieron? ¿Se interiorizaron en temas legales, médicos, sociales, psicológicos? ¿Reconocieron nuevos discursos? ¿Qué saberes o nuevos conocimientos pueden reconocer hoy?*

- **Relación médico-paciente:** recuperar la relación médico paciente.

¿Cómo iniciaron el proceso de consultas? ¿Qué experiencias vivieron en relación a la atención médica recibida? ¿Cómo se sintieron en los espacios de consulta? ¿Qué motivos les llevaron a abandonar espacios o instituciones de consulta? ¿Por qué continuaron con esos profesionales sus tratamientos?

¿Podrías recordar alguna situación significativa en el espacio de las consultas médicas? ¿Podrías recordar algún momento significativo desarrollado en la sala de espera? ¿Cómo eran las interacciones en ese espacio de espera? ¿Cuál fue el momento más difícil por el que atravesaron durante el tratamiento? ¿Cómo consideras la postura del o la médica en ese momento?

- **Diferencias de género:**

¿A qué miembro de la pareja se dirigen los médicos con mayor frecuencia? ¿Se evidencian lugares diferenciados para el hombre y la mujer? ¿En qué momentos? ¿De qué manera se interpela a la mujer y al hombre?

Preguntas de referencia para construir un perfil social:

1. *Nombre de referencia en el trabajo: puede ser real, apodo, o nombre ficticio para el trabajo.*
2. *Lugar de nacimiento:*
3. *Lugar de residencia: indicar ubicación, no dirección exacta pero si ubicación.*
4. *Nivel de instrucción:*
5. *Profesión:*

6. *Lugar de trabajo:*
7. *Relación laboral:*
8. *Posee cobertura médica:*
9. *Posee médico de cabecera:*
10. *Institución médica de referencia en La Plata:*
11. *Hay más hijos en la pareja:*

Protocolo de entrevista:

1. *¿Desde hace cuánto estás en pareja?*
2. *¿Están casados? ¿Viven juntos?*
3. *¿Poseen vivienda propia?*
4. *¿Cuándo decidieron formar una familia? ¿Tener un hijo?*
5. *¿Por qué? ¿Qué los motivó?*
6. *¿Qué pasó luego?*
7. *¿Cuándo comenzaron las consultas? ¿Cómo fue ese proceso?*
8. *¿A quiénes consultaron/recurrieron?*
9. *¿Por qué? ¿Quién los orientó en esa búsqueda?*
10. *¿Cómo afrontaron los gastos?*
11. *¿Qué diagnóstico les dieron? ¿Hicieron interconsulta?*
12. *¿Cómo lo vivía tu pareja?*
13. *¿Quién de los dos se ocupaba de gestionar los turnos?*

14. *¿Cómo era la instancia de consulta? ¿Quiénes dialogaban?*

15. *¿Quiénes participaban?*

Acerca de los perfiles identitarios de las entrevistadas reviste importancia aclarar la decisión metodológica de modificar los nombres de los actores que intervienen en los relatos a los fines de resguardar sus identidades y preservar su confidencialidad, valorando que ese dato no impacta en la finalidad analítica que persigue esta tesis. De tal manera, en el capítulo III se recuperan estos relatos puestos en diálogo con la producción teórica, con nombres ficcionados propuestos exclusivamente para esta instancia, siendo esto un acuerdo establecido con las entrevistadas.

2.1.3 Pauta de observación:

En la misma perspectiva que el planteo para las entrevistas, a los fines de dar cuenta de las dimensiones a indagar de acuerdo a los objetivos, y siempre atento a la complementariedad analítica asignada a las herramientas de recolección de información, se dispusieron unos puntos a observar en los espacios a observar, con el fin de optimizar el trabajo de campo y no perder de vista los interrogantes iniciales que cruzan la investigación.

- *Ubicación geográfica de los consultorios*
- *Disposición y organización de los espacios de atención (recepción, secretarías, atención al público, salas de espera, etc.)*
- *Disposición del/los consultorios*
- *Aspectos estéticos del lugar (decoración, ambientación, mobiliario, packagin, etc.) y del personal (uniforme, identificación personal, etc.)*
- *Niveles de interacción entre los empleados y los usuarios*
- *Dinámica de la consulta (disposición espacio-temporal, actores que intervienen, voces predominantes, niveles de satisfacción, etc.)*
- *Niveles y tipo de información brindada*
- *Niveles y dinámica de interacción en la sala de espera entre los usuario/as*

- *Perfiles sociales de usuario/as*
- *Otros*

CAPÍTULO III: LA INFERTILIDAD COMO ENFERMEDAD INVISIBLE

En el presente capítulo se profundiza en el abordaje de la infertilidad desde una perspectiva comunicacional y, por consiguiente sociocultural, proponiendo pensarla desde las significaciones vinculadas al cuerpo, a la salud/enfermedad, a la reproductividad biológica y a las representaciones inscriptas en relación a las maternidades/paternidades, recuperando los diálogos e intercambios teóricos hasta aquí reunidos y tomando como dimensión central del análisis los relatos de las mujeres que atravesaron por experiencias vinculadas a la infertilidad.

A tal fin, se indaga en las voces de estas mujeres recuperando como marco de inscripción los tres campos discursivos planteados en el capítulo I: La infertilidad como hecho sociocultural referenciando al campo académico y al de las ciencias sociales; la infertilidad desde el discurso médico-científico; y la infertilidad desde el campo jurídico. El propósito es generar un ejercicio analítico cuyo objetivo es reconocer el modo en que se disponen estos cruces discursivos en dichas experiencias.

En este planteo, el capítulo se organiza en seis tópicos temáticos que se desprenden de la exploración de los testimonios y aquellos puntos que se consideran centrales –y en muchos casos recurrentes– entre los mismos, teniendo en cuenta además los objetivos de esta tesis. De tal modo, el capítulo se estructura en los siguientes apartados: *La infertilidad en perspectiva comunicacional; El proyecto de maternidad/paternidad: cuando el deseo solo no es suficiente; Deseamos hijos, pero no los tenemos, ¿en qué lugar nos ubicamos?; Enfermedades legítimas y no legítimas. Lo ilegítimo avergüenza y lo que avergüenza se silencia; El tiempo: Un significante determinado biológicamente; Aunque no se diga... ¡los genes importan!*

1. LA INFERTILIDAD EN PERSPECTIVA COMUNICACIONAL

Desde la perspectiva teórica propuesta, se asume a la comunicación como dimensión constitutiva de la cultura y, por lo tanto, de la producción de lo social. Uno de los referentes de este enfoque, Jesús Martín-Barbero (2000), explica que otras corrientes de la comunicación como la Teoría de la Dependencia y la Crítica del imperialismo cultural padecían del reduccionismo que niega a la

comunicación su especificidad en cuanto espacio de procesos y prácticas de producción simbólica, y no sólo de reducción ideológica. Este encuadre habilita la salida de un abordaje comunicacional restringido únicamente al tratamiento que hacen los medios respecto a la temática de la infertilidad, la maternidad/paternidad, los tratamientos médicos, etc., viabilizando el conocimiento y análisis de los sentidos sociales que circulan en los discursos y prácticas de los actores sociales implicados. El abordaje comunicación/cultura concede la condición de hacer transferible el sentido de la comunicación a la vida cotidiana para así abordar los discursos de las parejas desde su dimensión creativa, como actos de producción simbólica y acceder así a los significados y valores que cada mujer y cada hombre le asigna a la infertilidad, a su vinculación con la idea de enfermedad y salud, al deseo de maternidad/paternidad y su relación con la función reproductora como condición natural, entre otras, considerando a las pertenencias culturales como mediaciones claves para la recepción e interpretación de la realidad. Al respecto, vale destacar una referencia que resulta esclarecedora de esta concepción:

En el horizonte se perfila otro paradigma, el del reconocimiento del sujeto, la pertinencia de una teoría que parta de las percepciones de aquel (el sujeto), de su subjetividad, que acoja las oscilaciones de sentido, que capte la comunicación como un proceso dialogante donde la verdad, que nunca es única, se desprende de la intersubjetividad (Mattelart & Mattelart, 1991: 8).

Asimismo, se considera pertinente situar la perspectiva de los estudios culturales en tanto posibilita la articulación con la perspectiva crítica de género en relación a los roles y funciones asignadas socialmente a los sujetos. En este caso, se advierte el proyecto de maternidad/paternidad y los modos de acceder al mismo, como parte de un dispositivo de regulación social del poder que orienta y, al mismo tiempo, controla el ejercicio ciudadano. Esta fuerza de control opera desde múltiples terminales, con formas más y menos cristalizadas, incidiendo en la conformación de las identidades de los sujetos sociales.

En palabras de Rosanna Reguillo:

Los estudios culturales, al desmarcarse de anclajes disciplinarios, van a constituirse como una comunidad de hablantes que traen a la escena de la discusión marcos diferenciales desde los cuales hacen visibles las intersecciones entre tres asuntos que van a resultar claves: la

importancia central del sujeto que actúa en un marco constreñido por el poder; la necesidad de «deconstruir» los procesos de normalización que históricamente construidos han definido como «naturales» los procesos de exclusión, marginación, dominación; y, la vinculación clave entre los «productos» de la cultura y sus productores, de donde viene el énfasis que se pone en ciertas perspectiva de los estudios culturales en el análisis cultural situado. Estas tres dimensiones o ámbitos pueden ser leídos desde tres ópticas conceptuales: la subjetividad (el sujeto), el poder (la política) y la cultura (lo simbólico) (2004: 3).

Los estudios de género y los culturales comparten un amplio conjunto de planteamientos como la crítica a la identidad desde una mirada esencialista y estática; las relaciones de la cultura con el poder; el empoderamiento desde los márgenes; la transversalidad de las disciplinas, entre otros. Tales aspectos cobran interés en tanto valen como clave de lectura para complejizar y situar a la infertilidad inscrita en la cultura.

2. EL PROYECTO DE MATERNIDAD/PATERNIDAD: CUANDO EL DESEO SOLO NO ES SUFICIENTE

A lo largo de los distintos capítulos de esta tesis se fue trabajando la cuestión de la infertilidad como tema central y transversal a todo el desarrollo, siendo su objetivo principal el análisis de los sentidos circulantes en torno a la misma en aquellas parejas que han transitado por esta experiencia. Asimismo, se problematizaron los tópicos que de allí se desprenden y que se fueron poniendo en relación como parte de una trama de significados que se fue construyendo a partir de las distintas búsquedas y lecturas bibliográficas, el diálogo y el intercambio con otros y otras, y la experiencia personal que, sin dudas, fue lo que proporcionó las condiciones para poder transformar un hecho de interés en problema de investigación y generar el impulso para volcarlo en palabras. Y, finalmente, convertirlo en un producto como esta tesis.

En ese trazado, y tal como se expuso en el capítulo de desarrollo metodológico, el encuentro con otras experiencias fue lo que habilitó la reflexión sobre el objeto ensayando un distanciamiento entre dichas trayectorias y la propia. Si bien se toma para este trabajo un tema que conecta directamente con la vivencia personal, a lo largo de su desarrollo se realizó un ejercicio de constante

objetivación a los fines de poder lograr un alejamiento de la propia práctica y, por tanto, de la propia significación acerca de los contextos en los que se inscribe la infertilidad.

En este encuadre, el proyecto de maternidad/paternidad, también nombrado por las entrevistadas como el hecho de «ser madre», es una de las principales dimensiones que se imprimen en los relatos en relación a la infertilidad, es decir, aparece una conexión primaria con la imposibilidad o la dificultad de un logro frente a ese deseo u objetivo propuesto. Esto último reviste un dato de interés al tener en cuenta el nivel socio-cultural de las entrevistadas. Estas mujeres, en todos los casos con parejas consolidadas desde hace más de diez años, poseen un nivel educativo universitario y/o terciario, con trabajos formales en relación de dependencia (aunque con dinámicas laborales de horarios flexibles y un nivel de autonomía en sus cargas horarias) y en los que ponen en práctica su formación profesional. Esto genera un marco de planificación familiar diferente que en clases sociales con niveles de mayor vulnerabilidad social en los cuales el proyecto de maternidad/paternidad presenta otras particularidades¹⁸, como en el caso de los embarazos en edades tempranas, muy frecuente en mujeres de clase baja; así «el embarazo adolescente confiere sentido a la vida de estas mujeres, donde la responsabilidad que implica tener un/a hijo/a las conduce a formularse proyectos de mejora, como terminar los estudios o conseguir empleo» (Almirón & Oviedo, 2016: 30). O tal como sostiene Fernando Pérez (2007), que el proyecto de maternidad les posibilita el acceso a la ciudadanía; durante el período de embarazo y primeros meses de vida de los hijo/as, las mujeres de clase baja logran un reconocimiento social y una facilidad en el acceso a las instituciones públicas (hospitales públicos, registro civil, centros de salud, maternidades, entre otros), que queda reducido a ese tiempo y, por tal razón, se advierte un intento por preservarlo en forma permanente para lo cual se requiere lograr embarazos con distancias cortas de tiempo entre uno y otro,

Poco a poco voy entendiendo lo que el médico me dijo, que si quiero tener otro hijo tengo que aceptar que otra mujer me done sus óvulos o adoptar. Nunca hubiera pensado que esto me provocaría tanto dolor [...] Tal vez por eso, porque los jóvenes de clase media y alta todo lo

¹⁸ Según datos del Indec y de la Fundación Observatorio de la Maternidad, las personas con más recursos empiezan y terminan más tarde su ciclo de paternidad y aspiran a tener una menor cantidad de hijos. Una mujer de clase baja –nacida en el 30% de los hogares con menores ingresos per cápita familiar– en promedio tendrá su primer hijo a los 22,7 años y el último (el número 2,7), a los 36. Las del 30% opuesto de la escala social tendrán su primer hijo a los 28 años y a los 38,8, el último (que es el número 1,7).

podemos, porque el nivel de satisfacción de nuestro deseos es tan alto en estos círculos de privilegio, es que una sola vez había sentido –en una mínima dosis– el presagio de lo que ahora se me venía encima (Mantero, 2015: 20).

«Yo diría que en los últimos 15 años cambió mucho, en ese entonces el promedio de edad de consulta era de 32 años, ahora es de 37. O sea, la mujer busca más tarde, la mujer consulta más rápido porque, por ejemplo, una de 28 que no se embaraza consulta un año después, en cambio una de 38, que a los dos meses ya no se embarazó, ya está preocupada porque sabe que la edad es importante, entonces eso cambió mucho. Y cambió en paralelo con lo que pasa en las grandes ciudades: las mujeres buscan menos hijos, buscan más tarde o deciden no tener» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini, Director Médico de Halitus).

2.1 Del mandato a la frustración

En este sentido, en los contextos de las mujeres entrevistadas, el hecho de pautarse objetivos y metas a lo largo de sus vidas se convierte en un imperativo a alcanzar, un mandato cuya significación adquiere una importancia central; las metas y los objetivos se programan de acuerdo a las trayectorias y a las condiciones posibles de cada uno/a y, como tal, deben concretarse, de lo contrario, comienza a tramitarse un sentimiento de frustración por aquello que no se puede alcanzar, que no puede prosperar, asociándose la imposibilidad y la dificultad a la idea de castigo,

Desde la perspectiva del ciclo de vida familiar, la pareja se inicia tempranamente con los problemas individuales de los futuros esposos por separarse de sus propias familias de origen, y en la formación y consolidación de la relación marital. En el momento en que la pareja pasa de esta primera etapa a la siguiente es porque ya está lista para tener hijos, se supone entonces que la primera etapa se ha resuelto y que la siguiente está brindando nuevas oportunidades a la pareja (Hernández, 2001, citado en Parada Muñoz, 2005: 153).

En esa disposición, como cualquier proyecto que no se alcanza, la imposibilidad de convertirse en padres y madres en el momento deseado (planificado, idealizado, inmodificable), se torna un fracaso; la maternidad /paternidad también forma parte de esa planificación sobre la que se asienta un sentido de control frente al cual, cualquier amenaza de impedimento, lo convierte en una alteración de ese «orden» lógico. Descubrir la infertilidad en la pareja desmonta los sentimientos de control sobre la propia vida, y quedan de lado otros aspectos de la vida individual y de pareja

para centrarse en el tratamiento. Situación asociada a la incertidumbre sobre el futuro, el tiempo y el proyecto de vida (Parada Muñoz, 2005):

«Yo siempre fantaseé con que iba a ser una madre joven» (Entrevista a Mariana).

«No me acuerdo exactamente los momentos pero había situaciones... o a veces cuando salía el tema hasta se me quebraba la voz, y aparte, por otro lado, es un tema íntimo ¿no? Porque además de ser una cuestión fisiológica es como una parte de realización de la vida también para mí, como hablábamos al principio, como una frustración, como un fracaso. Y a mí me cuesta mostrarme tan vulnerable, demostrar que fracasé, o que estoy fracasando o que no estoy pudiendo con algo, porque eso era algo que de chica lo iba a poder lograr con toda la *naturalidad* del mundo. De chica fui siempre muy Susanita» (Entrevista a Ana).

Sobre esta dimensión del control, Luciana Mantero relata:

Mi plan era este: un par de hijos –tal vez tres– bien seguidos, así después *ya me sacaba el tema de encima* (cursiva de la autora). Los tendría más bien joven para poder seguirles el ritmo sin dolores de ciático y con energía para sobrevivir a las noches en vela (ni hablar de que me agarrara el viejazo de los 40 cambiando pañales). Me tomaría una licencia acotada y nada de bajar demasiado el ritmo profesional. Los pibes, al cuidado de la empleada doméstica primero y después, escolarizados doble turno; yo acompañándolos siempre después del toque de queda laboral autoimpuesto, porque desde que decidí abandonar el régimen de relación de dependencia y me enamoré de la libertad del *freelancer*, organizo mis horarios como quiero (2015: 22).

Asimismo, y tomando en cuenta un encuadre psicoanalítico, el sentimiento de frustración y/o fracaso encuentra un aparejamiento con la noción de pérdida; sentido que cobrará una doble significación en las experiencias de las parejas que se han enfrentado con distintos tratamientos ya que, en muchos relatos, cada nuevo tratamiento que no prospera, cada embarazo que no se logra se vivencia como una pérdida, una muerte, pese a tratarse de algo que materialmente nunca existió.

«En un momento, después de hacer varios tratamientos y que nunca siquiera quedara embarazada, llegué a pensar: “Prefiero quedar y al menos perderlo, pero saber que puedo quedar, que no tengo algo en el cuerpo que me lo impidió”; suena patético pero lo llegué a

pensar...Igual, cuando se lo decía a Gustavo me miraba con una cara como de que no lo podía creer, me decía que no podía hacer ¡esa comparación!» (Entrevista a Fernanda).

«Salvo que sea un problema muy grave, el problema de salud que tengas, hay cuestiones que se solucionan y que son funcionales y fisiológicas. En cambio esto tiene que ver con la realización personal, es como un hito en la vida y no poder alcanzarlo» (Entrevista a Ana).

2.2 Cuando el ser madre instituye el ser mujer

El ejercicio de control sobre diferentes situaciones aparece en el análisis permeado de una idea de obsesión por alcanzar el proyecto de formar una familia, que al encontrarse atravesado por la intervención tecnológica, se distancia rápidamente del hecho de tener hijos y/o formar un proyecto de familia como algo dado «naturalmente», algo que debe fluir casi espontáneamente a partir de acceder a la edad adulta, momento en el que se asume como un hecho natural la conformación de un modelo binario de pareja formado por un hombre y una mujer. Esto pese a que en los últimos años, y tal como se abordó en el capítulo I, el avance legal y normativo en materia de salud sexual, reproductiva, políticas de género y ampliación de derechos transformó, fuertemente, los discursos acerca de lo que se conoce como una familia de constitución convencional, es decir: hombre-mujer-hijo/as. Asimismo, se visualiza la importancia de la maternidad a la hora de construir la identidad femenina; la infertilidad afecta la capacidad de reconocimiento subjetivo de las mujeres en su identidad de género y, a pesar de que las nuevas formas de vivir y pensar la afectividad están desestabilizando antiguas certezas sobre el ideal de familia, la tradicional asociación entre maternidad y feminidad sigue vigente (Pérez, 2007),

«Cuando yo quedé embarazada éramos como cualquier pareja enamorada y con ganas de formar una familia. Él ya estaba separado, tenía una nena de 8 y un nene de 7, era 9 años mayor que yo. Habíamos acordado tener un hijo, decidimos no cuidarnos y cuando fuera que fuera» (Entrevista a Gabriela).

«Viste que cuando te casás ya parece que como el desenlace, o lo que sigue, o los sucesos naturales de la vida. Igual viste que primero es el proyecto de la casa, después acomodarse un poco y eso. Estuvimos más o menos dos años cuidándonos hasta que nos decidiéramos a buscar y a quedar embarazada, porque es lo que comúnmente pasa alrededor ¿no? Yo además tenía 29 / 30 años, mi marido también, y después de que transcurrió el tiempo ya empezaron las

preguntas de los familiares y amigos, y también las ganas nuestras, y empezamos a buscar y bueno... no pasaba nada» (Entrevista a Ana).

«Desde chica, para mí ser mamá era... siempre pensé que iba a tener varios hijitos. Lo vas posponiendo, pero para mí era lo natural o lo que iba a tener que suceder [...] Siempre para mí fue lo primero la maternidad. El resto de las cosas me privarían de disfrutar de esa maternidad. El trabajo lo veo como un obstáculo o como algo que interrumpe, al revés que la mayoría. Igual, ahora que ya tengo la nena, me doy cuenta de que (el trabajo) es un espacio importante» (Entrevista a Ana).

La representación acerca de la condición natural de las mujeres y de los hombres para tener hijos se inscribe en un paradigma biologicista que caracteriza a los seres humanos como seres vivos aptos física y biológicamente para reproducirse en su especie. Sin embargo, los relatos se encuentran cruzados por múltiples significaciones que asumen un carácter fuertemente cultural que permite visualizar unos atravesamientos de los diferentes posicionamientos respecto a dichos tópicos en cada uno de los campos discursivos, en las experiencias analizadas. Por un lado, aparece una fuerte representación acerca de la familia como un fenómeno social del cual el Estado debe ser garante, lo que lo dispone como un emergente cultural. Por otra parte, la fuerte impronta biologicista que asume la capacidad reproductiva del hombre y, al verse amenazada, de inmediato traspasa de encuadre al verse cruzada por el avance médico-científico.

La complejidad inherente a estos discursos radica, entonces, en que en ellos opera *tanto* una *dicotomía* entre naturaleza y tecnología como términos excluyentes (epitomizados en términos como que la reproducción asistida «deja de ser natural»), como una relativa *convivencia* de lo natural y lo tecnológico en las prácticas de reproducción asistida; la particularidad de ésta como artefacto natural no radica en que es «pura tecnología» sino que, por el contrario, permite viabilizar sentidos establecidos respecto a la procreación como evento natural ya que, por una parte, habilita la reproducción eminentemente *biológica* (en oposición a *no biológica* como la adopción), y está orientada en su totalidad por prácticas que *imitan* –y en este sentido restituyen antes que apartarse de lo natural como tal (Ariza, 2010).

De este modo, aparece un paralelismo en esta construcción acerca del proyecto de paternidad/maternidad como legítimo cuando está dado en forma natural y como un suceso que es

significado como un comportamiento de características obsesivas cuando el mismo proyecto se ve atravesado por la intervención tecnológica. Se lee una *convivencia*, más que una exclusión mutua, de dos formas de conceptualizar la maternidad/paternidad y la procreación. Significación que en los relatos aparece como dado en el entorno familiar, de amistades y/o conocidos, y no en los propios protagonistas de esas experiencias; son los otros los que frente al desconocimiento y/o la falta de información acerca de la infertilidad, elaboran sus propios diagnósticos sobre el tema. En los relatos se registran reacciones de molestia y de intolerancia frente a las valoraciones de personas allegadas de diferentes entornos sociales (amigos, familiares, compañeros de trabajo, otros) acerca de la cuestión de la maternidad/paternidad y la ausencia de hijos en cada una de estas parejas y cómo abordar esta hipotética dificultad que es percibida por estos grupos, ya que en la mayoría de los casos aflora una reiteración acerca del hecho de silenciar el problema con los demás.

«Viste que parecería que te obsesionás...» (Entrevista a Cecilia)

«Odiaba que me dijeran: “ya vas a quedar”, “cuando seas madre esto, lo otro, etc.” Prefería que no me dijeran nada» (Entrevista a Gabriela).

«Flaco no tenés ni idea de lo que me pasa, mejor no digas nada» (Entrevista a Mariana)

«Es como una frustración, como un fracaso, además de ser algo fisiológico» (Entrevista a Ana).

«[...] De hecho, cuando venía la típica pregunta de “para cuando el bebé”, contestábamos “ya llegará, estamos esperando”; “justo ahora estamos comprando todo para el baño de la casa”, o cosas así. Y en ese momento yo me estaba por recibir así que, digamos que eran excusas que me servían. Bah... excusas no, porque yo no tenía que excusarme con nadie pero...» (Entrevista a Ana).

Así, esas expresiones de fastidio se asocian con el nivel de desconocimiento sobre la problemática de la infertilidad que las entrevistadas hallan en sus entornos, y esas apreciaciones, para ellas infundadas por su falta de información. La torpeza o la falta de información validada se traduce, entonces, en falsas interpretaciones, calificaciones equivocadas y especulaciones sobre esos hijos que no llegan y sobre ese proyecto familiar que no aparece ni siquiera puesto en palabras, sobre

todo en ámbitos esperados como reuniones familiares, celebraciones de cumpleaños, aniversarios, fiestas de fin de año, etc.

2.3 La opinión pública no existe, excepto cuando se trata del embarazo

Generalmente, los diagnósticos «pre fabricados» por familiares y amigos –por caracterizar de algún modo este tipo de círculos sociales– están basados o surgen a partir de la escucha de experiencias de conocidos, de casos públicos de personajes del espectáculo, del deporte y de los medios de comunicación, que en cierta medida responden a experiencias de procesos complejos, en las que los protagonistas pasaron por situaciones dolorosas, angustiantes, difíciles de transitar pero que finalmente tuvieron un desenlace feliz a partir de la concreción del embarazo esperado y el posterior nacimiento de los hijos, ya sea en forma natural o mediante tratamiento de fertilización asistida, ente otras técnicas. De tal modo, tomando estos referentes y valorando sus experiencias con altos grados de impacto en un tema que, sin dudas, aún presenta niveles de desconocimiento público, se inicia un período de intento por acercarse a cada una de estas parejas compartiendo estas experiencias «infértiles», pero exitosas.

«Y en ese momento de crisis, aparece Fernanda Callejón embarazada...» (Entrevista a Mariana).

«Mi vieja cada vez que venía me contaba que en la peluquería o en lo de mi tía había leído en una revista que la Escudero había quedado embarazada después de un montón de años; o siempre me contaba algún caso. Pero después si yo lo googleaba, resulta que la flaca había estado dos años y sin hacer nada quedó; o justo cuando iba a empezar un tratamiento quedaba... ¡Yo me reía para no matarla!» (Entrevista a Fernanda).

Ese coctel dado entre la escasa información pública sobre la problemática de la infertilidad, el desinterés en el tema por parte de los principales medios de comunicación de alcance masivo y la incomodidad que ocasiona su abordaje en los entornos cercanos, por tratarse de un asunto que franquea la esfera íntima y afectiva de la pareja, termina por recaer en interpretaciones que, en gran parte, desplazan el asunto del plano médico hacia zonas menos nítidas en cuanto a su legitimidad. Es decir, en estos grupos se asientan mitos que significan con distintos motivos la ausencia de hijos: o bien porque la pareja está pensando en otros proyectos y, en consecuencia, posterga el de la

maternidad/paternidad, para lo que luego también aparece una valoración peyorativa acerca de este retardo; o bien porque se reconoce la dificultad y se asocia a situaciones de estrés, falta de tiempo de la pareja por razones laborales, falta de descanso, etc. para lo cual la recomendación es casi siempre la misma: viajes, vacaciones, pasar más tiempo en casa, sobre todo como «consejo» para la mujer.

«Me enfermaba que los amigos y la familia me dijeran: “ya vas a quedar, vas a ver que cuando te relajés y descanses quedás...”, como si el problema que tenemos se resolviera con irse de vacaciones. Me decían: “Y, es que vos trabajás mucho, estás muy estresada; seguro que se van de vacaciones y volvés embarazada...” Y yo pensaba: “por qué hablás sino saber...”»
(Entrevista a Cecilia).

En igual sentido que se profundizó en el desarrollo teórico, en esta trama se observan con claridad la asignación de normas y roles de género socioculturalmente construidas que definen los comportamientos masculinos y femeninos en contextos histórico-sociales determinados y que no se ubican únicamente en los discursos médicos-científicos, sino que son transferibles a otros campos. En esa configuración, el rasgo obsesivo es establecido para aquellas mujeres que van detrás de su deseo y/o proyecto de maternidad y que por razones que, —como se viene entreviendo— son usualmente desconocidas por sus entornos, no puede alcanzarse a través de condiciones naturales, entonces da paso a convertirse en una obsesión, a su vez propia de los comportamientos femeninos. Son estas situaciones las que contribuyen a fortalecer imaginarios sociales que identifican a las mujeres con conductas obsesivas. De este modo se produce una esencialización de la condición de obsesividad para las mujeres.

«[...] O la típica: conozco unos amigos que ella no podía quedar embarazada, hicieron de todo pero de todo eh!, y después, se relajaron, dejaron de pensar en eso y ella quedó naturalmente, y justo fue cuando se fueron de viaje... Y yo pensaba para mí: “y vos que sabés si ‘se relajaron’ o dejaron de pensar en ‘eso’”» (Entrevista a Cecilia).

Conductas que, de acuerdo a los testimonios, nunca son concedidas a los hombres en tanto, como bien se observa en estos relatos, ellos no sólo llevan la templanza y asumen el rol de administradores de una calma relativa para las situaciones a las que debe enfrentarse la pareja, sino

que además son sobrevalorados por ser quienes contienen y acompañan a estas mujeres en dichos procesos.

«Él siempre me acompañaba y me contenía. Me decía que lo que yo decidiera iba a estar bien»
(Entrevista a Mariana).

«La primera vez fui sola, después fui con Hernán» (Entrevista a Mariana).

«Él siempre fue más tranquilo en esto, siempre fue más positivo, me decía que había tiempo, que hay soluciones y recursos. Yo fui a más desesperada en el tema, en todos los temas siempre. Él es de poner paños fríos, en todo caso vemos un especialista, en tal caso más adelante le preguntamos a unos amigos, me decía...» (Entrevista a Ana).

«Él fue un apoyo importante para mí, siempre me acompañó. Con la cuestión del espermograma pensé que podía haber cierta reticencia porque después con el tiempo me enteré que hay maridos que, por una cuestión machista, no acompañan tanto, no son tan colaboradores, y él no tenía problema» (Entrevista a Ana).

«Él se la bancó bastante bien, yo nunca pensé que iría a acceder a toda la batería de estudios, las consultas y demás.... Y mucho menos lo que vino después, que fue el tema del donante, porque en nuestro caso era la única alternativa que teníamos si queríamos ser padres biológicamente» (Entrevista a Cecilia).

En esta escena, es interesante observar el modo en que las clasificaciones de roles para unas y otros, que no necesariamente se hacen explícitas, están cruzadas por elementos que responden a uno y otro campo discursivo analizado y cómo las mujeres, muchas veces, también se apropian de estos lugares asignados reparándose una tendencia hacia su reproducción.

«Para mí ya se trataba de algo personal, tiene que ver conmigo, con cómo soy yo... bah, como somos las mujeres, súper obsesivas» (Entrevista a Ana).

«Si no tuviera alguien que me la cuide no priorizaría el trabajo. Pero bueno, se dan todas las condiciones para que pueda trabajar y bueno, puedo aportar un poco de dinero» (Entrevista a Ana).

«Obvio que la que siempre se iba llorando (del consultorio) era yo» (Entrevista a Cecilia).

«Pienso que él hubiera podido vivir toda la vida sin hijos, pero yo... no, es algo muy de las mujeres, tenemos esa cosa re Susanita» (Entrevista a Cecilia).

De esta manera, en las voces escuchadas se advierte, por un lado, una clara manifestación de la existencia de un deseo de maternidad, de convertirse en madres en «tiempo y forma», de acuerdo a los estándares y planificación de vida previstas. Sin embargo, en la convivencia con otros, como es el entorno de amigos y familiares, la falta de datos y de información médico-científica termina por significar ese deseo, ese proyecto compartido de formar una familia en una obsesión que, casi de modo evidente, posee una valoración peyorativa.

«Realmente me ha pasado de preguntarme si tenía un deseo o si sólo era una cuestión de obsesión, o de esto de que yo tenía que poder si todos podían, casi como una cuestión de saldar el estar embarazada. Igual esa respuesta es bastante simple, si fuera solamente una obsesión no hubiese llegado a todo lo que llegué, solo yo sé lo que fue y lo que significó en mi historia personal» (Entrevista a Mariana).

2.4 Expertas en el tema: desandar la trama del circuito médico-clínico

Acercas de este punto, se considera relevante detenerse y analizar los modos en que se vuelven a ver yuxtapuestas diferentes dimensiones hacia el interior de cada campo discursivo respecto a la inexistente o insuficiente información frente a las dificultades para lograr un embarazo y la problemática de la infertilidad. Por un lado, quienes recorren los caminos que propone el sistema médico-científico al medicalizar las dificultades del sistema reproductivo para concebir en forma natural, no lo hacen desde el lugar que sí asigna la especialidad que es el de tratarla como una enfermedad para la cual existen un abanico de técnicas que, eventualmente, podrían llegar a garantizar resultados favorables. Esto último brinda un dato acerca de cierto distanciamiento del discurso médico-científico al ubicar esta dificultad en una zona gris, tal como se presentó al inicio de esta tesis, de complejo encasillamiento en uno u otro lugar: no es una enfermedad porque no se está enfermo, pero se la padece. Ahora bien, por otra parte, aparece una fuerte marca de los posicionamientos de este campo al momento de contraponerlos frente al sentido común que circula en los imaginarios, como se describió en los párrafos anteriores. Es decir, se advierte una sobrevaloración de la información que proviene de los circuitos médico-científico acerca de la incidencia de la infertilidad y de los diferentes factores que impactan en la reproducción de

hombres y mujeres, que se legitima por sobre las opiniones «livianas» que tienen lugar en el entorno familiar y cercano, pese a que, en otros órdenes, se apunten enérgicas críticas y disconformidades para con ellos:

«La gente muchas veces habla al pedo (y perdón por la palabra), creen que quedar embarazada es sólo una cuestión de decir: bueno, quiero ser madre y listo, y el mes que viene quedás... Y no es así, no es tan sencillo; hay mujeres que tienen suerte y sí, les pasa eso, deciden buscar un hijo y al mes siguiente quedan embarazadas, pero lo cierto es que no es tan así. Según lo que he leído, se tienen que dar muchos factores para que se produzca un embarazo, de hecho, cada mujer tiene una muy baja probabilidad al mes de lograr un embarazo, porque la raza humana no es fértil. Aunque bueno, hay algunas que son la excepción o las que concentran ese porcentaje. Y siempre están cerca mío, ¡ja, ja!» (Entrevista a Cecilia).

«Los médicos, o algunos médicos son de terror, yo tuve tan malas experiencias que la verdad es que tengo mis reservas; aunque por otra parte soy re de hacerme los controles y eso, voy siempre a hacerme los estudios ginecológicos, me parece re importante» (Entrevista a Gabriela).

«Creo que es un asunto re delicado, re sensible, como cuando se trata de alguna enfermedad como el cáncer o alguna muy delicada; y ellos (los médicos) pareciera que no se dan cuenta que tratan con la salud de la gente, no tienen el trato que deberían tener con este tipo de temas. No parecen humanos, son muy fríos en el trato [...] Nosotros íbamos a la consulta y a veces yo estaba al borde del llanto y me tenía que re contener para no hacer una escena ahí, y ellos se daban cuenta, pero no te tiran ni una punta, son como un freezer» (Entrevista a Cecilia).

Asimismo, en estas biografías se hacen visibles ciertos patrones que refuerzan la apropiación de estos discursos. En algunas crónicas se escucha como una práctica adquirida con el correr de los meses y con el paso del tiempo (que, como se profundizará luego, será un elemento que gravitará fuertemente en las significaciones de estas mujeres), la búsqueda de información especializada sobre la infertilidad y todo elemento que pudiera aportar la ampliación de conocimientos sobre esta condición, que permitiera reforzar las argumentaciones científicas adquiridas, hasta el punto de convertirse en *experticias* en la materia:

«No tengo el síndrome completo del ovario poliquístico... viste que el síndrome del ovario poliquístico es toda una alteración hormonal que se caracteriza por obesidad, acné, hirsutismo – que es bello en el rostro y en lugares del cuerpo donde habitualmente no se tiene–, la glucemia o la insulina elevada y el ovario, los folículos que contiene, se llenan de líquido o se hacen como quistes, y eso da como resultado un ovario fuera de tamaño, con sus folículos aumentados uno al lado del otro. Bueno, yo todo eso no lo tengo –ni lo tenía– pero mis ovarios presentaban unas características similares. Se lo llama “ovario collar de perlas” que implica tener muchos folículos (porque todos los meses las mujeres tenemos varios folículos y luego hay uno dominante que, en definitiva, luego es el óvulo que se libera para ser fecundado. Bueno, suponte que lo normal son 4 o 5 folículos; una mujer que tiene el ovario poliquístico tiene 10 o 12 y, en definitiva, ninguno es el que termina predominando, o quizá predomina uno pero no sale con la calidad que debería tener» (Entrevista a Ana).

«Las primeras fueron del ciclo hormonal, viste que te hacen FICH, que es la hormona folículo estimulante; LH, que es la hormona leutinizante; de tiroides y el de prolactina. Esos fueron los primeros que me hice, y luego el espermograma de mi marido. Después, en esa época, la ecografía endovaginal y bueno, el PAP. Esa fue la primer batería de estudios que hicimos, después de que eso dio bien, estuvimos un tiempo más –como un año– relajados y tranquilos con eso» (Entrevista a Ana).

«El médico me dijo: yo no vi tus estudios pero por la edad que tenés, es el único plan. La mayoría de las clínicas, por una cuestión de estadísticas resultadísticas, digamos, te plantean la ovodonación a una determinada edad [...] Ahí me empecé a informar, empecé a leer – miraba de reojo, porque no quería saber mucho» (Entrevista a Mariana).

Sobre este punto se advierte que al adquirir estos saberes que no les son propios, las mujeres no sólo acceden a conocer las especificidades clínicas y técnicas de las distintas implicancias que presenta la infertilidad, sino que también tributa en los niveles de empoderamiento frente a las condiciones desiguales que se entablan entre médicos y usuarios. El acceso al mundo *ingrato* de la infertilidad las habilita a entablar un juego de roles que difiere del impuesto por el modelo médico hegemónico, en que hay personas (pacientes) que se disponen a escuchar y acatar mayoritariamente lo que los médicos (que operan desde un rol masculino aunque no lo sean) prescriben. En esta disposición, el hecho de poder interpretar valores de FSH, Hormona Antimuleriana, niveles de estradiol, cantidad, calidad y movilidad de espermatozoides, entre otros parámetros, se transforma

en herramientas que gravitan favorablemente en las distintas instancias de consultas con los especialistas, en tanto re-configuran los mecanismos de toma de decisiones ante las distintas alternativas que proponen los procedimientos técnico-médico de acuerdo a las distintas etapas.

«Cuando uno explica cosas y ellos dicen “a no pero a mí me parece tal cosa” y uno lo aclara, entonces es preferible un paciente instruido o informado a uno que no sabe nada sobre el tema. Nos interesa el paciente que sabe del tema y le interesa, porque de esa manera va a entender mejor la cosas que pasan a medida que se va avanzando en el tratamiento» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

«Habíamos planteado tomarnos unos meses de búsqueda para ser padres y luego volver a la consulta. Ahí arrancó el estar pendiente de todo, de los períodos de ovulación, de los resultados de los análisis, de indagar sobre el tema» (Entrevista a Mariana).

«Siempre pensé que debería haber arrancado de movida con un tratamiento de alta complejidad, por la edad que tenía» (Entrevista a Mariana).

«Yo sabía, por lo que venía leyendo, que con un diagnóstico de azoospermia como el que tenía mi marido, si en la biopsia no le encontraban ningún espermatozoide...ya fue, no nos quedaba otra que hacer un tratamiento con donante; y eso era todo un tema, yo pensaba que mi marido no iba a aceptarlo nunca, de hecho hay parejas que se quedan en el camino por eso» (Entrevista a Cecilia).

Tal como ocurre con infinidad de asuntos de interés pero, con mucha fuerza, en cuestiones vinculadas a la salud, el gigante *Google* es el buscador que presenta mayores favoritismos al momento de buscar toda clase de información. De este modo, el conocimiento disponible, de fácil acceso e interpretación, al alcance de casi todas las personas y sin costo alguno, se convierte en una condición favorable que aventaja a las parejas en tiempos actuales respecto a hombres y mujeres que tuvieron que atravesar situaciones similares en otras épocas para quienes, quizás, la única alternativa era la resignación a la maternidad y/o la adopción de niño/as, tópico que se retomará más adelante:

«Buscaba información de otras páginas, no de páginas médicas. Por ejemplo “Planeta Mamá”, “*Baby Center*”, y otras similares» (Entrevista a Ana).

«Tanto es así que nadie hoy duda que al hijo producto de óvulo donado o de semen de banco convenga y hay que decirle el origen, primero porque no hay nada que ocultar. Y si alguien lo oculta yo te diría que eso era más antes que ahora. Ahora ya está todo instalado. Aparte hay tantas mujeres que tienen hijos después de los cuarenta años, que si una mujer de 45 años hace tratamiento con óvulos donados y no se lo dice al hijo, el día de mañana le va a preguntar: “¿Yo soy como Juancito del colegio, también de óvulo donado?”. Porque la gente se informa y las cosas que generacionalmente ocurren cambian muy rápido, 10 años es mucha diferencia. Una mujer de 40 no piensa lo mismo que una de 20 y son 20 años nomás; por ahí los problemas que se hace alguien de 40, alguien de 20 no se los hace. Entonces uno habla de la ovo donación a la de 45 con cierto cuidado. Mientras que ya está tan instalado que es más natural hablar con una mujer de 20, si no se puede se recurre a eso y está todo bien. Y más hoy en día con todo el asunto de internet y la cantidad de información disponible que hay» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

«Esto siempre lo digo en las charlas que doy; hace muchos años daba charlas porque la gente no tenía información, y hoy las doy porque las pacientes tienen *mucha* información. En la era de internet cambio todo, cuando empezó todo esto no había internet. En la web uno puede encontrar cosas que la gente puede creer que somos magos, entonces hay muchas cosas escritas que están hechas con una intención de marketing que a la gente la confunde; pero esa información que tienen sirve para que después hagan preguntas (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

2.5 Las mujeres como mediadoras de la tensión entre la pareja y los especialistas

Sobre esto último, vale señalar algunas cuestiones que resultan de interés para el análisis, teniendo en cuenta la dimensión de género como una categoría clave en este trabajo. Si bien en las experiencias analizadas aparece en todos los casos la figura de un hombre «compañero» que sostiene, contiene, brinda apoyo incondicional en las decisiones, participa de las instancias de consulta médica, entre otras apreciaciones significadas positivamente por las entrevistadas, en cuanto a la búsqueda de información específica sobre el tema, tales como posibles diagnósticos y sus respectivos tratamientos, datos estadísticos, referentes en la especialidad, entre otros, no son ellos quienes se encuentran ejercitando esta búsqueda sino que son las mujeres las que manifiestan

mayor inquietud por adquirir datos que les permitan ampliar sus conocimientos en el tema. Sin embargo, sí se despierta en ellos una intención de indagación en cuanto a las alternativas de centros y especialistas de referencia, sobre todo cuando transcurrido un tiempo de atención con los mismos profesionales, frecuentar los mismos centros y/o clínicas y, sobre todo, no alcanzar los resultados esperados, aparece de parte de los hombres ciertos cuestionamientos a las intervenciones propuestas por los médicos que, por general, derivan en el sondeo de posibles alternativas a esos centros a los fines de iniciar alguna interconsulta; búsqueda que casi como regla se da a través de sitios webs. A este dato se suma que es en esta instancia de intercambio de pareceres respecto a los procedimientos de los profesionales donde se apuntan algunos malestares entre los miembros de la pareja.

«Yo confiaba mucho en ella, sabía que no me iba a cagar. Por eso no buscaba mayores opiniones ni buscaba mucha otra información. Acataba, confiaba en ella. Él tenía más dudas, muchas y a mí me molestaba muchísimo (Entrevista a Mariana).

«Damián tenía como un prejuicio con los centros de La Plata, siempre buscó y quiso consultar en clínicas de Buenos Aires (en referencia a la Ciudad de Buenos Aires). Sólo al principio fuimos a la sede de Procrearte en La Plata, y no nos fue bien, no nos gustaba el trato y luego siempre nos atendimos en Buenos Aires. Y eso era tema de conflicto, porque la verdad que a todo lo que ya implica las consultas, estudios, etc., todo el tiempo que te insume y encima viajar a capital... En ese punto disentíamos bastante, pero bueno, yo terminaba cediendo con tal de que él no se cansara y abandonara» (Entrevista a Cecilia).

Tal como explica Lina María Parada Muñoz acerca del camino médico que deberán recorrer los participantes de un proceso de fertilidad asistida, que impactará la experiencia de la infertilidad, «El tipo de diagnóstico, así como el tratamiento a seguir, pueden generar diferentes reacciones en cada uno de los miembros de la pareja, dado lo incierto de los resultados y lo prolongado del tratamiento, en algunos casos. Las implicaciones de las estrategias médicas pueden generar fuertes tensiones y cambios en la dinámica relacional de las pareja» (2006: 152).

«Cuando pasaba el tiempo y no teníamos resultados, Gustavo enseguida quería buscar otro lugar, otro centro, hacer interconsulta, y a mí eso me agotaba, ahí chocábamos y eso a la larga te degasta...» (Entrevista a Fernanda).

En estas descripciones vuelven a imprimirse las huellas del discurso médico al darse un fuerte apego de estas mujeres a la opinión y a la palabra autorizada de sus médicas quienes se convierten en guías de estos procesos. Sin dudas que existen marcadas diferencias en los distintos repertorios de cada una de las experiencias, pero se advierten algunas recurrencias respecto al lugar que se le confiere a los médicos/médicas en esta trama. En algunas historias, emerge la figura inicial de la médica ginecóloga como especialista de referencia que orienta los itinerarios de acuerdo con los diagnósticos y con las expectativas de las usuarias. Este punto cobra fuerza como dato para el análisis ya que, entonces, el rol de la ginecóloga ocupa un lugar central en la vida y en las historias clínicas de estas mujeres en las que se halla una asociación directa entre estas profesionales, como pasaje obligado e innegable ante la posibilidad de ser madre, y eso con su salud sexual:

«Yo hice una búsqueda de poco tiempo y como no se dio volvemos a ir (juntos) a los 6 meses. Y a partir de ahí iniciamos un tratamiento. Siempre pensé que debería haber arrancado de movida con un tratamiento de alta complejidad, por la edad que tenía. Sin embargo, ese no fue su planteo nunca y ella siempre cuidó y tuvo claro que yo me vinculaba con ella, que no era una ginecóloga cualquiera» (Entrevista a Mariana).

«Nunca le pregunté por qué lo trabajó así (a su ginecóloga); si por una cuestión de convencimiento me dijo que era perfectamente posible o por una cuestión de que yo lo vaya atravesando. No sé si ella se planteó para qué darme toda esa información que podía paralizarme. Yo siento, de alguna manera, que me hizo vivir cada etapa; siempre hablamos, tenemos un vínculo muy profundo con ella y siempre me muestra y me dice: mirá todo lo que superaste, como fuiste atravesando cada etapa» (Entrevista a Mariana).

«Cuando planteamos si íbamos más allá en una fertilización yo le pregunté a ella (la ginecóloga) si me iba a acompañar» (Entrevista a Mariana).

«Creo que tuve irregularidades en el ciclo y también había dejado de tomar las pastillas. Entonces fui a la ginecóloga, antes de caer en el especialista. Y bueno, ya en los análisis me dio que tenía hipotiroidismo, prolactina alta, etc. Esos fueron los primeros síntomas. Debo haber estado un par de meses sin cuidarme, vino la irregularidad, el stress, etc.» (Entrevista a Fernanda).

«A esta primera etapa iba sola porque era como ir a la ginecóloga, digamos» (Entrevista a Cecilia).

Más allá de los posicionamientos que se desprenden de las voces analizadas respecto a la sobrevaloración de estas profesionales, en las individualidades de cada uno de los repertorios se encuentra la narrativa de diferentes situaciones conflictivas y complejas a lo largo de sus vidas que, de alguna u otra manera enlazan con esta representación acerca del lugar de la ginecóloga mujer como única vía posible de acceso a esa instancia. El hecho de poner el cuerpo, de someterlo a la intervención de un otro, a la de distintos dispositivos técnicos-médicos, de sentirse ante un grado de exposición absoluta, se convierte en una amenaza y en un obstáculo frente a la necesidad de recurrir a estos especialistas:

«No me podía imaginar yendo con un hombre» (Entrevista a Mariana).

«Para mí el problema no era el dolor, era el poner el cuerpo en la posición ginecológica. Hablo de poner el cuerpo en un sentido simbólico. Poner el cuerpo, ponerte en manos de otro. Primero es perder el control, el control lo tiene el otro. Igual todo es muy subjetivo...» (Entrevista a Mariana).

«A veces tenés un miedo fantasma que no sabes dónde radica. Para mí tener un diálogo con la ginecóloga era una situación que la anticipaba como desagradable. Sentía que cualquiera me iba a decir cómo había llegado a esta instancia, que me iban a retar» (Entrevista a Mariana).

Vuelve a aparecer la idea significada acerca del lugar reverencial que se le asigna al médico/a, como una persona intocable, que forma parte de otro mundo, de otra vida diferente a la del resto. Quien dice qué hacer y qué no, cómo hacerlo y toma represalias frente a las decisiones autónomas e individuales de los usuarios (conceptualizados por el sistema médico como pacientes), significadas como comportamientos negligentes.

3. DESEAMOS HIJOS, PERO NO LOS TENEMOS, ¿EN QUÉ LUGAR NOS UBICAMOS?

Tal como se ha expuesto en el apartado inicial de este trabajo, uno de los aspectos que moldean el problema de investigación es situar a la infertilidad desde una perspectiva sociocultural, lo que implica, de antemano, plantear un análisis multidimensional. Así, al reconocer la multidimensionalidad del fenómeno de la infertilidad y la experiencia vivida por mujeres y

hombres que manifiestan el deseo de concebir para convertirse en madres y padres, se apunta a considerarla como una construcción social; es decir, que sea valorado como un hecho frustrante, así como los recursos que son posibilitados para afrontar esta dificultad, son mediados y visibilizados por las significaciones propias y los contextos en que se mueven cotidianamente las parejas:

«Los padres en general te preparan para un montón de cosas que te toca enfrentar en la vida, pero no para esto, para “no poder” ser madre. Para mí fue terrible, es como que no podía creer que me estuviera pasando a mí, para mí siempre las cosas malas les pasaban a otros. La gente común, que va por la vida tiene hijos, lo ves en la calle, en el micro, por todos lados... Y el que no los tiene, no te das cuenta, no sabés si es porque no quiere, no puede... nadie va con un cartel por la calle diciendo “soy infértil” o “no puedo tener hijos”» (Entrevista a Fernanda).

«Yo soy una persona que no me gusta mostrar si estoy mal o si tengo una debilidad, y eso yo lo reconozco que es una debilidad mía. Si a mí me preguntan cómo estoy y me pasa algo, yo contesto que todo bien, que pum para arriba, después el proceso va por dentro. Me sucedió con la infertilidad y con otros temas de la vida también» (Entrevista a Ana).

Al considerar la perspectiva teórica planteada, uno de los aspectos que emanan con fuerza del análisis de las experiencias, y que se retoma de los interrogantes que dieron sustento a esta construcción problemática, es sin dudas la inscripción de la infertilidad como condición de imposibilidad frente al proyecto de maternidad/paternidad en el entramado social. Sin embargo, lo que cobra interés en esta trama es observar el modo en que esa *condición* de imposibilidad cobra sentido para quienes la experimentan en el cuerpo y deben encarar distintos procesos que prometen modificar esa condición, como para su contexto familiar y sociocultural; así como por quienes son los responsables de ofrecer y ocuparse de llevarlos adelante a partir de poner en juego sus saberes y competencias técnico-médicas. Es decir, como se viene argumentando, se reconocen diferentes posicionamientos sobre el tema que cobran mayor o menor fuerza de acuerdo a los contextos de significación y, a su vez, esas posiciones son las que configuran las distintas escenas discursivas en las que se inscribe el problema y cada una de las historias que se identifican a los fines analíticos propuestos.

Por un lado, sabemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2009 reconoce a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que conlleva una gran cantidad de efectos tanto en la salud física como mental, emocional, psicológica, social y hasta religiosa en las parejas que la sufren. Asimismo, todo el campo médico-científico y la especialidad médica, es decir, los profesionales médicos que se dedican a la medicina reproductiva y que agrupan a: especialistas en infertilidad; ginecólogo/as; andrólogo/as; obstetras; endocrinólogos, entre los más frecuentes, también retoman estos lineamientos y parten desde ese enfoque para su práctica profesional, y ofrecer distintas alternativas a los hombres y mujeres que recurren a estos centros y clínicas especializadas frente a esta dificultad. Sin embargo, es esta inscripción del problema el que se evalúa como uno de los aspectos en donde se observa con mayor nitidez la confluencia de sentidos y la aparición de zonas matizadas en estos discursos. Es la «imposibilidad», justamente, de fijar un lugar para esta condición de dificultad ante la posibilidad de concebir hijo/as de manera biológica lo que le confiere uno de los rasgos dramáticos a la significación de la infertilidad que emerge del abordaje teórico-empírico:

«La infertilidad es una enfermedad, ya que si el sistema no funciona está enfermo. Que no se considere una enfermedad es por un tema puramente de no querer cubrirlo (las Obras Sociales y Pre pagas) pero eso es una antigüedad. Ahora, inclusive, a partir de que salió la ley nadie usa eso. Lo que se dice también es que con la técnica In vitro no se cura la enfermedad; pero lo importante no es curar la enfermedad, lo que importa es tener el hijo. Entonces la afirmación que con los tratamientos no se cura la enfermedad es mentira, porque se logra que se haga lo que no se podía hacer» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

En nuestra cultura el drama es algo del orden de la experiencia; de allí que hay ciertos acontecimientos de la vida social que son experimentados efectivamente como drama, ya que involucran un conjunto de emociones muy específicas (angustia, tensión, incertidumbre, etc.). Por consiguiente, en este plano, el drama es la significación vivida de la infertilidad: una experiencia cargada de sufrimiento, ansiedad, y frustraciones reiteradas. Hay drama porque el orden está dislocado, abriendo paso a lo contingente, lo inesperado e imprevisible, es decir, a todo aquello que nos llena de incompreensión. En los dramas acontecen situaciones extraordinarias que rompen con el devenir normal de la vida, presentando situaciones conflictivas que tienen la capacidad de conmover y desestabilizar estructuras preconcebidas (Pérez, 2007):

«Era algo que desde chica creí que iba a poder lograr con toda la naturalidad del mundo»
(Entrevista a Ana).

«Cuando leí el resultado del estudio de Damián que decía “Azoospermia”, pensé que el mundo se me venía abajo; yo había leído sobre eso y me acordaba lo que significaba. Hasta ese momento, si bien ya no lo podía creer, pensaba que el tema tenía solución, pero cuando me enteré creí que me moría, no podía parar de llorar y de patalear, me decía por qué a mí me pasa todo» (Entrevista a Cecilia).

«El tema es que nunca te imaginás que te va a pasar algo así, vos vas por la vida haciendo de todo, te llevás el mundo por delante, y de repente te dicen: “no chicos, ustedes no pueden, sin un donante es imposible que puedan tener hijos, ni con la ayuda de la ciencia”, y te querés morir, enseguida pensás en la adopción, pero también sabemos que eso en la Argentina es casi imposible...» (Entrevista a Fernanda).

En primer término, tal como se viene exponiendo, la característica dramática de esta situación está dada, principalmente, por la amenaza de ese deseo anhelado y programado, ese proyecto de vida que forma parte de la planificación de la vida de pareja y que, de un momento a otro, se percibe fuertemente cancelado, lo cual genera sensaciones de profundo dolor. Asimismo, lo dramático también se constituye por el estado de incertidumbre, de inestabilidad emocional, afectiva y social; por lo inesperado y desestabilizador que resulta el hecho de no pertenecer a ningún «lugar» en el espacio social y familiar, configurado histórica, social, cultural y políticamente para sostener el proyecto de familia. El sentimiento de deseo *frustrado*, tal como fue ideado y soñado –mediante la capacidad reproductiva de la especie humana– no encuentra asentamiento estable ante las posibilidades que hoy propone la ciencia. Esto es, el dolor, la angustia y la frustración, que forman parte del ámbito privado e individual de cada hombre y mujer que se enfrentan al drama, se encuentra permeado ante la posibilidad concreta y efectiva que viene a brindar el universo de la especialidad en medicina reproductiva, que a lo largo de los años sigue garantizando tasas de éxito en el logro de embarazos en el mundo. Si bien ante la sorpresiva dificultad para lograr un embarazo que comienza a percibirse con el paso de los meses cuando, frente a la no utilización de métodos anticonceptivos o no reforzar los cuidados que hasta determinado momento las parejas suelen tomar para evitar los embarazos no planificados, la eventualidad de consultar con un especialista en infertilidad se convierte en una posibilidad que genera cierta expectativa y brinda un soporte de

tranquilidad a estos potenciales usuarios, este hecho no termina de fijar un lugar social que describa y defina la condición social de estas parejas, que también es su condición de salud:

«Es increíble y hasta suena ridículo decirlo, pero el tema es cómo contar que estás buscando, que estás haciendo consultas, o que estás haciendo algún tipo de tratamiento, cuando encima no querés generar exceptiva en la gente, no sólo en la familia, sino también en los amigos, conocidos. Que todo el mundo te empiece a preguntar... encima la gente no entiende nada, no pesca una, y uno tiene que explicarle todo. Por ejemplo, le decís que estás en tratamiento, que hiciste de baja complejidad y que ahora vas a hacer uno de alta y te dicen: “¿y eso qué es?, ¿qué significa?”, entonces le tenés que explicar, y a los meses te vuelven a preguntar lo mismo... Yo se que lo hacen con la mejor, pero me ponía de mal humor; es como decir “quiero pero no puedo” » (Entrevista a Cecilia).

«Mi prima había tenido una nena hace unos años y cuando lo decidí, al primer mes quedé embarazada. Mi vecina lo mismo, y así te vas cruzando con muchas que dejaban las pastillas y a penas las miraban ya quedaban embarazadas. Entonces una arranca con esa idea, y bueno [...] las irregularidades te hacen pensar en atrasos y te haces un test, y así pasaron varios. Y después de a poco vas bajando de la palmera, vas bajando la expectativas» (Entrevista a Ana).

«Creo que tuve irregularidades en el ciclo y también había dejado de tomar las pastillas. Entonces fui a la ginecóloga, antes de caer en el especialista. Y bueno, ya en los análisis me dio que tenía hipotiroidismo, prolactina alta, etc. Esos fueron los primeros síntomas. Entonces la médica me dijo que si estaba buscando embarazarme, por esas razones, no iba a poder. Pero me dijo que no me preocupe, que se solucionaba tomando una medicación» (Entrevista a Ana).

Como se ha dejado expuesto en el encuadre teórico, no existen rituales en la sociedad que puedan reconocer el sufrimiento de la pareja infértil por un ser que nunca existió. En esta clave, vale la pena detenerse a revisar la categoría de identidad, desde la propuesta teórica introducida por Gilberto Giménez (1997), ya que en esta instancia se considera una herramienta valiosa que puede nutrir y ampliar el marco de comprensión del planteo respecto a la representación del lugar social disponible para las parejas que atraviesan este drama¹⁹.

¹⁹ En este sentido, se deja en claro que este concepto no fue un tópico trabajado en el desarrollo teórico de esta tesis ya que el itinerario de producción llevó a que en una fase inicial, y de acuerdo a los interrogantes formulados, no se pensara como una noción clave para el análisis; sin embargo, avanzado el camino de la investigación y frente al insumo que surgió en el encuentro con las

Con una fuerte impronta en la disciplina de la psicología, Giménez propone una lectura de la identidad como un proceso social dinámico de auto y hétero percepción/ auto y hétero reconocimiento; este juego que se da entre nuestra mirada y la de los demás permite la configuración de un –nosotros– donde la comunicación es un elemento central de esa construcción. En consecuencia, la identidad está compuesta por dos dimensiones, una individual y otra grupal, que se construyen en las prácticas de los sujetos; al ser ésta una sociedad estratificada y, por tanto, signada por relaciones de poder, tales vivencias están plagadas de experiencias contradictorias, que a lo largo de nuestras vidas las incorporamos en una secuencia semántica que las tornará coherentes. En este sentido, la dimensión individual está dada por una autobiografía incanjeable (historia de vida), en tanto que lo grupal se expresa en la recreación de una memoria colectiva, constituyendo esta última una dimensión de la primera (Giménez, 1997).

Al mismo tiempo, como sujetos socialmente construidos, pertenecemos a un núcleo familiar, una comunidad, a un sistema de amistades y relaciones, pero al mismo tiempo, integramos colectividades, en tanto conjuntos de individuos que experimentamos cierta solidaridad porque compartimos valores y un sentimiento de obligación moral. Desde este repaso, siguiendo a Giménez se puede asumir que los sujetos se ven a sí mismos como *perteneciendo* a una serie de colectivos, como *siendo* una serie de atributos y como *cargando* un pasado biográfico incanjeable e irrenunciable. De allí que se resalte el carácter intersubjetivo y relacional de la identidad, en tanto construcción socialmente compartida. Estos elementos interactúan en forma dinámica ya que, según Berger y Luckman, la identidad se halla en relación dialéctica con la sociedad, constituyendo un elemento clave de la realidad subjetiva: «la identidad es mantenida, modificada o reformada por las relaciones sociales. A su vez, las identidades producidas por la interrelación entre organismo, conciencia individual y estructura social, actúan sobre esta última manteniéndola, modificándola o reformándola» (Cáneva, 2012: 42).

Asimismo, desde esta lectura la identidad puede entenderse también desde dos dimensiones, sólo divisibles en términos analíticos. Una que tiene que ver con los procesos individuales de

experiencias, esta categoría emergió necesaria a los fines de complejizar la problematización respecto a estos señalamientos. De este modo, se vuelve a reafirmar el carácter dinámico, inestático, variable de la práctica de investigación y la producción de conocimiento en ciencias sociales.

incorporación de sentidos, en relación a la sociedad a la que se considera pertenecer, y las marcas por las cuales la sociedad confirma o rechaza esa adscripción (Cáneva, 2012). Y la otra con los procesos colectivos, «la identidad de un actor social emerge y se afirma en la confrontación con otras identidades en el proceso de interacción social, lo que implica frecuentemente relaciones desiguales y por lo tanto, luchas y contradicciones» (Giménez, 1997: 16).

En definitiva, no basta que las personas se perciban como distintas bajo algún aspecto, también tienen que ser percibidas y reconocidas como tales. Toda identidad requiere la sanción del reconocimiento para que exista social y públicamente: la autopercepción del sujeto requiere ser confrontada con las percepciones de los demás sujetos con quienes interactúa. En este marco, Giménez (1997) añade que para abordar las características que configuran la identidad de un grupo determinado resulta necesario mirar tanto sus prácticas como las representaciones, imaginarios e ideas que las orientan.

Por otra parte, y a los fines de orientar estas reflexiones en torno a la presente indagación, interesa subrayar algunos puntos acerca de las identidades colectivas. De acuerdo a este enfoque, la pertenencia a una pluralidad de colectivos, lejos de eclipsar la identidad personal, es precisamente la que la define y constituye; cuantos más amplios son esos círculos de pertenencia, más se refuerza y reafirma la identidad individual. La pertenencia implica la inclusión de la personalidad individual en una colectividad, mediante la apropiación, al menos parcial, del complejo simbólico-cultural de dicha colectividad. En esta secuencia, se resalta el concepto acerca de que la identidad se halla siempre dotada de determinado valor para el sujeto, distinto del que confiere a los demás sujetos que constituyen su contraparte en el proceso de interacción social, ya que la identidad se convierte en el valor central en torno al cual cada individuo organiza su relación con el mundo y con los demás sujetos (Giménez, 1997). Y en este enclave asoma la noción de estigma, desarrollada teóricamente por Erving Hoffman desde la sociología, cuyo encuadre no amerita aquí introducir pero sí mencionar, ya que indefectiblemente se tiende un puente con el proceso de conformación identitaria aquí reseñado. En esta línea, Giménez recupera la teoría de los campos de Pierre Bourdieu para señalar que los actores sociales tienden a valorar positivamente su identidad, estimulando así su autoestima, creatividad, orgullo, contra la penetración de elementos externos, aunque también puede suceder lo contrario, es decir, que se dé una desvalorización, dependiendo quién adquiera la

posición dominante en la correlación de fuerzas materiales y simbólicas. Aparece una relación en donde se da una imposición de identidades legítimas/ilegítimas (Giménez, 1997) a partir de una estereotipación que surge de la valorización de ciertos atributos de los sujetos, que cuando adquieren un componente despreciativo, discriminatorio por parte del resto de los sujetos, se transforma en estigma.

En esta clave, la dimensión de la construcción identitaria cobra mucha fuerza en el sistema de significaciones que vehiculizan los relatos, al auto-percibirse diluido el lugar de filiación a un grupo determinado; la no pertenencia a uno u otro colectivo es uno de los rasgos que terminan por dar forma a la situación dramática. Estas parejas expresan que no son ellos quienes elijen no ser padres por diferentes razones, sino que es su condición (biológica) de imposibilidad las que los inhabilita. Condición que, al mismo tiempo, no termina por encontrar un espacio estable en algún campo discursivo que pueda significarse como legítimo por quienes lo habitan, lo que gravita en el sentimiento de angustia, al verse también implicada la dimensión de la salud. Tal como se desprende de las historias analizadas, aunque las significaciones acerca de la infertilidad se fundan en relatos que se desplazan de los discursos del campo médico-científico hacía otras esferas, sus argumentaciones reproducen este paradigma de modo reiterado:

«No me acuerdo exactamente los momentos, pero había situaciones o a veces cuando salía el tema hasta se me quebraba la voz y aparte, por otro lado, es un tema íntimo ¿no? Porque además de ser una cuestión fisiológica es como una parte de realización de la vida también para mí, como hablábamos al principio, como una frustración, como un fracaso. Y a mí me cuesta mostrarme tan vulnerable, demostrar que fracasé o que estoy fracasando, o que no estoy pudiendo con algo. Porque para mí eso era algo que desde chica iba a poder lograrlo con toda la naturalidad del mundo» (Entrevista a Ana).

Por otra parte, se registra un esfuerzo por solapar, disfrazar la dificultad hacía afuera, para poder hacerlo público, compartir una versión que resulte creíble ante la no llegada de los hijos esperados; de lo contrario, no se reúnen los atributos para formar parte del grupo de pertenencia social inmediato, para al cual se requiere cumplir con unos cánones establecidos, aunque más no sean auto percibidos y auto impuestos. Con el paso del tiempo (y siempre el tiempo es un elemento

recurrente y que adquiere peso en los relatos) eso que no puede decirse, que resulta innombrable y que deja la huella de lo diferente, muchas veces se transforma en estigma:

«Yo creo que tiene que ver con esto que decías vos de “prefiero perder un embarazo antes que...”, con esa sensación de “yo no puedo concebir”, que es horrible, que tiene que ver, seguramente, con el mandato. Uno hay un montón de cosas que uno no puede hacer... no sé, irse a Europa porque sabés que nunca vas a tener las condiciones económicas para hacerlo. Pero como esto no se, es como una frustración muy grande, muy enorme cuando tu deseo está puesto ahí y eso tiene un nombre como “infertilidad”. Y pensar que hay distintos tipos de infertilidad... No sé, es como un estigma, es como estigmatizante» (Entrevista a Mariana).

«En un momento, cuando pasaba un tiempo y no pasaba nada, era como que todo el mundo quedaba embarazado: ¡amigas, conocidas, parientes, todos! Las que buscaban y las que no buscaban también, y eso era peor para mí, más bronca me daba. Y empecé a no querer ir a cumpleaños de hijos de amigas, fiestas infantiles y esas cosas; y a veces ni siquiera quería ir a cumpleaños de grandes tampoco, para no enfrentar la situación, no ver chicos o no enterarme de que X estaba embarazada... Un horror. En cambio eso a Gustavo nunca le pasaba» (Entrevista a Fernanda).

«Hasta llegué a enojarme porque mis amigas empezaban a querer buscar hijos y ¡quedaban! Como si me debieran pedir permiso a mí (me acuerdo y me río, ¡ja, ja!). Como yo fui una de las primeras que me propuse empezar a pensar en tener hijos y cuando a veces lo contaban me miraban raro, como diciendo, “¿ahora, con lo jóvenes que somos?”, y teníamos 28, 29 años... Y la cosa es que al tiempo, al toque venían y me contaban: “¡Ay, estoy embarazada, no lo buscábamos pero estamos re felices!” y me daba un odio terrible. Es tremendo decirlo pero es así, lamentablemente, como si me tuvieran que notificar a mí antes, ja, ja! » (Entrevista a Cecilia).

«Sí, yo ya lo sentía como una frustración muy grande en mi vida. Es una edad en la que todas hablan de sus hijos, sus embarazos. Nacen los sobrinos, empiezan los bautismos y los cumpleaños. Las navidades ya me habían empezado a molestar porque era el arbolito sin el regalito para el bebé que habíamos soñado» (Entrevista a Ana).

En esta línea, se reconoce el sentido preponderante que adquiere en las representaciones de las parejas la conformación de una familia, como institución legitimada por el aparato estatal. Como

se expuso en el primer capítulo, el Estado, a través de la Constitución Nacional, garantiza el derecho de los ciudadanos a gozar de salud y formar una familia, prevaleciendo en su constitución un modelo de organización binaria, es decir: hombre-mujer-hijo/as, al que a partir de la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario²⁰ se amplía la conformación familiar entre personas del mismo sexo. Es consecuente observar cómo se refuerza en forma permanente la necesidad de pertenencia a un colectivo cuya representación del orden social se auto percibe como universal, únicamente posible e incuestionable, otorgando a lo que resulta auténtico, una calificación positiva: lo que sucede de manera espontánea, lógica, evidente asume un sentido de lo genuino, lo que es dado naturalmente, que compite en la sobrevaloración de lo biológico.

«En cambio esto tiene que ver con la realización personal, es como un hito en la vida y no poder alcanzarlo... y también con la misma imagen que yo me había creado de mi misma: hago esto y esto, me caso y tengo un hijo. Es como si me hubieran dejado plantada en el altar, bueno..., eso es algo público» (Entrevista a Ana).

Estas tipificaciones enunciadas se apoyan en conjunto de representaciones sobre la idea de familia presente en nuestro imaginario social; representaciones sociales construidas y constructoras de un universo simbólico compartido por los miembros de un grupo social. La imagen de esa familia ideal –feliz y natural– se corresponde con el modelo de familia nuclear arquetípica, caracterizada por la convivencia de un matrimonio monogámico y sus hijos, en el que el grupo social comparte un mismo «significante», llámese sangre, genes, etc. Definido por el peso de la normalidad, y fijado en el terreno de la «naturaleza», este modelo parte de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación. Se trata, entonces, de un ideal sustentado en la creencia según la cual las relaciones de parentesco están determinadas por la naturaleza biológica de los vínculos establecidos en el acto de la procreación (Pérez, 2007).

Asimismo, desde el punto de vista trabajado en relación a los campos discursivos, resulta llamativo visualizar cómo se imprimen de manera entrecruzada los posicionamientos más potentes de uno y de otro en relación a la idea de familia. Es decir, se advierte con claridad el peso que adquiere en

²⁰ La sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario dio respuesta a la demanda de distintos colectivos de la diversidad y otorgó un reconocimiento institucional y un amparo a otras prácticas de vida que existieron históricamente y en simultáneo con las regladas por la Ley, pero que hasta el momento no habían sido legalizadas.

algunos testimonios la representación acerca de la conformación familiar como proyecto de vida y también como patrón de reconocimiento social y atributo de pertenencia a determinado colectivo (grupo social), lo que lo inscribe en una matriz conceptual culturalista, o sea, tal como se viene sosteniendo, la idea acerca de la identidad como construcción cultural y la familia como institución social sostenida desde el Estado, lo que le brinda una característica de fenómeno social, construido desde la cultura. Por su parte, en los mismos discursos se asienta la presencia de patrones que se ubican claramente en un determinismo biológico propio del discurso médico-científico pero que es re-significado por quienes no se perciben como pertenecientes a este campo; re-apropiación que se encuentra materializada en el lenguaje, a través de enunciados que se expresan por medio de argumentaciones en clave científica.

En este andamiaje teórico, comienzan a asomar con claridad en las voces de las protagonistas de las experiencias los *indicios* de lo invisible, de aquello que no se puede nombrar, que se silencia y que, en definitiva, se significa como negado:

«Yo empecé a sentirme muy desgraciada, empecé a estar en ese lugar de la infértil, la que no tiene hijos, la que no puede quedar embarazada. Igual era muy para *mí* adentro, todavía no lo comentábamos con nadie, nunca lo comentamos mucho con nadie» (Entrevista a Ana).

«No me gusta dar lástima. Bah... yo siento que daría lastima, lo siento yo, es *mi* manera de verlo» (Entrevista a Ana).

«En ciertos ámbitos intentaba esquivar la situación, o frente la posibilidad de que me pregunten, suponte que si me preguntaban “hace cuánto estás casada o algo así” y yo me imaginaba que venía la pregunta de los hijos, a veces, antes de que alguien pregunte, decía que estábamos buscando, o que empezamos hace poco a pensar por el tema de mi carrera, y esas cosas. Y con otra gente, la del laburo por ejemplo, me re traumaba encarar el tema, no sabía qué decir, cómo y hasta dónde... Y por otro lado, me pensaba que la gente lo suponía y que se hacía su película, tipo “se cae de maduro”» (Entrevista a Fernanda).

«Es re loco, porque más allá de lo que a mi pasaba con el tema, yo igualmente siempre fui más de contar que, por ejemplo Damián; yo me daba cuenta como que a él le daba vergüenza. Muchas veces íbamos juntos a cualquier negocio, y ahí a mi me daba por contar si salía la pregunta y él se sacaba, ¡ja, ja! Y, por ejemplo, yo me daba cuenta que a mi vieja también le

daba cosa decir entre las amigas y la familia, se hacía la desentendida, la que no se metía en nuestras cosas...Me decía: “A mí, si me preguntan, yo les digo que no pregunto para no presionarlos”, ¡ja, ja! Como si fuera algo a ocultar o que dependiera de nosotros, de nuestra voluntad» (Entrevista a Cecilia).

3.2 Enfermedades legítimas y no legítimas: entre la vergüenza y el silencio

El acceso a los relatos de estas mujeres y su análisis a la luz del encuadre teórico propuesto dejan expuesto una trama de sentidos en la que se advierte, como se mencionó anteriormente, una fuerte presencia de ciertas marcas –sin dudas indelebles– de la dificultad que se asienta en el cuerpo e incomoda de tal manera, que termina por silenciarse. Sin embargo, el silenciamiento del problema, del conflicto ante una situación que se sucede como inesperada, no lo transforma ni lo revierte; muy por el contrario, termina por negarlo y, en consecuencia, lleva a que las parejas muchas veces transiten estos procesos en soledad. En las narraciones resuena con fuerza, entonces, una doble dificultad: la de convertirse en madres y la de nombrar tal condición:

«Nunca lo viví como una infertilidad, nunca lo entendí así...Me parece tremenda la palabra infertilidad» (Entrevista a Mariana).

«Nosotros tenemos unos amigos que son de Tandil que ellos también... bueno, ahora lo tienen a Juan Martín de 7 años pero también estuvieron intentando mucho tiempo y terminaron recurriendo a un tratamiento» (Entrevista a Ana).

«Como te decía, a mí se me hacía difícil hablar del tema porque la gente enseguida te dispara cualquier pavada, te dicen que estás obsesionada, o que el tema se soluciona con descanso o yéndote de vacaciones. Y por ahí vos no querés contar tu diagnóstico o el de tu marido, porque yo sabía que a él no le gustaba contar por si llegado el caso... Entonces me sentía como “atrapada” en mi propia mentira...» (Entrevista a Cecilia).

«Todo lo del tema de la tiroides y la ovulación lo contaba, pero por ahí porque tenía que ver conmigo y con mi cuerpo» (Entrevista a Cecilia).

«Sin dudas es un tema tabú para las parejas que llegan al consultorio, porque lo es para la sociedad en general» (Entrevista a la Dra. Esther Feldman).

A su vez, el silenciamiento muchas veces asume otras formas. A lo largo de los arduos procesos que, indefectiblemente, se deben atravesar para lograr el anhelado proyecto de la maternidad/paternidad, las mujeres invierten un esfuerzo por disimular, encubrir, esconder el problema, que al no constituirse en los imaginarios sociales como un problema de salud real, termina ubicándose en la esfera de las enfermedades que no poseen un reconocimiento social y, en consecuencia, dificulta aún más la posibilidad de ponerlo en palabras. Es una enfermedad que no es grave, no mata, no se cura, ni tiene incidencia en el bienestar fisiológico –visible– de quienes lo padecen:

«Sin embargo, creo que el hecho de contar o no contar tiene que ver con esto, no sé si te gusta encontrar las opiniones de otros, sobre todos mujeres madres, a las que no les pasó, que quieren dar su opinión: “¿Y por qué no adoptás?”, “¿Y por qué no adoptás vos...?” » (Entrevista a Mariana).

«Para mí *esto* no tiene que ver con la salud, no tiene que ver únicamente con la salud. No sé si la salud pesa tanto como pesan otras cosas, como el hecho de no poder ser madre» (Entrevista a Mariana).

«Ni siquiera yo teniendo una enfermedad crónica como es la obesidad no la he sentido tan estigmatizante en mi propia vida como el hecho de no poder concebir, al menos como yo me lo represento, no porque haya alguien que me lo haya me lo haya hecho sentir así...» (Entrevista a Mariana).

«Es claro que somos médicos, especialistas, y estamos tratando con un tema que afecta la salud, porque impacta en la vida social de las parejas y en sus estados anímicos. Pero las parejas que llegan acá les cuesta verlo así, incluso muchas veces se advierte un sentimiento como de culpa, de vergüenza... y aunque parezca una cuestión menor, les pesa mucho abordar el tema con sus familias, eso se ve mucho en las consultas» (Entrevista a la Dra. Esther Feldman).

«Sucede que mucha gente viene en búsqueda de soluciones mágicas, recetas magistrales, como si se tratara de un tema que va por otro camino que el de la fisiología del cuerpo. Y pretenden

encontrar, además, un apoyo y una contención que para nosotros es imposible brindar»
(Entrevista a la Dra. Esther Feldman).

Dicha interpretación abre paso a una discusión que fue presentada inicialmente acerca de las enfermedades como constructos sociales y, desde allí, el reconocimiento social que adquieren diversos estados fisiológicos y su medicalización como respuesta de control social. En ese mismo encuadre, como uno de los tópicos que formaron parte de los interrogantes propuestos y que resuena con fuerza en los discursos indagados, se encuentra la representación acerca de la infertilidad como una enfermedad invisible que se ubica en el plano de las enfermedades no legítimas y, por tal, vergonzantes.

Cuando se hace referencia a la medicalización, se pretende significar una modalidad discursiva en constante expansión (iniciada en el siglo XVIII y reforzada en la segunda mitad del siglo XIX) decretada, oficialmente, como política de los estados a partir de la nacionalización de la medicina en Inglaterra, que dio lugar en todo Occidente a la constitución de «institutos de seguro social», por el cual diferentes, cuando no todos, los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del «saber médico», supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras donde esté el bien (la salud, equiparada a la normalidad) y dónde está el mal, la «enfermedad» que nos acecha, tal como se viene explicitando en los distintos apartados en relación al campo médico-científico y los dispositivos de reafirmación y de reapropiación discursiva que allí se ejercitan. Justamente, la novedad en nuestras culturas moderna y posmoderna es la asimilación del dispositivo de la salud al discurso de «la ciencia» que permite objetivar el conocimiento positivo del cuerpo y sus disfunciones. Así, la medicalización impone una tecnología del manejo de sí y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas públicas y privadas. Desde este punto de vista, la medicalización se convierte en un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sagrados: la salud, la larga vida y la ciencia. Y en esta escena, el médico se erige en autoridad política, consejero indispensable de las sociedades modernas.

En esa configuración, la medicina, y por tanto, el discurso médico-científico, se presume en actor portador de una voz autorizada para decidir en cada sociedad qué es normal, adecuado o deseable. Se sitúa como autoridad para etiquetar las quejas de determinados hombres y mujeres como

«enfermedad legítima», declarar a otro/as como enfermos aunque éstos así no lo perciban, y rehusar a otro/as el reconocimiento de su dolor, su impotencia o, incluso, su muerte. Desde este campo discursivo se dictamina cuándo un dolor es meramente subjetivo y cuándo no (Braunstein, 2013).

No obstante, es fundamental señalar que bajo ningún aspecto estos encasillamientos pueden visualizarse como en estados puros, es decir, desde posturas demonizadoras del progreso médico-científico y en términos de una relación dominador/dominados. Por el contrario, se entiende desde una lectura crítica en la que coexisten distintos ordenamientos discursivos que entran en tensión permanente.

Al mismo tiempo, tal como se ha dejado en claro en el capítulo I, si bien no se considera enriquecedor a los fines de esta indagación recaer en posicionamientos totalizadores, es desde este enfoque que se puede sistematizar la producción simbólica que emerge de los testimonios recogidos en relación a la significación que hacen las propias mujeres sobre la infertilidad y el sentimiento de vergüenza que se activa en sus relatos al momento de tener que reconstruir sus tramas. Si la medicina y los médicos son quienes están socialmente habilitados para clasificar diferentes estados fisiológicos y rotularlos en términos de legítimos y no legítimos, pese a que esto opere en un plano exclusivamente simbólico²¹, pues resulta aprehensible tropezar con las huellas que deja impreso el esfuerzo por solapar este estado de infertilidad, que no se sabe bien cómo llegó, dónde (en qué cuerpo) y de qué manera se alojará, y hasta cuándo se quedará en la vida de estas parejas. Entonces, por un lado, se convive en una sociedad organizada en función de un discurso médico que disciplina los discursos desde ordenamientos binarios: normal-anormal, sano-enfermo, saludable-no saludable; quedando por fuera aquello que no se matricula en ninguna de esas tipificaciones y que es significado como impreciso, ambiguo, ya que es desde una lógica clasificatoria binaria desde donde se diagnostica. Asimismo, al pensarse a las enfermedades como estados sociales (Conrad, 1982), es decir, que se constituyen a partir de las significaciones sociales respecto de determinados estados biofisiológicos, y ser el campo médico-científico quien distribuye las jerarquías de esas significaciones, sin lugar a dudas se producen consensos sociales que aceptan determinados problemas biofísicos como enfermedades diagnosticadas y tratables

²¹ Nota de la autora: Sin embargo, desde la perspectiva teórica ensayada a lo largo de todo este trabajo podría afirmarse que lo simbólico es fáctico, real.

desde el campo médico, mientras que a otros no se les confiere esa categoría. Desde esta perspectiva se interpreta los diferentes niveles de incidencia social de las enfermedades consideradas mentales y de adicciones, ya que respecto a éstas existe una tendencia social a restarle jerarquía médica, es decir, no reconocerlas como un problema biológico y, por tal inevitable, sino que se representa como un estado de la persona que, en definitiva, puede ser eludible ya que infiere estrictamente en el plano de la psiquis. En consecuencia, si es evitable –y *no se evita*– entonces se asume que hay cierto grado de responsabilidad en quien debe enfrentarla.

Si bien no es la intención profundizar el debate acerca de las enfermedades significadas socialmente como mentales y las que entran en la categoría de adicciones, y aquellas que se consideran enfermedades del orden de lo biológico, sí es preciso inscribir el debate ya que advierte un punto de aproximación con lo que se viene sosteniendo y que emerge de las historias analizadas respecto a la imposibilidad de estas mujeres de nombrar a la infertilidad, de silenciarla, de disimularla o hasta bloquearla ante sus círculos afectivos cercanos. En estos contextos próximos a la enfermedad, se interpreta que una decisión de ocultamiento (pese a que existan esferas más y menos íntimas de nuestras relaciones sociales cotidianas) responde en muchas circunstancias a sentimientos de vergüenza que enlazan con la sensación de culpa. Hechos que se recogen de los imaginarios en lo relativo a las adicciones y a las enfermedades mentales: el consumo de drogas, de alcohol y de psicofármacos, la depresión, la psicosis, se representan como estados auto infligidos y por tal pueden, no solamente evitarse, sino «curarse» con fuerza de voluntad y decisión. En consecuencia, se abren juicios sociales que culpabilizan a quien no se asume con la dificultad –muchas veces obturada como enfermedad desde el lenguaje– y no busca el camino de la remediación (Conrad, 1982):

«Pero me parece que no es lo mismo, hay enfermedades que no son lo mismo. No es lo mismo tener HIV que tener diabetes, hay una lectura social distinta de determinadas enfermedades. Las enfermedades mentales... Si te toca pasar por eso, ahí sí vas a sentir lo que es el estigma»
(Entrevista a Mariana).

«Ni siquiera yo teniendo una enfermedad crónica como es la obesidad no la he sentido tan estigmatizante en mi propia vida como el hecho de no poder concebir, al menos como yo me lo represento, no porque haya alguien que me lo haya me lo haya hecho sentir así...»
(Entrevista a Mariana).

«Si yo tenía que hablar de mi operación anterior, la del cáncer de ovario, no tenía drama, lo contaba sin problema y la gente se me quedaba mirando como diciendo “mirá esta flaca, pobre...”, y yo ni me inmutaba. En cambio, con esto sí daba vueltas, veía a quiénes, cómo, de acuerdo al momento, etc. » (Entrevista a Fernanda).

Sobre esta dimensión vale señalar que en ningún testimonio afloró explícitamente la experimentación de la culpa ante la imposibilidad de concebir biológicamente, no se escucharon enunciaciones concretas que manifestaran este sentimiento por no poder cumplir con estos mandatos que se imponen como deseos. Por el contrario, y a la manera en que ha quedado expuesto en los testimonios referenciados, se intenta argumentar mediante diferentes recursos discursivos, lo injustificado que se vuelve el sentimiento de culpabilidad frente a los demás:

«Obvio que si lo pensaba racionalmente, era imposible sentir culpa, pero lo cierto es que en todo momento me pesaba el hecho de no poder dar hijos, dar nietos, estar en una situación diferente al resto... Eso me hacía sentir como una culpa, aunque era algo mío» (Entrevista a Cecilia).

Sin embargo, a través de sus narrativas se infiere el sentido de la culpa transitar por dobles circuitos. Por un lado, circula una idea respecto a ese proyecto que se dispone como lo dado naturalmente y al que todo *el mundo* accede (la maternidad/paternidad no conoce fronteras, es un fenómeno universal) y que, al verse fuertemente amenazado, aflora una sensación de culpa por ser diferente al resto, por no poder dar lo que todas las parejas pueden, por no poder ser lo que todo adulto es, por no poder brindar a las familias –los padres– el regalo tanpreciado, los nietos; en definitiva, por *no poder* consagrar lo que se significa tanpreciado: la descendencia.

Por otro lado, en la escena que se construye en torno a la infertilidad se hace visible la distribución dispar en las relaciones de poder entre médicos, mujeres y hombres; como se ha afirmado, es el propio campo médico-científico el que jerarquiza a la infertilidad como una enfermedad y, sobre la base de estadísticas, establece la paridad entre causas por factores masculinos y femeninos, pese a que al momento de comenzar o iniciar las primeras consultas, es la mujer la que primero debe someterse a estudios. «Frecuentemente, en nuestra sociedad la infertilidad es vista como un problema “de mujeres”, sin embargo, varios especialistas destacan que las causas se distribuyen prácticamente en términos equitativos. Paradójicamente, lo que vemos en este caso es que la

disciplina médica tiende a confirmar la opinión social, fijando el diagnóstico primero en la mujer y luego en el hombre» (Pérez, 2007: 229). En esta configuración, basada en una matriz cultural profundamente patriarcal, es la mujer la que rápidamente asume la culpabilidad por la hipotética falla reproductiva, al menos hasta que pueda comprobarse lo contrario; culpabilidad que además de ser autopercebida es sostenida y reforzada por los sentidos que circulan en los imaginarios sociales frente a la aparición de esta problemática:

«En ese momento creía y estaba convencida de que mi infertilidad tenía que ver conmigo. Los estudios de Hernán siempre daban bien. Cuando recién el año pasado que hicimos el tratamiento en la clínica Hernán se hizo un espermograma específico» (Entrevista a Mariana).

«Entonces fui a la ginecóloga, antes de caer en el especialista. Y bueno, ya en los análisis me dio que tenía hipotiroidismo, prolactina alta, etc. Esos fueron los primeros síntomas. Entonces la médica me dijo que si estaba buscando embarazarme, por esas razones, no iba a poder. Pero me dijo que no me preocupe, que se solucionaba tomando una medicación [...] De ahí hicimos un espermograma por rutina, la médica nos dio la orden para hacerlo. El espermograma le dio bien salvo un valor que estaba un poco bajo pero que no era impedimento. Nos recomendó unas vitaminas que no recuerdo si las compramos, o si las tomó él. Pero ahí todavía estábamos muy relajados. Pensábamos que arreglábamos la prolactina y la tiroides y quedo embarazada» (Entrevista a Ana).

No obstante, es interesante añadir que si bien la culpabilidad recae mayoritariamente en la mujer, la responsabilidad respecto a asumir el proceso que implica encarar este tipo de procedimientos, se asume como un asunto compartido entre ambos miembros de la pareja:

«La verdad es que al principio pero muy principio y como en una etapa inicial del problema, él me dijo algo así como “yo no me la voy a pasar deambulando de médico en médico” y yo me puse re mal. Pero después, a medida que fue pasando el tiempo y él también se dio cuenta lo que implicaba para mí y que era eso o nada, que yo no iba a ser feliz sin hijos, enseguida se puso las pilas y acompañó en todo, incluso era quien me contenía» (Entrevista a Cecilia).

«Todos los tratamientos los encaramos juntos, era como que había una “división de tareas” – implícita–, yo hacía algunas cosas y él otras, casi siempre él se ocupaba de sacar la plata, arreglar con la parte de presupuesto y todo eso; y yo más de los turnos, si había que escribir o

llamar a los médicos, ese tipo de cosas, sumado a ir a hacerme todos los estudios, darme las inyecciones, etc. En general toda la medicación la comprábamos juntos, cuando salíamos de las consultas...» (Entrevista a Fernanda).

«Los dos nos pusimos muy en manos de mi ginecóloga» (Entrevista a Mariana).

«El tema del hombre que se siente mal por ser responsable que el embarazo no venga, eso tampoco es tan así, eso era antes. Antes la mujer iba al ginecólogo a ver porque no venía el embarazo. Después se aprendió mucho, se vio que más veces el hombre era responsable de que ese embarazo no viniese y hoy es raro que la mujer venga sin su pareja, si es que la tiene. Además, se ve que desde la primera consulta el hombre trata de acompañarla siempre y eso antes no se daba. Participa mucho mas, como participa en la vida familiar; los hombres cambian los pañales cosa que antes no se hacía» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

Sobre este último aspecto se infiere que las re-configuraciones de roles que se desprenden de estos testimonios responden o más bien se inscriben en un contexto social más amplio en el que ha habido una serie de transformaciones culturales y políticas, que derivaron en la ampliación y reparación de derechos en cuestiones de género, entre otras, tal como se profundizó en el capítulo I. De este modo, dichos cambios contribuyen a generar las condiciones simbólicas para que tengan lugar nuevas prácticas sociales en las que se advierten otros patrones culturales.

3.2 El tiempo: Un significante determinado biológicamente

«No me quiero envejecer»

Quisiera parar el tiempo, compadre.

Me preocupa que me esté poniendo viejo,

Para que no se envejezca, mi vida.

y ahora es cuando veo las cosas más bonitas.

Me preocupa que me vaya a envejecer.

Te preocupa que me esté poniendo viejo,

Y no puedo tener las cosas que quiero.

y ahora es cuando veo las cosas más bonitas.

Me preocupa que me vaya a envejecer.

(...)

Y no puedo tener las cosas que quiero.

Quisiera parar el tiempo, compadre.

(...)

Para que no se envejezca, mi vida.

Que se pare el tiempo, que deje de correr.

Que se pare el minutero que no quiero envejecer.

Que se pare el tiempo, que deje de correr.

Que se pare el tiempo, que deje de correr.

Que se pare el minutero que no quiero envejecer.

Que se pare el tiempo, que deje de correr.

(...)

Que se pare el minutero que no quiero envejecer.

Alfredo Gutiérrez

En distintos apartados de esta tesis se ha hecho referencia a la dimensión del tiempo como una categoría emergente de la construcción teórica conferida a esta trama y que fue cobrando fuerza en el cruce de las trayectorias biográficas compartidas. Así, se presentaba esta tesis haciendo mención al «sonido de una campana que resonaba como el reloj biológico que tanto torturaba».

Al igual que lo expone la letra de la canción citada, el tiempo, entendido como un constructo social, es un significante que cobra trascendencia en los testimonios de las mujeres que en algún momento de sus vidas se han visto desafiadas por la problemática de la infertilidad. En estos relatos la cuestión del tiempo asoma con distintos matices aunque –siempre– es un tiempo que corre contra reloj, un reloj que es significado biológicamente. Es un tiempo en desventaja, o son estas mujeres con su edad *biológica* las que se auto perciben en esa condición de vejez que parafrasea una canción, que no necesariamente es propia, pero que también, tantas veces, es impuesta y aparece en el relato como metáfora de la experiencia vivida, huella de sus testimonios.

«Fue un camino a des-tiempo por mi edad biológica, pero fue un camino necesario para recién el año pasado poder hacer un tratamiento en una clínica especializada» (Entrevista a Mariana).

«Para mí los 35 fueron bisagra. Ahí ya empezaba el tiempo de descuento, en cuenta regresiva. Después con tantas redes sociales y tanta información, bueno... una ve que hay mamás primerizas a los 42 con tratamientos, incluso con la posibilidad de la ovodonación» (Entrevista a Ana).

«Yo empecé a buscar a los 28, cuando mi doctora me dijo después de mi operación que si iba a querer hijos, que empezara a buscar en ese momento. Así que, imagínate, pasaban los años y yo ya tenía 33 y me sentía re vieja para ser madre. Unos sabe que ahora todo es diferente,

que la expectativa de vida se alargó, pero igual, yo para mí quería otra cosa y entonces me sentía grande» (Entrevista a Fernanda).

Como ya fue referido en este capítulo, reaparece con firmeza la idea de control en estas mujeres, una necesidad de control sobre el transcurrir de los hechos de sus vidas que el paso del tiempo les limita, y por esa razón, el tiempo adquiere una connotación negativa para ellas. El haber soñado o proyectado, como fue expuesto, «querer ser madres jóvenes» y no poder concretarlo, las ubica en ese lugar de la frustración a causa del proyecto que «no puede concretarse». La noción del tiempo en este entramado asume diferentes implicancias de acuerdo al contexto tratado, aunque prevalece la idea de un tiempo que es significado biológicamente; es un tiempo que se escapa, que se va y se lleva los años; los años jóvenes que son los que el discurso médico prescribe como los años fértiles.

Por un lado, aparece la cuestión de la edad biológica de la mujer, que se acopia en los imaginarios sociales bajo el rótulo de «reloj biológico femenino», que indica que después de los 35-36 años resulta más arduo lograr un embarazo en forma natural que a los 20, ya que es a partir de ese momento que los ovarios empiezan a disminuir progresiva y aceleradamente la producción de óvulos en cantidad y calidad, desprendiéndose de este factor diversos tipos de diagnósticos causantes de infertilidad femenina. En este punto es interesante advertir los modos en que los posicionamientos de la medicina especializada se licúan entre las prácticas de las mujeres entrevistadas, quienes replican la sentencia médica que indica que, pese a los cambios en las prácticas culturales que retardan el proyecto de maternidad/paternidad en las clases medias y a pesar de los avances en materia de innovación científico-tecnológico respecto a la técnicas de fertilización asistida, la edad avanzada de la mujer sigue siendo un factor clave en la concepción biológica.

«El médico me dijo: yo no vi tus estudios pero por la edad que tenés, es el único plan. La mayoría de las clínicas, por una cuestión de estadísticas resultadísticas, digamos, plantean esto. Ahí me empecé a informar, empecé a leer –miraba de reojo, porque no quería–, pero leía...» (Entrevista a Mariana).

«Yo ya tenía 35 años, viste que los 35 es una edad límite... ya cuando tenés esa edad si vas a buscar de manera natural te recomiendan que no busques más de 6 meses, antes de los 35 te dicen que busques por un año. Para mi medico los 35 implicaba pasar de la inseminación

artificial a la *in vitro*, si bien yo tenía reserva ovárica me decía que la calidad empieza a disminuir y se acumulaban defectos genéticos» (Entrevista a Ana).

«En la actualidad la mujer busca (tener hijos) más tarde, la mujer consulta más rápido, por ejemplo, una de 28 que no se embaraza consulta un año después, en cambio una de 38, que a los dos meses ya no se embarazó, ya está preocupada porque sabe que la edad es importante, entonces eso cambió mucho» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

En esta encuadre teórico, es en el hábitat del cuerpo en donde se inscriben los límites biológicos del tiempo, es el cuerpo significado como joven –o no– el que materializa esos cambios fisiológicos que habilitan o des-habilitan a una mujer a convertirse en madre en forma natural. Desde este registro, al decir de Le Bretón (1995), en las sociedades modernas habrá cuerpos más útiles y otros menos útiles, y por ende, cuerpos más y menos desechables. En consecuencia, el sentimiento de frustración es doble: por no poder convertirse en madre y por la lectura social de esa situación que es el envejecimiento.

Asimismo, la carrera del des-tiempo también adquiere trascendencia en la escena médica respecto a la evaluación de los distintos tipos de tratamientos de acuerdo a las diferentes usuario/as y sus diagnósticos, que luego de transcurridos los años y los fracasos respecto a los resultados, se van convirtiendo en un *tiempo perdido*. Es decir, las mujeres que poseen un recorrido por estos trayectos y que fueron adquiriendo un «habitus» de esta práctica médica, se asumen en una posición legítima, en términos clínicos, para pronunciarse y valorar que determinados tipos de tratamientos resultan, a la larga, tiempo y dinero mal invertido.

«Vi las primeras como una pérdida de tiempo. Hice dos y a la tercera el médico me dijo que probáramos *In vitro* y yo no quería, sentía que llegaba al final de las posibilidades. Entonces quería ver si con tratamiento de inseminación podía hacerlo. Las dos primeras las pagué yo y todo lo demás me cubrió la obra social» (Entrevista a Ana).

«Fijate, hice 12 inseminaciones artificiales y 3 *In vitro*, ¡y en la tercera quedé! Pero a todo esto ya habían pasado como 7 años, ¡increíble! Para mí las inseminaciones fueron una pérdida de tiempo, de plata, de todo, aunque no salen mucha plata pero igual. Con mi diagnóstico y el de mi marido tendría que haber hecho algunas y después pasar directo a una *In vitro*» (Entrevista a Cecilia).

«Si a mí alguien me pregunta, yo siempre digo: “no vayas por las inseminaciones, a la larga es perder el tiempo...”. A veces los médicos la pifian, total es tu tiempo, tu cuerpo, tu angustia...» (Entrevista a Cecilia).

«No entiendo por qué después de quedar y perderlo, quedar y perderlo, no me hicieron al toque los estudios de trombofilia. Quizás no era eso, pero algo hay por lo que no puedo retener los embarazos...Pero a veces no te da para ser vos quién le diga al médico: “che, haceme este estudio”, se supone que son ellos los que saben, y uno quién es, ¿no?» (Entrevista a Fernanda).

En esta secuencia reaparece la disputa de posicionamientos entre médicos y usuaria/os en relación a los procedimientos médico-técnicos que se entablan a partir de los conocimientos adquiridos en base al acceso a los canales de información que se fueron refiriendo en los apartados previos. En ciertas circunstancias, las mujeres en la instancia de consulta se asumen con herramientas discursivas para poder intervenir en las decisiones respecto a las prescripciones médicas, aunque, como se observó en las experiencias, en la mayoría de los casos no llegan a torcer las determinaciones que, finalmente, se resuelven como parte del diagnóstico. Aunque también se advierte que ante la disconformidad en los resultados, muchas veces la alternativa es la interconsulta, que finalmente deriva en el cambio de profesionales y de centros o clínicas especializadas. En esta escena, es la significación del tiempo en términos de algo que se pierde y que ya no puede recuperarse, lo que recurre y termina por ser definitorio en estas decisiones, son los médicos quienes «te hacen perder el tiempo».

Contrariamente, es el tiempo de espera en las consultas el que resulta eterno, estático, como en pausa:

«Uno entra a Halitus y nunca sabés cuando te vas. Llegábamos de día y nos íbamos de noche, eso te juro que me deprimía... Ahí perdés la noción del tiempo» (Entrevista a Fernanda).

Las interminables esperas en los consultorios se convierten en una huella que se tornará indeleble y recurrente en los relatos de estas mujeres quienes simbolizan esos ratos prolongados como una instancia más de todas las que hay que atravesar como parte del circuito de la especialidad en las que, al parecer, no hay mucho sobre lo que poder decidir. Los procedimientos son y están disponibles para quienes puedan y tengan la fortaleza física, anímica y económica de poder

encararlos, pero hay ciertos «códigos» propios del sistema médico sobre los que existe posibilidad de resistencia, aunque no de transformación. Así es que las mujeres manifiestan una clara incomodidad y un cuestionamiento a la calidad de la atención en estas instituciones, fundamentalmente en relación a las largas esperas para ser atendidos por los especialistas y también en el trato de las empleadas y de las asistentes ocupadas de la atención al público; pero, al mismo tiempo, representan tales situaciones como fenómenos socialmente naturalizados, es decir, como un hecho sobre el cual nada se puede hacer y hay que aceptar a cambio de continuar en el camino hacia el logro del objetivo tan esperado.

«Casi siempre nos íbamos peleados de ahí porque yo me amargaba de perder tanto tiempo esperando, y me ponía insoportable; obvio que yo sé que los médicos son así, y más en este tipo de especialidad, pero a mí lo que me daba mucha bronca es que ellos saben que vos esperarás como un boludo y no les importa nada, se cagan en uno, total a vos no te queda otra... A veces me sacaba y quería ir a quejarme con las secretarias y Damián me frenaba y ahí no peleábamos, ¡ja, ja!» (Entrevista a Cecilia).

«Y sí, le ponés el cuerpo a todo: a las inyecciones, a los estudios, a las esperas agotadoras en las salas de espera, a las flacas que te atienden que te tratan como si te estuvieran haciendo un favor... A veces pensaba: “Flaca, si no te gusta tu trabajo no lo hagas, pero yo no tengo la culpa”» (Entrevista a Fernanda).

«El tiempo que perdés, o bueno, que invertís (¡ja, ja!), es incalculable. Necesitás tiempo para todo: para ir a hacerte los estudios, sacarte sangre, llevar y traer resultados, ir a la consulta; y ni que hablar cuando hacés los tratamientos, eso es “otro tema” » (Entrevista a Cecilia).

«Esperaba un montón en la sala de espera. Cuando estabas adentro del consultorio estabas bárbara pero mientras había que esperar, a veces teníamos turno a la mañana y siempre tenía que pedir el día en el trabajo y como no contaba nada siempre tenía que inventar una excusa» (Entrevista a Ana).

Como se infiere de la escucha de estas voces, aunque en determinadas instancias el tiempo resulte elástico, eterno, incalculable cuando se valora como una pérdida; y cuando el tiempo se mide en relación a los años pareciera que se escapa, en todos los casos aparece un sentido del control que se intenta ejercer pero que, en definitiva, no se puede lograr.

Al mismo tiempo, el factor temporal valorado respecto a los años de la mujer y el impacto en su fertilidad, también es incorporado en los discursos del Estado a través de su respectiva normativa. Como se abordó en el capítulo I, la Ley provincial N° 14.208, a través de su reglamentación cuyo Anexo Único forma parte del Decreto 2980/10, en su artículo 4° establece que:

«Accederán a los tratamientos de fertilidad asistida aquellas mujeres cuya edad se encuentre comprendida entre los treinta (30) y cuarenta (40) años. Se dará prioridad a las parejas que no tengan hijos producto de dicha relación, brindando la posibilidad de un (1) tratamiento de alta complejidad por año, hasta un máximo de dos (2) » (Artículo 4°, Decreto 2980/10).

Si bien más adelante la Ley provincial se adecuará a la Ley nacional 26.862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida en la que no existen restricciones etáreas para la cobertura de tratamientos, la cuestión de la edad en las mujeres es un factor que tiene una fuerte connotación en los imaginarios acerca de la maternidad. Enclave depositario de una matriz biologicista que es la que otorga sustento al discurso médico-científico, por un lado, también reconocido y legitimado por el discurso normativo del Estado.

Es importante señalar que el tema de la cobertura médica fue un aspecto controvertido que surgió de las voces de las mujeres, puesto en palabras como «un camino desgastante», «una carrera de obstáculos», «abrumador» que se suma al que deben afrontar estas parejas al momento de tomar la decisión de comenzar un tratamiento para lograr un embarazo. Si bien desde la sanción de la Ley provincial primero y luego la ley nacional, aumentaron las parejas que recurren a las obras sociales y medicina prepagas para acceder a la cobertura de estos tratamientos, como así también a los hospitales públicos que están obligados a cubrirlos, lo cierto es que en la práctica tanto las obras sociales como las prepagas ponen resistencia al momento de tener que otorgar la cobertura. Pese a que las leyes, tanto en provincia de Buenos Aires como en Nación fueron aprobadas con amplia mayoría y consenso de los distintos bloques políticos, no necesariamente el acuerdo representaba los intereses del sistema de medicina privada así como tampoco el de las obras sociales (como es el caso del Instituto Obra Médico Asistencial –IOMA–, quienes fueron convocados a la discusión parlamentaria), ya que los costos de los tratamientos son altísimos y esto adquiere un alto impacto en las partidas presupuestarias de dichos organismo y entidades. No obstante, a quienes cuentan

con una prepaga el proceso les resulta menos arduo, y en casi todos los casos en que se cumplen con los requisitos contemplados en las normativas, los tratamientos son solventados²².

«Ir a IOMA ya me generaba lágrimas, siempre me decían que el trámite había pasado a auditoría o que estaba en tal lugar o en otro, que le faltaba un papel, o un dato, siempre faltaba algo... Si bien yo soy abogada, en ese momento ya no toleraba nada» (Entrevista a Ana).

«En un momento cuando inicié el trámite en IOMA para el tratamiento de alta complejidad, yo dejé de averiguar e ir a delegación a ver qué pasaba con el trámite. Ahí él me empezó a insistir y casi tomó la iniciativa completa de ir a averiguar» (Entrevista a Ana).

«Lo nuestro fue como un guerra con IOMA, porque si bien la Ley estaba, ni bien se aprobó no contemplaba el tema de los donantes, y eso era totalmente injusto para nuestro caso» (Entrevista a Cecilia).

De este modo, para estas mujeres y sus parejas, el tiempo transcurre mientras los trámites administrativos para que los tratamientos puedan ser cubiertos no corren, se paralizan, quedando presos de la burocracia y de los intereses disputados entre los distintos actores que integran esta trama: representantes del Estado (sector público), corporaciones de medicina prepaga (sector privado), y la sociedad, que pese a comprenderse como parte del Estado, en este caso se la inscribe como un sector aparte. En muchos casos, las parejas se dirimen entre esperar los tiempos administrativos que escapan su control, es decir, son tiempos que desconocen los deseos y las edades de estas mujeres; o solventarse los costos en forma particular, poniendo en un orden de prioridades el hecho de poder realizar los tratamientos en el momento que se considere oportuno y

²² Al respecto, Luciana Mantero explica que hasta el 2015, «la Ley 26862 se cumple de manera dispar, pues no todas las provincias han adherido, hay pocos hospitales públicos que cuenten con los recursos para hacer los procedimientos, las obras sociales y prepagas suelen poner una catarata de excusas, sobre todo en los tratamientos con donación de gametos (lo que terminaba en una judicialización de los casos) y hay pocos bancos de gametos que estén autorizados por el Ministerio de Salud de la Nación (en especial en la Ciudad de Buenos Aires) como indica la norma. Además, la ley es confusa en cuanto a la cobertura total de la medicación. Las ONG que trabajan en el tema tienen su fe puesta en una nueva ley especial de regulación de las técnicas de reproducción asistida, que ya tiene media sanción y que es una condición establecida por el nuevo Código Civil para ordenar el tema» (2015: 32).

Para ampliar: «A dos años de la ley de fertilización, lo que todavía falta». Infobae (6-6-15). Recuperado de: <http://www.infobae.com/2015/06/06/1733294-a-dos-anos-la-ley-fertilizacion-lo-que-todavia-falta/>

«Tratamientos de fertilidad, un derecho». Página 12 (28-6-12). Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-197406-2012-06-28.html> (URL consultada en enero de 2017).

no el que dispongan las obras sociales o pre pagas, por encima del gasto de dinero que implican los altos costos de dichos procedimientos. En estas valoraciones reaparece con fuerza el sentimiento de incertidumbre, de la imposibilidad de conocer el desenlace de los hechos para poder tomar las mejores decisiones; nuevamente cobra significación la angustia que genera no poder controlar todo lo pautado.

«Creo que si sacáramos la cuenta de lo que hemos gastado en tratamientos, ¡hubiéramos podido comprarnos una casa! Suponte que no una casa, pero sí un departamento, ¡ja, ja! Ni que hablar que un auto... No es que no lo tome como una inversión, obvio que después que pasa todo y, finalmente, lográs quedar embarazada no importa nada y te parece que fue el mejor dinero gastado. Pero en el mientras tanto, a veces me preguntaba: “¿Valdrá la pena?”, “¿Y si nos gastamos todos los ahorros y después no se da...?”» (Entrevista a Cecilia).

«Mi marido siempre decía en joda que iba a guardar todas las facturas para el día que sean grandes y se porten mal mostrarles todo lo que habíamos gastado en ellos. A mí me daba risa y angustia a la vez pensarlo así...» (Entrevista a Fernanda).

«Yo siempre irónicamente digo que tengo un Posgrado en IOMA, porque conozco cada una de las cosas con las que te pueden querer cagar y trabar los trámites, ¡ja, ja! Pero ni hablar, es desgastante, yo creo que ellos apuntan a eso, a desgastar al afiliado y que te rindas. O también a que le presentes un amparo, total hasta que hacés todo, los tiempos judiciales también son muy particulares así que ellos mientras ganan tiempo. Pero en definitiva buscan no pagarte los tratamientos» (Entrevista a Cecilia).

La dimensión temporal, entonces, se filtra en los distintos discursos cobrando significaciones que también ponen de relieve la circulación de poder en las distintas escenas. Como se lee en los diálogos con las entrevistadas, el proceso de gestión de cobertura de los distintos procedimientos médico-técnico ante las obras sociales y/o pre pagas, significado como una carrera de obstáculos, revela los niveles de vulnerabilidad en los que se encuentran las parejas en estas instancias, en las que se advierte un vacío normativo en el pasaje entre *la letra*, es decir, la normativa vigente, y su puesta en práctica. Sin embargo, y dependiendo además de su condición socio-económica, también se advierte unos mecanismos de resistencia por parte de estas mujeres, quienes recurren a diversas estrategias a los fines de poder hacer frente a esta batalla –tal como algunas de ellas la caracterizan–

haciendo perceptible desde la perspectiva aquí planteada, que el poder circula y sus relaciones nunca son absolutas, lineales, sino que existen relaciones de hegemonía/subalternidad, entre distintos sectores que pugnan por el reconocimiento y legitimidad de sus acciones.

3.3 La edad influye, pero ¿sólo para las mujeres?

Como se ha puesto expuesto previamente, la implicancia del tiempo es un elemento que cobra gran trascendencia en la trama construida en torno a la problemática de la infertilidad frente al proyecto de maternidad/paternidad. Frases como: «Yo fantaseaba con ser una madre joven», «Los 35 para mí fueron bisagra», «Fue una carrera a destiempo con mi edad biológica» refuerzan esta aserción y ubican conceptualmente la dimensión temporal como parte de la construcción problemática. En esta configuración, es la edad de la mujer la que se convierte en punto de inflexión, la que primero se analiza en la consulta médica, la que se pone en «observación» y sobre la que se dispara una discusión entre especialistas al momento de prescribir un tipo de tratamiento. También, es la edad femenina la que se convierte en límite para acceder –o no– a la cobertura de un tratamiento por parte de las obras sociales o medicina prepaga.

«Al tercer día fue la transferencia y me transfirieron dos y cuatro congelamos. Eso lo pagamos aparte porque aún no estaba vigente la Ley nacional aún y con IOMA de Provincia no estaba contemplada la crio preservación; hasta ese momento era *sólo para parejas* y la mujer no tenía que ser mayor de 40 años, y si ya tenías hijos tampoco podías. Ahora sí la Ley nacional es mucho más amplia, aunque la provincia de Buenos Aires aún no adhirió» (Entrevista a Ana).

«Y el hombre en esa foto puede ser alguien que en unos años esté mucho peor o no, pero no se sabe. Entonces también congelar muestras del hombre no está mal porque con el paso del tiempo el hombre empeora, quizá más sutilmente. Si el hombre congela cuando no está muy bien a los 30, si quiere un embarazo a los 50 va a tener la muestra esa para poder tener un hijo» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

Sin embargo, como ya se especificó, pese a que la edad del hombre también influye en la fertilidad de la pareja y en el logro de un embarazo, en las biografías de estas mujeres la jerarquía de edades no es igual para unos y otros. Para ellas, lo que gravita con el correr de los años y ese embarazo que no llega es su edad, son sus años significados biológica pero también culturalmente; es decir,

no se desconoce la discusión desde la perspectiva médica respecto a la edad fértil de la mujer y su vinculación con la del hombre, pero en sus abordajes discursivos la representación acerca de la edad para ser madre y la edad para ser padre no adquiere el mismo registro.

«La primera respuesta del sistema médico fue: qué bueno, vas a tener un hijo. Su planteo no fue sobre el tema de la edad como una imposibilidad. Nunca le pregunté por qué lo trabajó así, si por una cuestión de convencimiento me dijo que era perfectamente posible o por una cuestión de que yo lo vaya atravesando...» (Entrevista a Mariana).

«Sí, obvio que para Gustavo también los años influyen, seguro que no es lo mismo su estado físico –quiero decir su productividad– a los 20, 30 que ahora. Pero no es lo mismo, bah, que se yo, para mí no es lo mismo ser madre a los 40 que ser padre a los 40, o ser madre a los 50 que ser padre a los 50... ¡Mirá Tinelli, ja, ja!» (Entrevista a Fernanda).

«Para mí la edad de mi marido no era un impedimento para lo biológico. Lo que si él quería ser padre y ya estaba grande pero bueno no, nunca lo vimos como un impedimento» (Entrevista a Ana).

En estas secuencias discursivas resurge el vestigio de la culpa por el embarazo que no se logra, por el hijo que no llega, recayendo en el factor femenino una importancia central de la dificultad y imposibilidad, más allá de la enunciación médico-científica. Y en las que también la mirada de los otros conquista una parte trascendente en esa construcción respecto a la ausencia de hijos en la pareja, lo que contribuye a generar una presión aún mayor en ellas; es decir, en muchos casos, es a la mujer a quien el entorno le dirige las preguntas incómodas, «sutiles, disimuladas acerca del problema posible de la pareja para tener hijos».

«También tenía la culpa de sentir que privaba a mi marido de tener un hijo ¿y si no podíamos tenerlo nunca? (Entrevista a Ana).

«Mi mamá siempre me decía: “quiero mi nieto, quiero mi nieto”. Tengo confianza con ella en un montón de cosas pero en esto no, nunca pude hablarlo (Entrevista a Gabriela).

«Él siempre fue positivo, obviamente que también le preocupaba el tema. El nunca se deprimió y en un momento llorando le dije que si quería lo dejaba libre para que él tuviera un hijo con

otra... ahora me río pero era terrible. El me dijo que no, que se quedaba conmigo» (Entrevista a Ana).

«Mayormente era así. El médico le había dicho a mi marido “hombres como vos en la calle tienen muchos hijos”, entonces el problema de infertilidad recaía sobre mí. Yo no sé si por una cuestión machista o qué pero sentía que la responsabilidad o la culpa era mía» (Entrevista a Mariana).

«Es muy loco pero todo el mundo siempre venía como en secreto a preguntarme a mí, como si fuera un tema tabú y, además, como que a Gustavo no se le pudiera preguntar. ¡Hasta mi suegra me venía a preguntar a mí! Un día le dije: “No te ofendas Mirta, pero por qué no le preguntás a tu hijo”» (Entrevista a Fernanda).

Asimismo, y como quedó planteado al inicio de este capítulo, surge de la indagación la prórroga del proyecto de maternidad/paternidad como alternativa ante otros deseos y metas personales, o sea, una suspensión del momento en que las mujeres deciden programar sus embarazos. Nuevamente la noción del tiempo es crucial ya que, transcurridos los años más fértiles para la mujer, comienza a tintinear el reloj biológico y, entonces, sobrevuela una valoración –muchas veces tácita– en los imaginarios sociales que pone en discusión el desarrollo laboral y profesional de las mujeres y, por qué no pensarlo, en los estamentos de poder; esto pese a las transformaciones sociales y culturales que se dieron en respuesta a las discusión pública en políticas de género impulsada por gestión del gobierno nacional durante la última década.

3.4 Aunque no se diga, los genes importan...

Lo trabajado en el último apartado acerca de la significación del tiempo y la edad en que la fertilidad de la mujer comienza a ser cuestionada desde su determinación biológica, encuentra una conexión directa con otro de los puntos clave que asomaron en las narrativas de las entrevistadas.

Tal aparece en la indagación previa, la infertilidad se ve fuertemente atravesada por la cuestión de la edad, tanto de mujeres como de hombres, aunque no en iguales valoraciones. En esta configuración, ante los intentos de tratamientos frustrados, los embarazos que no se retienen, las dificultades económicas para continuar con estos procedimientos, que también fue un aspecto

contenido en esta trama, comienza a asomar como posibilidad ante la permanencia del anhelo de un hijo, la opción de la ovodonación, por un lado, y la instancia de la adopción por el otro.

Sin mucha discrepancia al respecto, tanto una como otra alternativa resultan como posibilidades secundarias en el mejor de los casos, cuando no impensadas hasta ese momento, o como una última chance dentro del abanico de posibilidades que brinda la especialidad en Técnicas de Reproducción Asistida²³. Por una parte, fue en los últimos años y con el advenimiento de las leyes antes referenciadas que se comenzó a tener conocimiento público sobre las técnicas de fertilización asistida, y más aún, con donación de gametos, ya sea ovodonación (donación de óvulos), donación de espermatozoides, o menos frecuente, donación de embriones (con material genético masculino y femenino donado) aunque, como fue señalado previamente, si bien a nivel nacional la ley de

²³ Se denominan Técnicas de Reproducción Asistida a todos aquellos métodos mediante los cuales se trata de aproximar en forma artificial a las gametas femeninas (óvulos) y masculinas (espermatozoides) con el objeto de favorecer el embarazo. En cuanto a las Técnicas de baja complejidad se encuentran:

- Coito programado: consiste en una estimulación leve de la ovulación y en controles ecográficos periódicos; tienen como objetivo conocer el número de folículos presentes en los ovarios y de programar el momento adecuado para tener relaciones sexuales.
 - Inseminación artificial conyugal y con semen de donante: se introduce el espermatozoide en la vagina de la mujer por medios artificiales.
- Entre las técnicas de alta complejidad:
- Fecundación in vitro (FIV): indicada en casos de patología bilateral de las trompas de Falopio o de número insuficiente de espermatozoides para poder efectuar una inseminación intrauterina. También recomendada después de 4 intentos de inseminación intrauterina sin éxito.
 - Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI): se trata de una técnica mediante la cual un solo espermatozoide se introduce en el citoplasma de cada óvulo, para lo que se atraviesa la membrana del óvulo con una micropipeta. Este método mejora mucho los resultados obtenidos ante una infertilidad masculina ocasionada por oligozoospermia severa.
 - Criopreservación de embriones: los procedimientos de reproducción asistida suelen efectuarse con una hiperestimulación ovárica controlada, a fin de obtener un buen número de óvulos y de embriones. Usualmente, el número de embriones que se transfieren es entre 2 y 4, según la calidad embrionaria y la edad de la mujer. Si hubiese más embriones de los deseados, se pueden almacenar por medio de una técnica denominada criopreservación, que consiste en mantener los embriones a muy bajas temperaturas, por lo que todas las funciones celulares se detienen pudiendo conservarse en este estado durante varios años. De esta manera, los embriones criopreservados pueden ser descongelados y utilizados un tiempo después.
 - Transferencia intratubárica de gametos (GIFT): se diferencia de la FIV en que los espermatozoides y los óvulos son colocados directamente en la trompa de Falopio durante una laparoscopia, en vez de fertilizarse en el laboratorio. Si la fecundación es exitosa, el óvulo se traslada al útero, exactamente igual que en un ciclo natural.
 - Transferencia de blastocitos: los embriones permanecen entre 5 y 6 días en el laboratorio, solo un tercio de los embriones suele llegar a esta etapa de blastocisto. Esta técnica tiene la ventaja de que los embriones son más fuertes en el momento de la transferencia y es más probable que den lugar a un embarazo. La desventaja es que existe el riesgo de que pocos o ningún embrión sobreviva al estado de blastocisto y se deba cancelar la transferencia embrionaria.
 - Donación de gametos: se pueden donar óvulos y también espermatozoides. Utilizan este método las mujeres sin ovarios funcionales o con óvulos que poseen anomalías graves. En la legislación de nuestro país, los donantes son anónimos. El procedimiento es igual al de la FIV, exceptuando que es la donante la que se somete a una inducción de la ovulación y recogida de óvulos, mientras que la futura madre recibe tratamiento con estrógenos y con progesterona, preparando así el recubrimiento uterino para recibir un embrión.
 - Gestación en vientre de alquiler: una mujer acepta gestar y dar a luz al hijo de otra pareja o de una persona soltera. Los padres pueden aportar el propio material genético (óvulo y espermatozoide) o en su defecto se recurre a un donante de óvulos y/o espermatozoide. En Argentina no se realiza porque no existe una legislación que regule esta técnica.

Todos los tratamientos de alta complejidad requieren un seguimiento exhaustivo, en donde las mujeres deben inyectarse hormonas, en algunos casos, anticoagulantes, y realizarse, día por día, ecografías para ver los resultados de la estimulación ovárica. Se trata de un control riguroso que, en la mayoría de los casos, es sentido como un examen absolutamente determinante.

Fertilización Asistida contempla la cobertura con donación de gametos, y la provincia de Buenos Aires adhirió a la norma, al momento resulta muy engorroso para quienes tienen que llevar adelante este tipo de procedimientos acceder a su cobertura por parte de la obra social bonaerense. En este sentido, al tratarse de procedimientos técnicos especializados, es el campo médico el que aventaja posicionamiento respecto al tema, que luego es reapropiado por otros campos de maneras disímiles y con diversos grados de legitimidad.

«Ahora miro todo con otros ojos, mucho más relajada. Si tengo que darle aliento a alguien, ahora puedo hacerlo, diciéndole que hay muchas alternativas: obras sociales, la Ley; en mi momento yo me sentía ahogada. En realidad, si vos lo ves es un solo tratamiento de alta complejidad, yo hice tres inseminaciones y una in vitro. Dentro del problema fui “afortunada”» (Entrevista a Ana).

«Al principio me figuraba algo como medio monstruoso, viste... Mucho rechazo. Pensaba “esta gente está loca”, después empecé a leer, conocí a gente que tuvo a sus hijos por ovodonación y bueno... construir lo que es un hijo por ovodonación» (Entrevista a Mariana).

«Todo lo que sea hecho con honestidad y como corresponde está bien. Tanto es así que nadie duda que al hijo producto de óvulo donado o de semen de banco convenga y haya que decirle el origen, primero porque no hay nada que ocultar. Y si alguien lo oculta yo te diría que eso era más antes que ahora; ahora ya está todo instalado. Aparte hay tantas mujeres que tienen hijos después de los 40 años, que si una mujer de 45 años hace tratamiento con óvulos donados y no se lo dice al hijo, el día de mañana le va a preguntar: “¿Yo soy como Juancito del colegio, también de óvulo donado?” Porque la gente se informa y las cosas que generacionalmente ocurren cambian muy rápido, 10 años es mucha diferencia. Una mujer de 40 no piensa lo mismo que una de 20 y son 20 años nomás». (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

Este aspecto resulta significativo ya que al silenciamiento de la condición de infertilidad y las estrategias discursivas que auxilian a quienes se ven atravesadas por esta dificultad, que como se reconoció, se desplazan de la negación y del ocultamiento hasta el solapamiento frente a la mirada de los otros, se adjunta la posibilidad de tener que recurrir a un tratamiento con donante. Instancia que en el ejercicio de análisis es significada por estas mujeres como un momento crítico, decisivo, y a la vez límite, ya que luego de eso, o más allá de esta alternativa, no queda mucho más por hacer o a donde recurrir.

«El médico me dijo: yo no vi tus estudios pero por la edad que tenés, es el único plan, vos no tenés “Plan B”. Me cayó para el culo lo que me dijo y me fui» (Entrevista a Mariana).

«Para mí la ovodonación no era una posibilidad en ese momento. Me parecía que no, no, no. Pero bueno...viste que son escalones, son pasos. A medida que se va complicando una va...pensando en cualquier cosa, en todas las posibilidades» (Entrevista a Ana).

En sus relatos se leen sentimientos de dolor, de sufrimiento, pero también de mucha resignación al momento de siquiera imaginar esta posibilidad, de poder lograr el embarazo tan esperado a cambio de abandonar parte de lo propio, de su materialidad genética. Y en este punto se reconocen posicionamientos transversales hacia dentro de los campos discursivos cuyos niveles de recurrencia se fueron dando a lo largo de las experiencias analizadas. El anhelo de tener un hijo está por encima de cualquier otra cosa, es lo que más esperan estas parejas, y en muchos casos, en la escucha no parece importar demasiado el costo a pagar por alcanzarlo. Sin embargo, ante la posibilidad inminente de que esta quizás es la única de las opciones para que el tratamiento resulte exitoso y, tal vez la última, el proyecto de maternidad/paternidad se desdibuja y se hace permeable al determinismo biológico. Es decir, lo que gravita en sus anhelos de formar una familia es la crianza de los hijos como proyecto compartido, sentido del que se desprende una representación acerca de los hijos en términos figurativos, es decir, más allá de cuál sea su origen. Sin embargo, llegado el “tiempo” límite, el final, el de tener que definir un camino, esa representación se ve vulnerada, se torna menos nítida, y el hecho de transmitir la «marca genética» es lo que otorga contrapeso en la toma de decisiones.

«Me parecía re loco, extraterrestre que alguien te pudiera donar un óvulo» (Entrevista a Mariana).

«No pensaba en la ovodonación, no por lo engorroso, más que nada por la maternidad biológica. Yo quería tener en la panza un bebé que fuera mío» (Entrevista a Ana).

«Sinceramente, si me preguntás, no me parecía algo imposible... En un punto, frente al panorama desolador, y al ser un fracaso tras otro, decís, “bueno, si esto garantiza un embarazo vamos para adelante”. Pero después, cuando tenés que empezar un tratamiento y te ponés en situación, y te empezás a imaginar cómo será un hijo así... qué se yo, no es fácil» (Entrevista a Cecilia).

«Para nosotros el límite de ponerle el cuerpo a esto era ese, hacer un tratamiento con donante, en eso estábamos de acuerdo, ninguno estaba de acuerdo con eso, para nosotros eran hijos nuestros o no eran. Y lo mismo con la adopción, nunca se nos cruzó, es un esfuerzo muy grande para el cual no estábamos mentalizados» (Entrevista a Fernanda).

En estas escenas discursivas se observa con claridad la complejidad a la que se enfrentan quienes deciden experimentar los progresos de la ciencia en materia de fertilidad y cuando es el cuerpo el que se convierte en el límite entre lo posible y lo imposible. Para estas mujeres, la dificultad y la angustia ya soportada se acentúan cuando ya no quedan alternativas y la única salida es que otra mujer transfiera su fertilidad para que el anhelo de la maternidad comience a pensarse realizable.

«Una cosa es tener que hacer uno o varios tratamientos para intentar un embarazo, y otra muy distinta es tener la certeza que lo que vos como mujer tenés para aportar, genéticamente hablando, no sirve de nada, es terrible... Saber que una pendeja de 20 hace “así” y queda embarazada y encima puede ¡donarte óvulos!, y vos porque tenés más de 30 no podés, es muy triste» (Entrevista a Cecilia).

«¿No sé cómo miden al paciente!?! ¡Salimos y nos dieron el formulario para la ovodonación!» (Entrevista a Mariana).

«Igualmente, luego de trabajarlo un tiempo (como te decía, yo siempre hice terapia: antes, durante y después de todo esto) ya me había convencido que sí, y no me hacía mucho rollo. Pensaba que no tenía nada de malo que, de última, iba a ser mi hijo porque yo lo iba a llevar en la panza, eso era lo que más me importaba» (Entrevista a Cecilia).

«No hay cosa más linda que tener una panza, que todo el mundo te trate te bien, te la elogie. El embarazo es como un momento mágico, especial. Menos mal que no me lo perdí, lo hubiera lamentado mucho. Pero claro, yo lo tuve en la panza, es otra cosa» (Entrevista a Cecilia).

«Es un tema delicado para las pacientes, no es algo fácil de asimilar. Para nosotros sería muy fácil porque, muchas veces, las tasas de éxitos de los tratamientos varían en un 50 por ciento cuando se realizan con ovodonación o con donante de esperma, sobre todo con óvulos donados aunque también influye la parte masculina, aunque se trabaje menos. Pero es lógico que las pacientes no buscan eso en el consultorio, entonces uno intenta primero agotar todas las instancias con sus propios óvulos y bueno, después de varios intentos se deja deslizar la idea.

A veces genera rechazo en un primer momento pero luego lo van asimilando» (Entrevista a la Dra. Esther Feldman).

«No siempre, pero a veces se brinda la propuesta de ir a una ovodonación y si eso falla, volver a de nuevo a probar con los propios óvulos» (Entrevista a la Dra. Esther Feldman).

«Hay de todo, pero muchas parejas son ellas mismas las que vienen ya con el planteo de ir a una ovodonación, ya cuentan con esa información entonces uno ya no tiene que tener tanta cautela; en cambio otras ni se les cruza y uno ve que rechazan la idea cuando se les propone» (Entrevista al Dr. Sergio Pasqualini).

En esta configuración, y si bien no se tuvo en cuenta para el análisis la palabra de los hombres en forma directa, estos hombres fueron dichos por sus parejas. A partir de esta observación, se advierte que la eventualidad de realizar un tratamiento con donante impacta de manera dispar en hombres y mujeres. Como permiten ver las entrevistas, llevar un bebé en la panza posee una valoración de plenitud absoluta que se interpreta, también, como de estado de empoderamiento frente al entorno social. Es el modo tangible en que la mujer extrae diferencia en relación al hombre en el juego de posiciones; es su condición biológica «natural» la que le otorga un único emblema que, bajo ninguna circunstancia y pese a los avances de la ciencia, el hombre podrá poseer. Al decir de Ana María Fernández (1993) es el mito de la mujer-madre el que circula en los imaginarios sociales acerca de la condición femenina: se es mujer-madre o no se es mujer; el estado de abundancia extrema en la mujer se da con el embarazo, lo cual incorpora un signo de interrogación, un significante que debe ser completado cuando lo mujer no alcanza esa condición.

Entonces, frente a la posibilidad de realizar un tratamiento con material genético donado, tanto de hombre como de mujer, se torna evidente la desigual implicancia para unos y otras. En el caso de la ovodonación, al menos la mujer puede llevarlo con ella; en cambio la figura masculina queda plenamente desdibujada en ese proceso, aunque esto no se ponga en palabras ni se dé a conocer por fuera del vínculo íntimo de la pareja. La hombría, la virilidad, bastiones del patriarcado, se ponen en jaque frente a esta situación. Sobrevuelan, aunque más no sea de modo subjetivo, fantasías o imágenes que vinculan con futuras escenas en las que la mirada de los otros –el entorno familiar y social– vuelve a cobrar fuerza en esta construcción problemática. Interpelaciones acerca de los parecidos físicos, posibles cuestionamientos futuros por parte de esos hijos, reclamos, y

miradas intimidatorias conforman un abanico de potenciales sucesos en los que los hombres se proyectan ante esta contingencia.

«Al principio él no quería contar ni hacer un tratamiento, para él era avergonzante respecto de su hombría y su virilidad» (Entrevista a Mariana).

Por otra parte, estos sentidos se reconocen en la misma clave cuando surge el tópico de la adopción como una opción frente a los reiterados intentos de tratamientos fracasados y cuando las esperanzas comienzan a desvanecerse. Como se viene indagando, la maternidad/paternidad es un hecho que se inscribe en la cultura, es decir, es un fenómeno determinado biológicamente no exento de una lectura social que tiene variadas significaciones de acuerdo a los tipos de culturas, razas, etnias, épocas, etc. En términos de Pérez, «se trata de un modelo socialmente avalado de familia, que asocia relaciones sociales (parentesco) con relaciones “naturales” (vínculos biológicos)» (2007: 240).

En este encuadre, en las experiencias recogidas se registra cierto paralelismo entre la significación acerca de realizar un tratamiento de fertilización asistida con gametos donados y la posibilidad de la adopción. Si bien se analizan diferentes niveles de legitimidad para una y otra opción, ambas circunstancias se ubican en un mismo ordenamiento jerárquico. En las narrativas de estas mujeres, tanto los tratamientos con donantes como la adopción de hijos se encuentran entre las últimas chances antes de dar por cerrado el capítulo de la maternidad y el sueño de formar una familia.

«En ningún momento pensé en adoptar, en ese momento lo descarté. Si bien me sentía frustrada y era muy negativa, por otro lado albergaba la esperanza de que en el próximo se iba a dar, entonces no pensaba mucho más allá» (Entrevista a Ana).

«Nosotros no lo descartábamos, pero obvio que no era lo que soñábamos...Nadie quiere tener un hijo que no sea del todo de uno, ¿o no? Yo si me dabas elegir quería ser madre yo, obvio, pero bueno, después de tanto intento y fracasos, lo empezamos a pensar como posibilidad...» (Entrevista a Cecilia).

«No, para nada, yo no tendría problema en adoptar, pero nunca se nos dio por anotarnos en el registro, vamos a ver más adelante» (Entrevista a Mariana).

«Y, no es un tema fácil. La gente muy suelta te dice: “¿Por qué no adoptás?”, como si fuera tan fácil. No es que yo tenga algo en contra de la adopción, para nada, pero en este país es muy difícil, es un proceso largo y que ni siquiera sabés si te va a salir. Además, yo no quiero hacer caridad, yo quiero ser madre, y a veces el mundo no entiende eso» (Entrevista a Cecilia).

Asimismo, en estos relatos se hace visible el cruce de posicionamientos discursivos, tal como se viene trabajando, al ponerse en tensión la centralidad de lo biológico ya que son hijos «propios», en la medida en que tengan los genes de su madre y padre; de lo contrario, la condición de paternidad/maternidad se vuelve vulnerable y, por tal, cuestionada por los otros. Desde este enfoque, los parecidos físicos entre padres/madres e hijos se convierten en material disponible y tangible para «dar fe» de la procedencia. De este modo, la adopción, y quizás por eso en mayor medida que recurrir a un tratamiento con donante, viene a poner en jaque tal asociación, rompiendo con el fundamento «natural» sobre el que se asientan los vínculos entre padres e hijos. Y, de hecho, sólo bajo estos términos se puede pensar la adopción como una alternativa que va en contra de la naturaleza, es decir, como algo que se desvía de la norma y por consiguiente inherentemente conflictivo y condenado al fracaso (Pérez, 2007).

Teniendo en cuenta tales aseveraciones, al encontrarse las parejas frente a la disyuntiva de optar por un tratamiento con donantes y/o pensar en la adopción, sin dudas es la última alternativa la que genera más controversia al resistirse un conjunto de representaciones acerca de los distintos modelos de maternidad/paternidad y las creencias socialmente compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos. Asimismo, las experiencias analizadas admiten que son los hombres a quienes más dificultades le genera afrontar la contingencia de tener que recurrir a un donante, ya que este suceso los enfrenta al reconocimiento de la «falla biológica», al estigma de ser diferente a lo que se supone un hecho natural como la paternidad y, al mismo tiempo, es esa paternidad, su rol masculino en la configuración de un modelo de familia anhelado, lo que comienza a atomizarse y transitar, por lo tanto, el camino de la negación.

4. EL TEJIDO DE LA HISTORIA

A lo largo de este capítulo, se presentó un análisis de los testimonios de mujeres que atravesaron diversas experiencias asociadas a la infertilidad y/o a la dificultad para alcanzar el proyecto de la maternidad, poniéndolos en diálogo y tejiendo un cruce entre esos relatos y los distintos tópicos que emergieron del desarrollo teórico-metodológico, a partir de los ejes temáticos propuestos desde los cuales se interrogó la práctica y los que orientaron los objetivos construidos en el marco de la tesis. Desde esa sucesión, las significaciones en relación con la infertilidad se organizaron conceptualmente en torno a distintas categorías que contenían una mirada acerca del cuerpo; la edad –biológica– como un determinante en el proyecto de maternidad; la dimensión del control y la planificación familiar; la conformación identitaria; la reproducción biológica/no-biológica y la preeminencia del dato genético en esta construcción; y las relaciones entre médicos y usuarios. En definitiva, la identificación de ciertos patrones culturales en torno a los cuales se organiza socialmente la maternidad/paternidad y el proyecto de familia en nuestras sociedades.

Con la finalidad de proporcionar algunas pistas que organicen y sinteticen la lectura de este capítulo, a continuación se señalan los aspectos considerados más significativos de cada uno de los apartados presentados que resultaron claves para estructurar el análisis, como también aquellas dimensiones que permiten abrir nuevos interrogantes y, por tal razón, interesa recuperar en las reflexiones finales.

El hecho de situar a la trama de la infertilidad desde la perspectiva de los estudios culturales habilitó la articulación con la perspectiva crítica de género en relación con los roles y con las funciones asignadas socialmente a los sujetos, lo que permitió inscribir el proyecto de maternidad/paternidad y los modos de acceder al mismo como parte de un dispositivo de regulación social del poder que orienta y, al mismo tiempo, controla el ejercicio ciudadano, incidiendo en la conformación de las identidades de los sujetos sociales.

Dado este encuadre teórico y analítico, que asume a la maternidad/paternidad como un hecho cultural, se advierte que en las mujeres de clase media el proyecto de la maternidad forma parte del itinerario de metas y objetivos que se deben alcanzar a lo largo de sus vidas, aunque con una centralidad que lo transforma en un imperativo a alcanzar, un mandato cuya significación adquiere

una importancia sustancial. Y, al mismo tiempo, este anhelo representa características naturales, es decir, el hecho de ser madre, si bien forma parte de las metas a alcanzar, es algo que se inscribe en nuestra cultura como dado naturalmente, un hecho que le sucede a todas las parejas que deciden formar una familia en el momento en que así lo desean. En este punto se advierte un desplazamiento de un campo discursivo a otro, es decir, la familia como un fenómeno social cruzado por una concepción biologicista hegemónica acerca de la condición natural de reproducción de la especie humana.

Frente a la imposibilidad de concreción de este proyecto, comienza a tramitarse un sentimiento de frustración por aquello que no se puede alcanzar, asociándose la imposibilidad y la dificultad a la idea de castigo. Se hace presente un ejercicio de control por parte de estas mujeres sobre distintas esferas de su vida, incluida la maternidad, que al verse amenazada se enquistada en un sentimiento de dolor y de angustia que, posteriormente, al derivarse en la condición de infertilidad y los subsiguientes caminos que propone la ciencia para alcanzar el anhelo de los hijos, asume rasgos en estas mujeres que son significadas como de carácter obsesivo. De esta manera, aparece un paralelismo en esta construcción acerca del proyecto de paternidad/maternidad como legítimo cuando está dado en forma natural y como un suceso que es significado como comportamiento obsesivo cuando el mismo proyecto se ve atravesado por la intervención tecnológica.

Dadas estas circunstancias, la emergencia de la problemática de la infertilidad adquiere diversos sentidos que son asignados por los distintos actores que intervienen en este entramado, observándose zonas de tensión entre los campos discursivos analizados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) categoriza a la infertilidad como una enfermedad, de acuerdo a diferentes parámetros que fueron explicados con anterioridad. Por consiguiente, el sistema médico, y en particular el especializado en esta problemática y áreas afines, retoman este posicionamiento como así también el Estado aporta un marco jurídico y establece normativas orientadas desde esa concepción. Sin embargo, son las parejas –puestas en las voces de estas mujeres– quienes encuentran una dificultad para nombrar a la infertilidad en estos términos y encontrar un lugar «social» frente a esta problemática; es decir, no existen rituales en la sociedad que puedan reconocer el sufrimiento de la pareja infértil por un ser que nunca existió. De este modo, la dificultad toma una doble significación: la de convertirse en madres y la de nombrar tal condición.

En los discursos se registran indicios de un esfuerzo por disimular, encubrir el problema, que al no constituirse en los imaginarios sociales como un problema de salud real, termina ubicándose en la esfera de las enfermedades que no poseen un reconocimiento social y, por tal, complejiza aún más la posibilidad de ponerlo en palabras. Es una enfermedad que no es grave, no mata, no se cura, ni tiene incidencia en el bienestar fisiológico –visible– de quienes lo padecen. En esta disposición, se asienta la representación acerca de la infertilidad como una enfermedad invisible que se ubica en el plano de las enfermedades no legítimas y, por tal, vergonzantes.

Por otro lado, se hace manifiesta la distribución dispar en las relaciones de poder entre médicos, mujeres y hombres. Si bien es el propio campo médico-científico el que jerarquiza a la infertilidad como una enfermedad, y con base en estadísticas establece la paridad entre causas por factores masculinos y femeninos, al momento de comenzar las primeras consultas es la mujer la que primero debe someterse a estudios. En esta configuración, basada en una matriz cultural profundamente patriarcal, es la mujer la que rápidamente asume la culpabilidad por la hipotética falla reproductiva, al menos hasta que pueda comprobarse lo contrario; culpabilidad que además de ser auto-percibida es sostenida y reforzada por los sentidos que circulan en los imaginarios sociales frente a la aparición de esta problemática.

Asimismo, la noción del tiempo en este entramado asume diferentes implicancias, aunque prevalece la idea de un tiempo que es significado biológicamente; es un tiempo que se escapa, que se va y se lleva los años, los años jóvenes que son los que el discurso médico prescribe como los años fértiles. Es en el hábitat del cuerpo en donde se inscriben los límites biológicos del tiempo, es el cuerpo significado como joven –o no– el que materializa esos cambios fisiológicos que habilitan o des-habilitan a una mujer a convertirse en madre en forma natural.

La carrera del des-tiempo también adquiere trascendencia en la escena médica respecto a la evaluación de los distintos tipos de tratamientos de acuerdo a las diferentes usuario/as y sus diagnósticos, que luego de transcurridos los años y los fracasos respecto a los resultados, se van convirtiendo en un *tiempo perdido*.

Aunque en determinadas instancias el tiempo resulte elástico, eterno, incalculable cuando se valora como una pérdida, y cuando el tiempo se mide en relación a los años pareciera que se escapa, en

todos los casos aparece un sentido del control que se intenta ejercer pero que, en definitiva, no se puede lograr. De este modo, para estas mujeres y sus parejas, el tiempo transcurre mientras los trámites administrativos para que los tratamientos puedan ser cubiertos no corren, se paralizan, quedando presos de la burocracia y de los intereses disputados entre los distintos actores que integran esta trama: el Estado (sector público), corporaciones de medicina pre paga (sector privado), y la sociedad.

La dimensión temporal se filtra en los distintos discursos cobrando significaciones que también ponen de relieve la circulación de poder en las diversas escenas. El proceso de gestión de cobertura de los procedimientos médico-técnicos ante las obras sociales y/o pre pagas revela los niveles de vulnerabilidad en los que se encuentran las parejas en estas instancias, en las que se advierte un vacío normativo en el pasaje entre *la letra*, es decir, la normativa vigente, y su puesta en práctica. Al respecto, merece la pena subrayarse un aspecto que fue abordado a lo largo de la tesis y es la necesidad de que hombres y mujeres que se encuentran ante la dificultad para tener hijos y deciden recurrir a este tipo de tratamientos, lo hagan contando con la suficiente información acerca de todo el abanico de posibilidades que en la actualidad proporciona el avance médico-científico y tecnológico en cuanto a técnicas de fertilización asistida. No obstante, hay que enfatizar en la importancia de que la información que circula sea de calidad, priorizando no sólo las cuestiones relativas a los tipos de técnicas, aspectos positivos y negativos de cada una, costos, sitios especializados, cobertura de obras sociales y pre-pagas, etc., sino también nutrir de herramientas de comunicación que vehiculicen estos procesos y faciliten la toma de decisiones de las parejas, de acuerdo a sus propias realidades y contextos. Es decir, tener en cuenta el reciente marco normativo en el que se inscribe la infertilidad como problemática social en tanto respuesta del Estado ante las demandas de la sociedad civil, pero también los cambios sociales y culturales que implican dicho reconocimiento, los niveles de legitimidad que ocupa dentro del campo médico-científico, su visibilización en la opinión pública, los posicionamientos ante la problemática de los distintos actores que intervienen; en definitiva, su incidencia en el universo simbólico para lo cual la comunicación como campo disciplinar tiene mucho insumo para aportar.

Si bien la edad del hombre también influye en la fertilidad de la pareja y en el logro de un embarazo, se reconoce una significación disímil entre la jerarquía de edades para unos y otros. En ese sentido,

se advierte como una práctica la prórroga del proyecto de maternidad/paternidad como alternativa ante otros deseos y metas personales, o sea, un retraso del momento en que las mujeres deciden programar sus embarazos. Nuevamente, la noción del tiempo es crucial ya que pasados los años, comienza a sonar el reloj biológico y circula una valoración –muchas veces tácita– en los imaginarios sociales que pone en cuestionamiento este retardo asociado al desarrollo laboral y profesional de las mujeres y, por qué no pensarlo, en los estamentos de poder.

En esta configuración, ante los intentos de tratamientos frustrados, los embarazos que no se retienen, las dificultades económicas para continuar con estos procedimientos, comienza a asomar como posibilidad ante la permanencia del anhelo de un hijo, la opción de la ovodonación, por un lado, y la instancia de la adopción por el otro.

La esperanza de tener un hijo está por encima de cualquier otra cosa. No obstante, ante la posibilidad inminente de que, quizás, esas son las únicas opciones para convertirse en madres y en padres, el proyecto se desdibuja y se hace permeable al determinismo biológico. Lo que gravita en sus anhelos de formar una familia es la crianza de los hijos como proyecto compartido, pero, llegado el «tiempo» límite, esa representación se ve vulnerada, se torna menos nítida, y el hecho de transmitir la «marca genética» es lo que otorga contrapeso en la toma de decisiones.

Al encontrarse las parejas frente a la disyuntiva de optar por un tratamiento con donantes y/o pensar en la adopción, sin dudas es la última alternativa la que genera más controversia al resistirse un conjunto de representaciones acerca de los distintos modelos de maternidad/paternidad y las creencias socialmente compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos. Se reconoce que son los hombres a quienes más dificultades le genera afrontar la contingencia de tener que recurrir a un donante, ya que este suceso los enfrenta al reconocimiento de la «falla biológica», al estigma de ser diferente a lo que se supone un hecho natural como la paternidad y, al mismo tiempo, es esa paternidad, su rol masculino en la configuración de un modelo de familia anhelado, lo que comienza a atomizarse y transitar, por lo tanto, el camino de la negación.

CAPÍTULO IV: BIOGRAFÍAS. HISTORIAS DE MUJERES SOBRE LA INFERTILIDAD

1. LO QUE NO MATA, FORTALECE: UN VIAJE POR EL MUNDO DE LA INFERTILIDAD

Este capítulo presenta una exploración por los trayectos que orientaron esta tesis a partir de articular los diferentes circuitos que constituyeron la materialidad del análisis, y que por decisiones que hacen al proceso de investigación no se recuperaron en el desarrollo del capítulo III. Aquí se encuentran las biografías de las mujeres que desean convertirse en madres con las descripciones de algunos espacios que, sin ser coincidentes en todos los casos con aquellos por los que circularon estas mujeres, se consideran un valioso insumo que aportó en esta trama, dando cuenta de un universo sociocultural compartido en relación con la infertilidad, que excede los límites físico-temporales.

De esta manera, en las siguientes páginas se presentan las narrativas de las historias de las mujeres que abrieron su experiencia para este trabajo y brindaron sus testimonios, comprendidos a la luz del entramado teórico construido y retomando los distintos tópicos que emergieron a lo largo de su desarrollo. Asimismo, se comparte un recorrido descriptivo por los espacios médicos (Centros y consultorios especializados) que conformaron los circuitos de observación como parte del planteo metodológico y las herramientas de recolección y análisis de información.

1.1 El marido, el auto, la casa, el perro... ¡y los hijos!

Para Ana, su vida es casi como la vida del resto del mundo, no encuentra muchas diferencias entre la vida de ella y la de sus amigas, conocidos, parientes, compañeras y compañeros de trabajo. Más bien desea que no se aparte demasiado de esa proyección esperada, predecible, «estándar», que sus representaciones acerca de lo esperable o no para cualquier mujer de clase media que está llegando a la adultez, le sugieren. De lo contrario, si se aleja demasiado de ese formato, comienzan los

problemas, comienza la angustia y el sufrimiento, y no queda mucha chance que hacerlo visible, a veces es imposible ocultar tanta tristeza; pero si ella pudiera, haría siempre todo lo posible por no mostrarse vulnerable. Cualquier cosa, menos dar pena.

Desde estas inscripciones que conforman su mirada del mundo, Ana encara su proyecto de vida y, por tanto de familia, en la ciudad de Punta Alta, al sur de la provincia de Buenos Aires y a más de 600 kilómetros de la Capital Federal. Sin dudas que los lugares, las geografías, como hacedores de cultura, también se ocupan de conformar nuestras identidades y, en el caso de Ana, la ciudad bahiense fue imprimiendo sus huellas. Así, primero Ana inició su relación con Mauricio, luego comenzó su carrera de Derecho en la Universidad Nacional de Mar del Plata y después de diez años decidieron casarse; y ese mismo año compraron un terreno para construir su propia casa ya que, hasta el momento, vivían en un departamento que les prestaba su mamá. También, en el *mientras tanto* y hasta hacerse más solventes económicamente, nunca dejaron de tener relaciones sexuales sin cuidarse, por miedo a llevarse una sorpresa y que llegara un hijo no planificado.

Claro que entonces, cuando por fin le llegó el tiempo en su proyección a la búsqueda del primer hijo/a (porque, por supuesto, iban a ser varios para que no se desate el karma del hijo único), transcurridos unos meses irrumpió la dificultad y con ella la angustia, la desazón, la incertidumbre. Esta última emoción con mayor fuerza, ya que para ella es indispensable poder ejercer un control sobre su vida, sobre sus deseos, sobre lo que ella considera esperable, pero también sobre lo que otros –su entorno social próximo– aguardan que suceda. En esta «organización» la irrupción de la incertidumbre, lo incierto, de aquello sobre lo que no se conoce el desenlace, adquiere un peso que la desequilibra al punto de las comparaciones más extremas: «No poder tener hijos es como que te dejen plantada en el altar», afirma Ana. Entran a ponerse en juego los valores sociales, culturales, morales, acerca de lo que implica conformar un proyecto de familia.

Para Ana, pareciera que no hay instancia más angustiante que la exposición ante los otros; mostrarse vulnerable, hacer pública la dificultad y la imposibilidad. En sus escenas afloran las asociaciones más sinceras y, por eso, no menos asombrosas. La dificultad para poder lograr un embarazo, derivada en un diagnóstico de infertilidad, aunque con buen pronóstico clínico, se antepone en el camino de los proyectos a concretar en su vida: finalizar la carrera, terminar la casa, arreglar el baño.

Ana y Mauricio recorren por casi siete años las peripecias del mundo infértil. Los viajes a Bahía Blanca para acceder a los especialistas, los permisos en el trabajo por razones «inventadas» para no revelar el secreto entre sus compañeros, el proceso desgastante para lograr que IOMA cubra los tratamientos, la energía invertida en los estudios médicos y procedimientos varios y la hazaña de garantizar el ocultamiento ante las preguntas, las miradas y la opinión incisiva de los demás. Finalmente, llega Paz a sus vidas luego de tres intentos: dos tratamientos de baja complejidad (Inseminación artificial) y uno de alta complejidad (Fertilización in Vitro).

El saldo que deja la historia sin dudas es positivo. Lo que queda flotando luego del naufragio es la duda, la incertidumbre –que tanto resistía Ana– si el desenlace hubiera sido otro. Quizás la huida de la ciudad, tal vez la aceptación, tal vez la resignación; posiblemente, el inicio de un proceso de adopción, después de pensarlo mucho y cuando ya empieza la cuenta regresiva del tiempo. Sólo queda la certeza de que esta vez triunfó la ciencia.

1.2 La significación de poner el cuerpo

La primera vez que Mariana fue a un ginecólogo fue a sus 30 años. Antes, la posibilidad de hacerlo resultaba demencial; de algún modo parecía retrotraerla a aquella postal del abuso. En el mejor de los casos, podía pensarse yendo a una ginecóloga, pero aun así esa idea quedaba solo en el ámbito del pensamiento y nunca podía efectivizarla.

Mariana y Hernán se conocen gracias a la tecnología, cuando internet ya formaba parte de la cotidianeidad argentina, donde la acción de «googlear» ya tenía una definición en *Wikipedia*. Mediante un encuentro virtual se empiezan a conocer, y sin tomarse mucho tiempo para «conocerse» –presencialmente hablando– deciden emprender una vida juntos.

Transcurridos varios años, casi diez, y luego de poner la atención en otros proyectos, comienzan a planificar la posible llegada de los hijos. Sin embargo, esta nueva meta implicaba, necesariamente para Mariana, la consulta con una ginecóloga. La situación traumática que ella vivió en su infancia le impedía siquiera imaginarse entrar a un consultorio de un ginecólogo hombre: «No me podía imaginar yendo con un hombre». Para ella, no había otra posibilidad de pensar en un embarazo que

no fuera mediada por la consulta ginecológica, esta figura le resulta clave respecto de la posibilidad de ser madre, lo cual, reflexiona, fue la razón del retardo de su maternidad. Ella se imaginaba de chica siendo «una madre joven» y, sin embargo, vivía en una ignorancia respecto de «los tiempos» de la maternidad. Ignorancia que conecta con una negación respecto de su salud sexual y el temor de la enfermedad: «estoy enferma, tengo algo».

Para Mariana, el problema no es el dolor, es poner el cuerpo en posición «ginecológica» lo que, sin dudas, la conecta con su karma. Su biografía de vida está atravesada por el cuerpo. Y cuando habla de «poner el cuerpo a los tratamientos» para lograr un embarazo, no se refiere sólo a las inyecciones, los estudios, los análisis; eso forma parte del plano del dolor físico que, para su subjetividad, no es una dimensión problemática. Para ella es poner el cuerpo en relación con su intimidad, a sus deseos. «Es todo lo que pones en eso, no es en el sentido de poner el cuerpo y de estar cansada nada más, es más que poner el cuerpo, es todo lo *que va poniendo* el cuerpo. Ponerte en manos de otro. Primero es perder el control, el control lo tiene el otro».

La infertilidad en la vida de Mariana y de Hernán está atravesada por la significación del cuerpo. El cuerpo cobra centralidad en la escena médica. Se deja escuchar un enojo con el sistema médico «especializado» y el destrato o trata deshumanizado con los pacientes. Para ellos, manifiesta Mariana, «sos un número, yo fui una paciente más», expresa en referencia a que nadie tuvo ningún reparo durante los tratamientos en cuidar su cuerpo. A pesar de que ella había desnudado su intimidad, nadie lo tuvo en cuenta y fue una más. Todo ese proceso la desgasta, la angustia, la agota, aunque sabe que si quiere ser madre tiene que seguir adelante.

La maternidad tiene un lugar central en su vida, no se imagina la vida sin hijos. Aunque le cuesta un montón pensarlo porque «se ve» en una edad complicada. En ciertas ocasiones se encuentra pensando qué otras opciones de vida tiene (como si iría a tener otra vida), qué otros proyectos de vida podría desarrollar. De inmediato se choca con la realidad y dice: «la verdad es que es en esta vida o no es».

Por esa razón, siguen para adelante y le ponen el cuerpo a la situación. Tanto ella como su compañero saben que es la única alternativa que tienen. Ya están grandes y si los hijos no vinieron en forma natural hasta el momento, mucho menos llegarán de acá en adelante. Están más cerca de

los 50 que de los 40 años. Ya se lo anticipó el ante último especialista al que consultaron: «Vos no tenés plan B», en relación con que no había para ella otra opción que la ovodonación. Mariana huyó del consultorio de la clínica «top» enojada, al borde del llanto, porque el tipo disparó eso sin siquiera ver sus estudios. Como si fuera poco, a la salida le entregaron un formulario para la ovodonación, por si las dudas.

Mariana no se niega a esta posibilidad, para nada, aunque previamente quiere hacer otros intentos con sus propios óvulos. Al principio sí le parecía «re loco, extraterrestre» que alguien le pudiera donar un óvulo, pero después en el encuentro con otros que atraviesan situaciones similares y que tuvieron hijos con óvulos donados fue desandando el camino de la ovodonación y a construirse esa idea. Hernán la acompaña en todas sus decisiones y va a seguirla en lo que ella decida.

Sobrevuela también la posibilidad de la adopción. No se niegan en lo absoluto, pero aún no fueron a averiguar ni se inscribieron en el registro de adoptantes. La edad de ambos tampoco es un factor que los favorezca en el orden de prioridades, de acuerdo al criterio que establece el sistema de menores para casos de adopción.

Hoy se encuentran en un impasse respecto a cómo seguir, a qué hacer. También de crecimiento personal. Le ha dedicado tiempo a volver a su terapia, a ir a la ONG «Concebir» que les gusta mucho, ya que les brinda la posibilidad de encontrarse con otras personas con problemas de fertilidad. Ahí se realizan talleres, hay distintos profesionales que trabajan de manera interdisciplinaria y personas que pertenecen a la organización, que en algún momento fueron pacientes. Ahí se conocen todos los tipos de tratamientos y «ves las mujeres que han decidido ser madres solteras por donación de esperma o por donación de embriones, y creo que te das cuenta conociéndolas, que una cosa es fantasear y otra cosa es vivirlo».

1.3 Si no se sabe la causa, seguro es estrés...

A sus 53 años Gabriela ya no cuenta su proyecto de ser madre en clave presente, eso ya forma parte del pasado. De un pasado que conecta con una historia triste, dolorosa, trágica, llena de abuso, violencia, embarazos que se pierden. Para ella ya pasó el cuarto de hora y por supuesto lo expresa

con los ojos llenos de lágrimas. Si alguna vez pensó en la adopción, el momento ya pasó, el tren ya se fue, y ahora sí que no queda más que la aceptación de vivir la vida sin hijos y, entonces, disfrutar los ajenos. Es así, Gabriela se desespera cuando ve un bebé y se puede percibir tan solo verla que le hubiera encantado poder tener los propios.

Sin embargo, la no llegada de los hijos en la vida de Gabriela y de Javier, su actual marido, no está atravesada directamente por la problemática de la infertilidad, o al menos esto no aparece nombrado en su narrativa. Resulta paradójico, Gabriela quedaba embarazada pero había algo en su cuerpo que le impedía retenerlo.

Algunas veces el embarazo se prolongaba más en el tiempo y la ilusión crecía con los días y las semanas, hasta que luego todo se derrumbaba cuando el embarazo se detenía. Cada caso fue una situación diferente, en la que intervinieron diferentes profesionales, aunque la causa diagnosticada siempre fue la misma: aborto por estrés. En esos momentos, sobre todo en las primeras veces, y ante semejante tristeza, no había mucho margen para la reacción y la acción, no pensaba tanto en ver cuál era la causante sino de poder salir de esas situaciones tan dolorosas, desde todos los sentidos: un dolor físico, pero también anímico. Fueron sucesos terribles en su vida que, sin embargo, recuerda y relata con una entereza admirable.

Cada una de esas pérdidas fue un toparse con el sistema médico al que ella repele bastante. Para Gabriela los médicos no entran en la categoría humana, son siniestros, autoritarios, personas a las que no le importa la vida de la gente, aunque su trabajo dependa de eso. Cada embarazo perdido fue una situación traumática en la que, muchas veces, casi pierde la vida. «Además, en ese momento empecé a perder sangre, a irme en sangre mal. Había todo un revuelo en todo el sanatorio porque me iba. Eso fue producto del raspado porque la placenta estaba muy pegada y cuando intentaron sacarla, bueno [...] Me tuvieron que pasar sangre Cuando me dolía tanto y gritaba pensé que me habían puesto anestesia porque se me empezó a pasar y no... Empecé a notar que me dormía, no sentía nada, por eso dije eso... Me estaba muriendo, me les estaba yendo mal».

Si bien fueron procedimientos y médicos diferentes, los embarazos perdidos fueron cinco y siempre se adjudicaron causas por estrés, momentos personales difíciles, etc., y nunca se prescribieron estudios de alta complejidad para obtener un diagnóstico más preciso que ayude a revertir esa

dificultad. «En ese momento [del aborto] lo único que hicieron fue estudiar el feto. Lo que decía la obstetra era que yo estaba pasando por un momento muy traumático, lo adjudicó al estrés. Lo que se estudió entonces era el feto, que no tenía ninguna malformación ni nada».

A Gabriela le quedará siempre la duda. Se puede perder un embarazo por ser el primero, otro por estrés; pero perder cinco embarazos por causas de ese tipo es algo que no le termina de cerrar en su historia. En aquellos momentos no tuvo la posibilidad de pensar en especialistas, en recorrer clínicas especializadas, mucho menos de pensar en médicos especialistas en infertilidad, si, justamente, su problema no es la concepción sino la imposibilidad de retenerlo. No estaba armada para eso, no tenía resto para encarar ese camino. Hoy, a la distancia, con otro armazón y con más trayectoria en su haber, le queda instalada la duda de la trombofilia, sobrevuela esa idea y, nuevamente con humedad en los ojos, piensa en voz alta que, quizás, si esa hubiera sido la causa, hubiera podido revertirlo y convertirse en madre. Figurativamente, hoy ese lugar lo ocupa en la vida de ambos su perro Fidel.

1.4 Con un donante, con él o sola

Entre los pacientes que alguna vez pasaron por su consultorio, Cecilia ha escuchado varias historias de parejas que no podían o que se les complicaba la llegada de los hijos. Claro que por esos años, y como casi es una recurrencia en los distintos relatos, el hecho de no poder tener hijos es un suceso inesperado, para el cual jamás estás preparado, algo que no forma parte de los márgenes posibles en los trayectos de la vida. En palabras de Cecilia: «Es algo para lo que nunca nadie te prepara, nadie te enseña cómo reaccionar ante esto. Uno sabe que en la vida te podés enfermar, tener un accidente, aunque esperás que no te pase; pero para esto no».

En ese camino, Cecilia ha podido acompañar psicológicamente a estas mujeres a quienes enfrentarse con esta dificultad las llenó de angustia y sufrimiento, a puntos tales de, en ciertos casos, plantearse la separación de sus parejas. También en esta historia, pareciera que son siempre las mujeres las que intentan buscar ayuda por fuera de la especialidad, las que consideran que la mirada de un/a profesional de la psicología puede brindar un soporte importante que facilite estos procesos. Sin embargo, el día en que fueron a buscar el espermograma de su marido, Damián, y

leyó en el diagnóstico «Azoospermia», pensó que todo se desmoronaba y que no iba a haber profesional alguno que pueda auxiliarla en este trance.

El asunto empezó cuando después de diagnosticarle a Cecilia un tumor en un ovario y extirpárselo, su ginecóloga le recomendó que si iba a querer tener hijos dejara de cuidarse. Ella, con mucha sorpresa y algo de ignorancia al respecto, preguntó por qué tanto apuro, si recién tenía 28 años y todavía tenía muchas cosas para resolver antes de pensar en la maternidad. La respuesta de su doctora fue algo terminante: por las dudas que haya una metástasis que involucre al otro ovario. Sin mucho cuestionamiento a la palabra médica, Cecilia y Damián emprendieron la búsqueda – apasionada– de su primer hijo.

Al principio, recuerda Cecilia, era hasta divertido, como un juego. Pensar en las fechas, los días, hasta las posiciones que siempre, en rondas de amigas, circula como las más aconsejadas para facilitar el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. «Incluso, si coincidía con algún fin de semana en el que hacíamos algún viajecito, por las dudas intentábamos todos los días». Pero pasados varios meses, casi 6, y teniendo en cuenta su antecedente, volvió a lo de su ginecóloga para ver si algo raro estaba pasando. Siempre fue una paciente muy responsable, muy «activa», es decir, justamente no tenía una actitud pasiva, como suele figurarse en los pacientes, sino que siempre tuvo iniciativa, interés por informarse, y una perspectiva de la prevención en las cuestiones de la salud, que la llevaron a que la emergencia de su tumor pueda ser tratada a tiempo y no derivara en mayores complicaciones.

La respuesta de su ginecóloga, cuya relación no era familiar, pero sí de mucha confianza y de gratitud para con ella por el modo en que siempre se había comportado, sobre todo cuando fue lo de su operación, en este caso no fue tajante, sino más bien de intentar tranquilizarla. En esa oportunidad le aconsejó que Damián consultara con un andrólogo y se realizara un espermograma. A Damián, relata Cecilia, esto no le hizo ninguna gracia, nunca le gustaron demasiado las excursiones por los consultorios médicos, mucho menos las «experticias» que, él siempre sugería, te roban la plata, y ni siquiera sabía muy bien a qué se dedicaba un andrólogo. Mucho menos simpatía le ocasionaba tener que realizarse ese estudio, que no hacía más que denigrarlo y exponer su vulnerabilidad.

Y ahí se desató la tormenta. Damián opuso resistencia pero no le quedó mucha alternativa que ir detrás de la prescripción médica y hacerse el estudio. «Con lo que yo había pasado, no le quedaba otra opción. Además, si se supone que no tenía nada hasta ese momento, qué problema se hacía». Pero, como si fuera un cuento de ficción, o como si Damián hubiera intuido que algo en él no funcionaba, el estudio arrojó el peor de los pronósticos: una azoospermia, que después de varios estudios indicaron que no era obstructiva, es decir, por dificultades en el conducto, sino secretora, que indica que por fallas hormonales no produce espermatozoides.

De ahí en adelante se inició un proceso en la vida de ellos que sin dudas es y será significado como bisagra. Para ellos hay un antes y un después de esta búsqueda y este diagnóstico en la vida de ambos. Nada nunca vuelve a ser igual, pese a que en el caso de ellos, finalmente llegó Lautaro, transcurridos más de 7 años y más de 13 tratamientos (entre los que conformaron el combo de baja y alta complejidad) con un donante de semen. Por supuesto que la inmensa felicidad que en día tienen pudo esfumar las marcas que dejaron esos tiempos tristes y oscuros, de llantos, discusiones, aislamiento, desolación. Pero la infertilidad, para Cecilia, es indeleble, deja huellas que no se borrarán nunca.

Ella, siempre muy reflexiva, expresa que es consciente que no es lo más dramático que a una mujer le puede suceder, seguramente que haya cosas peores, pero en su vida, en su reseña biográfica, no caben dudas que esto la marcó para siempre, aunque como lo sabe, intenta todos los días que ese «sello» no quede marcado en la vida de Lautaro. «Él es el resultado de mucha lucha, mucho sacrificio, mucho padecimiento, pero no tiene la culpa; yo trato de quitarle esa carga para que sea un chico como cualquier otro, como cualquiera que vino al mundo naturalmente».

En otro plano queda el modo en que resolverán la identidad de Lautaro o lo que ella pone en palabras como «su origen», «su procedencia». Si bien su profesión le brinda herramientas que le permiten ampliar el margen de análisis y reflexión para encarar el tema, cuando se trata de los hijos, todo es diferente, va por otro carril. Tanto a ella como a Damián les resulta difícil pensar en eso; para Damián fue muy difícil aceptar la decisión de encarar un tratamiento con donante, él era consciente que para ella ser madre era lo más importante en la vida, que no iba a pasar por ella sin tener hijos, o al menos iba a agotar todas las instancias para lograrlo. «Damián sabía que yo iba a intentarlo con un donante, con él o sola», así que si bien al principio fue muy duro y trabajoso

abordar el tema, fue más rápido que lo que ella imaginaba y en unos meses empezaron a conversarlo y a consultar especialistas en el tema.

El tiempo ya dirá si podrán contarle o no a Lautaro cómo fueron las cosas y por qué se dieron de ese modo. Si bien «su secreto» lo saben sólo algunas personas del entorno muy íntimo de Cecilia, porque Damián nunca pudo enfrentarlo con su familia, ni siquiera con sus hermanos, esos pocos opinan que es mejor preservarlo tanto a Damián como a Lautaro; que en ese caso, no se trata de una mentira sino de silenciar un hecho que en, en definitiva y para ellos, no cambia el rumbo de las cosas y a Lautaro no le suma nada.

Ya verán lo que pueden resolver. Para Cecilia eso no es un problema, ha batallado tanto que para ella cualquier dificultad hoy es minimizada. En sus palabras nunca evoca a Dios, sino a la ciencia.

1.5 Lo último que se pierde es...

En la historia de Fernanda, y pese a sus casi 44 años, la ansiedad y el apuro parecieran no jugarle en contra. Lleva años y años recorriendo salas de espera y consultorios de médicos especializados en infertilidad, y aunque todavía no logró tener el hijo que desea, aún no pierde del todo la templanza ni las esperanzas. Quizás en su esfera más íntima sabe que le queda, todavía, la posibilidad de recurrir a la ovodonación, aunque en la escucha esa alternativa no parece estar entre sus «favoritas». Deja deslizar el tema, sólo como algo que está ahí latente, pero que no toma la fuerza para convertirse en una posibilidad real.

Mientras tanto, Fernanda y Gustavo siguen deambulando por las clínicas especializadas, buscando opiniones médicas que los ayuden a encontrar una respuesta a su problema. De nuevo, como le sucedía a Gabriela, Fernanda no tiene dificultades para quedar embarazada; su problema es que los pierde y eso sí la llena de mucha angustia. Es muy paradójico, dentro del gran universo de la infertilidad, la pérdida de embarazos también es considerada una falla en el sistema reproductivo que se interpone en el deseo hacía la maternidad/paternidad, ya que «perder embarazos regularmente como no poder lograrlos, a la larga se transforma en el mismo karma», manifiesta Fernanda. Sin embargo, en las distintas trayectorias, el impacto que tiene ellas no es el mismo.

Como se escuchó, hay quienes sostienen preferir «perderlo pero al menos saber que podés quedar». Quizás es por esa razón que Fernanda todavía no bajó pierde las esperanzas; aunque el lugar en el que se está sea el mismo, al menos saber que la dificultad no está dada para concebir, en definitiva alberga en ella otra representación.

Por otra parte, Fernanda muchas veces está sola en este proceso. Gustavo la acompaña en sus decisiones, pero es justamente eso, una compañía. Y en este arduo camino, muchas veces no alcanza con un acompañamiento, se necesita contención, iniciativa, empuje, ir a la par en ese recorrido y que no sea sólo un soporte.

Tal vez por eso, por esa carencia de compromiso que infiere en los grados de implicancia en el tema, Fernanda no puede «dar en la tecla» con buenos especialistas que la orienten en su problemática. Ha perdido mucho tiempo y, lo que es más triste aún, muchos embarazos, hasta que un médico de una clínica especializada la mandó a hacer un estudio de trombofilia y le dijo: «este estudio te lo tendrías que haber hecho hace mucho tiempo». Sin embargo, su problema no es la trombofilia –factor que se encuentra entre las principales causas de pérdida de embarazos– lo que, lejos de tranquilizarla, la inquieta más aún porque si al menos esa fuera la causa, tendría algún tipo de solución.

Desde entonces, comienza a asomar la amenaza de sus óvulos; si no es la coagulación de su sangre, entonces es la calidad de sus óvulos. En estos casos, cuando el síntoma es la pérdida de embarazos, la mayoría de los diagnósticos se corresponden, o bien con una trombofilia o con una falla embrionaria, es decir, con la calidad de los óvulos y/o los espermatozoides. De esta manera, la historia clínica de Fernanda registra una nueva marca: falla embrionaria/mala calidad de óvulos.

Dadas las circunstancias y pese a que en todos estos años varias veces «ha sentido hablar de la ovodonación» o ha leído algo al respecto, todavía no puede ponerlo en palabras, no puede siquiera pensarse en esta instancia de recurrir a otra mujer que pueda donarle parte de su cuerpo para que ella se convierta en madre. En el fondo, tampoco sabe si de esa manera va a lograr retener el embarazo que tanto desea y si vale la pena resignar «lo propio», su genética, para convertirse en madre, en el mejor de los casos y si todo funciona.

Hasta el momento, la incógnita queda asentada también en su historia. Pasan los meses, vienen las vacaciones, ambos se proponen un descanso y, luego, volver a empezar. No queda claro muy bien qué: si los tratamientos, si las interconsultas con otros especialistas en nuevas clínicas, si empezar a pensar la ovodonación como horizonte posible... Sin embargo, ahora eso sólo forma parte del universo de las palabras; palabras que, sin embargo, performatean nuestras prácticas.

2. HALITUS INSTITUTO MÉDICO: UNA ENTRADA AL UNIVERSO GLAMUROSO DE LA INFERTILIDAD

Un señor de edad adulta, vestido con uniforme marrón y con gorra lo acompaña, me saluda sentado en una banqueta, en la primera puerta que antecede a una escalera de ingreso a la recepción general de Halitus. La misma se ubica sobre la entrada principal del Instituto que da a la calle Marcelo T. de Alvear, enfrente a la parte trasera del Hospital de Clínicas y a dos cuadras de la Avenida Córdoba, de la ciudad de Buenos Aires. Su atuendo me indica que se trata de una persona responsable de la seguridad privada del lugar, lo que directamente me conecta con imágenes asociadas al resguardo y la protección de bienes materiales de valor. Ahí adentro no sólo se reciben cantidad de consultas diarias bastante costosas, siendo el valor promedio de la consulta 500 pesos, sino también alberga equipamiento tecnológico de alta complejidad y también allí mismo se realizan todas las prácticas e intervenciones que requieren de un cuidado extremo, en tanto su valor es económico y también genético.

Al finalizar la escalera me encuentro con un mostrador que separa a las recepcionistas del resto de los pacientes/usuarios, quienes forman fila para anunciarse. Esa recepción es general ya que desde ahí se realizan los trámites administrativos para luego derivar al resto de los consultorios que se distribuyen a lo largo y ancho de un edificio distribuido en tres pisos. Es decir, un primer paso al ingresar a Halitus consiste en anunciarse en la recepción, informando del turno y la consulta requerida, para luego pasar a la ventanilla ubicada en la misma planta baja, en donde se abonan las consultas a cambio de un comprobante de pago que habilita a los pacientes a acceder al turno y, por tanto, al respectivo consultorio.

A mitad de ese mismo pasillo, próximo a la ventanilla de la caja, sale una escalera que conduce al subsuelo, en donde a través de un cartel se indica la localización de un *Café-Show-room* al que se puede ingresar y tomar una consumición en los ratos de espera y también ver los distintos productos que forman parte del packaging de la institución. Pese al anuncio, este espacio no se encuentra abierto de corrido y cuenta con horarios fragmentados. El café se encuentra en una especie de entre piso entre la planta baja y el subsuelo, espacio destinado a los consultorios en los que se realizan todo tipo de prácticas que forman parte de las distintas intervenciones que requieren los tratamientos de alta complejidad, conocidos como ICSI y FIV. Sobre este detalle se volverá más adelante, avanzada la descripción.

Una vez en el piso en el que se distribuyen distintos consultorios, los pacientes se encuentran con otra recepción en la que entregarán ese ticket y se ubicarán para disponerse a esperar el llamado de su turno.

Si bien los consultorios no tienen una identificación (placa) en la puerta que indiquen a quien pertenece cada uno, en el primer piso se encuentra el despacho y consultorio de su Director Médico y fundador, el Dr. Sergio Pasquilini, contiguo a otros dos consultorios en los que otros médicos atienden en un primer momento a los y las pacientes, toman nota, monitorean, leen estudios, escriben las historias clínicas y, realizan ecografías cuando la consulta lo requiere, ya que en una sala contigua a ese consultorio hay un ecógrafo. Luego de este primer momento, en la mayoría de las veces estos pacientes pasan al consultorio de Pasqualini o bien él mismo se acerca a esta sala para hacer un cierre de la consulta y prescribir las indicaciones que considere de acuerdo al caso.

Su consultorio, cuyas características se asemejan más a las de una oficina que a las de un consultorio médico, es la más grande de todo el Instituto. Tiene un escritorio en el medio, con un sillón del lado que él utiliza y dos sillas para que ocupen quienes visitan la sala; un gran ventanal que da a la calle principal y varios muebles-bibliotecas decorando la habitación. Sobre el escritorio se observan cantidad de papeles, folletos con publicidad de laboratorios, anotadores y papeles de distinto tipo, además de una PC que siempre tiene prendida. La habitación presenta una decoración moderna pero con estilo, acorde con toda la estética del lugar; de las paredes cuelgan algunos cuadros y fotos que, a simple vista, representan imágenes familiares.

Un dato interesante sobre el que interesa poner atención y que se advierte a partir de una sucesión de visitas a la institución, es la conformación del equipo de empleados en cada uno de los puestos, de acuerdo a la categoría de género.

En todas las recepciones, tanto de la recepción general como en la particular de cada piso, todas las recepcionistas son mujeres. En la principal hay entre dos y tres, dependiendo el día, atendiendo a la par, y en las de arriba una, la mayor parte de las veces. Todas llevan uniforme azul y camisa blanca, con la inscripción del nombre y logo de Halitus bordado en la camisa y una tarjeta con su nombre y apellido colgando del bolsillo superior de la misma. Por su parte, en las áreas de la caja y en el Departamento financiero, encargado de presupuestar los costos de los distintos tratamientos y servicios que ofrece el instituto, hay hombres a cargo de dichas tareas. Y en cuanto al staff que integra el equipo de médicos en la especialidad de Infertilidad y personal de apoyo, hay dos médicos hombres, los cuales son sus Directores científico y médico, Dr. Sergio y Agustín Pasqualini, respectivamente y doce medicas mujeres. Asimismo, hay cinco mujeres que forman parte del staff pero que aún se encuentran en una instancia de iniciación y, por lo tanto, no tienen agenda de pacientes propia sino que asisten a sus colegas; y dos enfermeras también mujeres.

En ese mismo piso se distribuyen alrededor de cuatro consultorios más, de dimensiones más pequeñas, que se encuentran a lo largo de un pasillo largo, en el que también hay un amplio baño para mujeres separado de una pared ahuecada que forma una ventana sin vidrio y que da a una sala de espera nutrida de sillones fijos de cemento y recubiertos por cómodos almohadones. En esa misma sala hay dos revisteros con revistas de diferente índole y fechas; las hay de deportes y de tiempo libre, suplementos de diarios, revistas dominicales, y de espectáculos, algunas con fechas más actualizadas y otras correspondientes a meses y años anteriores. En ese mismo espacio hay cuadros colgados, más y menos llamativos en sus imágenes, y otros que hacen las veces de publicidad de distintas iniciativas con las que cuenta el Instituto. A modo de ejemplo se registra el anuncio de uno de los libros de autoría del Dr. Sergio Pasqualini, imágenes con promociones de las remeras de la Fundación Halitus y cómo conseguirlas.

Una vez anunciados y ya dispuestos en la sala de espera, los pacientes se ubican, o muchas veces se desploman en los sillones mullidos a tales fines, dispuestos –y no tanto– a esperar las largas demoras. Este último dato no es menor ya que uno de los aspectos que son recurrentes en las

observaciones en las instalaciones de Halitus son los largos períodos de tiempo en los que los pacientes transcurren en la sala de espera aguardando ser atendidos. Muchas veces estas situaciones se deben a retrasos en la hora de llegada de los médicos a la institución y, en consecuencia, en la hora de comienzo de la atención; otras veces se corresponde con la cantidad de pacientes por día que cada médico se dispone a atender, a lo que se suma el tiempo que permanece cada paciente dentro del consultorio, que nunca es igual y depende mucho del tipo de consulta e instancia del tratamiento en la que se encuentre cada paciente; y mucho de ese retraso se debe al lapso de tiempo que transcurre entre turno dado, que es de cada 15 o 20 minutos, aproximadamente, y muchas veces no se corresponde con el tiempo real en el que los pacientes permanecen en la consultas y, por tanto, esos lapsos de tiempo son mayores a los fijados en las planillas de turnos.

Durante el tiempo de permanencia en la sala, se puede escuchar una música ambiente de fondo en un volumen tenue, que generalmente suelen pertenecer a versiones de bossa nova, acústicos, etc. En esa misma escena circula un aroma que proviene de los clásicos desodorantes de ambiente automáticos, que resultan –para gran parte de los concurrentes– muy agradables al sentido del olfato, tapándose así cualquier tipo de aromas que provengan del exterior y/o de cualquiera de los ambientes.

Al subir al segundo piso, me encuentro con una sala o espacio similar en su estética al de abajo, aunque con una distribución espacial y mobiliaria diferente. En este piso se encuentra como consultorio principal el que la mayoría del tiempo utiliza el otro Director Médico, el Dr. Agustín Pasqualini, hijo del Dr. Sergio Pasqualini. Su consultorio presenta un único espacio, dividido por un biombo que separa un escritorio de una camilla, un ecógrafo y un pequeño baño. Sobre el escritorio se ve una PC y una impresora, papeles, algunos folletos, recetarios y publicidades de laboratorios, en algunos casos auspiciando algún calendario del ciclo menstrual de la mujer, anotadores, u algún otro objeto con publicidad; este conjunto se halla escoltado por una biblioteca que alberga diversos libros de medicina, generalmente organizados en fascículos y en tomos, carpetas, algunos papeles, y fotos de él y su familia.

En los casos de aquellos pacientes que se atienden con el Dr. Agustín Pasqualini, la mayor parte de las veces atiende él directamente, en ocasiones acompañado de alguna de las doctoras quienes, como ya se mencionó, no presentan agenda propia, y en raras ocasiones, cuando se presenta mucha

demora, a los fines de agilizar la espera las secretarías (repcionistas) hacen entrar a los pacientes al consultorio contiguo para ser atendidos por otras médicas, quienes revisan la historia clínica, leen estudios –cuando los hay– organizan la información y luego se la llevan al Dr. Pasquilini, quien finaliza la consulta dando las indicaciones a los pacientes, de acuerdo al plan a seguir. Esta habitación tiene una ventana grande que da a la calle sobre la que se ubica el edificio.

En este piso se distribuyen seis consultorios, incluyendo los dos mencionados, que funcionan como espacios alternativos y rotativos de acuerdo a las demandas del día. Es decir, en dos de ellos hay ecógrafos, en todos hay camillas y escritorios, y de usan indistintamente por los distintas médicas, a excepción de los Dres. Sergio y Agustín que siempre atienden en sus consultorios.

Un aspecto interesante a señalar es la cuestión estética del lugar. En primer lugar, el instituto se encuentra albergado en un edificio antiguo restaurado de la calle Marcelo T. de Alvear, lo que además de otorgarle una fachada señorial brinda un indicio de ser una locación altamente costosa. Asimismo, toda la estética, acondicionamiento y decoración de cada uno de los espacios que conforman el Instituto presentan un diseño moderno pero con estilo, combinando los colores cálidos, con la madera en las escaleras, puertas y ventanas de estilo antiguo, acompañado de mobiliario de oficina de diseño modernos –sillas y sillones de cuero negro con caño plateado, escritorios de vidrio y caño, mostradores de vidrio y melanina– son algunos elementos que grafican tales aspectos.

Tal como se mencionó al inicio, al descender por una escalera ubicada en la planta baja, pasando la recepción general, se encuentra el espacio reservado para la realización de las intervenciones y de las prácticas de alta complejidad. El lugar cuenta con una sala principal, que funciona como sala de espera, rodeada de tres habitaciones, dos que funcionan como consultorio y otra que funciona como Departamento de Recursos Humanos, y un baño. Tres cuerpos de sillones y una mesa revistas nutren la sala, sumado a algunas plantas y a un televisor colgante, que suele proyectar canales de música o noticieros de cable, aunque el volumen esté bajo o silenciado. Tal como sucede en las salas de los otros pisos, hay una música ambiente en un tono suave que le otorga una sensación de tranquilidad al lugar, sumado a que, a diferencia de los pisos de arriba, aquí la luz es muy tenue, casi como alumbrado por lámparas o veladores. Se desprende de esta ambientación la búsqueda de generar un ambiente propicio para lograr la calma, a la espera de una intervención de alta

complejidad, que ya desde el inicio del proceso y por tratarse de tratamientos cuya finalidad es el logro del embarazo de un modo artificial, los convierte de por sí en una intervención cuyos costos no se reducen sólo a los económicos ni a los físicos, sino que prima lo emocional, afectivo, psico-físico.

En estos consultorios se llevan a cabo las prácticas que forman parte de los tratamientos por Fertilización In Vitro (FIV) y por Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), lo que incluye aspiraciones de folículos y transferencia de embriones; el laboratorio en donde se preparan las muestras y se conserva el material genético no se encuentra a la vista de los pacientes.

El espacio exclusivo para la intervención es muy pequeño y en él se observa distinto equipamiento tecnológico, un monitor colgado, cajones e insumos de laboratorio como ser el microscopio en el que la bióloga sentada en una pequeña mesa va estudiando mirando los folículos que el médico aspira inmediatamente, de modo tal de ir teniendo un control de cuál es la calidad y cantidad del material que se extrae, sus características morfológicas a priori, su aspecto, lo que luego va a ser transportado al laboratorio para ser estudiado en profundidad y, de ser viable, unir los folículos con la muestra de semen y espermatozoides y obtener los tan esperados embriones que, de todo marchar bien, pasadas 48 horas se podrán transferir a las mujeres que ansiosas y angustiadas esperan por el logro de su embarazo. Un dato significativo y que dista bastante de la vista general del edificio es una pequeña ventana que da a un lindo jardín nutrido de verde, que le otorga una vista «natural» a un espacio en donde predominan las paredes, el cemento y otro tipo de texturas no propias de esos entornos.

Contiguo a este consultorio se descubre una habitación en la que hay un escritorio con sillas y un sillón para los médicos, espacio reservado a que los y las pacientes, luego de la intervención, se encuentren con las médicas a escuchar las indicaciones y/o prescripciones médicas con los pasos a seguir, de acuerdo a la instancia del tratamiento. Esta sala presenta características similares al del resto de las habitaciones del instituto y en general son las médicas de apoyo las que se ocupan de estas tareas y no los Dres. Pasquilini que son quienes, la mayoría de las veces, descienden a la sala para realizar las aspiraciones foliculares y las transferencias embrionarias.

2.1 Como en el living de casa, los consultorios de las Dras Feldman y Torno

Ya desde el inicio se interpone una mediación diferente, en este caso no hay central de llamadas o *call center*, listado de internos, musicalización interminable de espera, ni una voz femenina o masculina contándonos de qué se trata o de quién se trata con quien uno intenta comunicarse. Para acceder a un turno con la Dra. Feldmann –que luego y una vez allí nos enteraremos que en realidad es Dra. Feldmann y Dra. Torno–, no hay más que llamar al único número de contacto de su consultorio, y allí responde al teléfono una voz dulce, suave y de timbre juvenil, que es la voz de Malena; esto sucede la mayoría de las veces y siempre y cuando uno conozca o acierte a los días y horarios de atención, caso contrario, o bien puede encenderse un contestador luego de varias llamadas, o bien puede atender la misma Dra. Feldmann en persona, que nunca –o casi nunca– resuelve la demanda, que en general son solicitudes de turnos, y con una voz dura y distante te invita a que llames en el horario en que esté su secretaria. No obstante, si ella atiende y la consulta es urgente y de índole clínica, ella misma canaliza la consulta.

Ya una vez con turno, y con las preparaciones propias del caso, me dispongo a tocar el timbre en la puerta de lo que, a simple vista y casi con pocas dudas, interpreto es su casa, además de funcionar allí su consultorio. Los indicios son varios: una edificación de dos plantas, con fachada de chalet, ladrillo a la vista y ventanas a la calle, con un garaje al costado y hacia abajo, no da mucho margen a pensar lo contrario, el menos desde mi sentido de la interpretación.

Luego de varios intentos por conseguir un estacionamiento, aguardo detrás de las rejas rojas a que alguien me abra. Por la puerta principal, por arribas de unas escalinatas, baja con paso suave Malena, que con una sonrisa que tapa sus claros e inmensos ojos saluda amablemente y me invita a pasar a un estar que funciona como sala de espera, cuyas dimensiones son de no más de 3 metros por 2, con un baño contiguo que a su vez tiene otra puerta que, se interpreta, conecta con una parte interna de la casa.

La sala de espera es una habitación cuadrada o casi rectangular, con cinco sillas, una mesa ratona de vidrio, una biblioteca empotrada y tres puertas que forman parte de su perímetro: una da al consultorio, la otra al baño y la otra al interior de la casa, de donde sale y entra Malena cada vez que alguien quiere salir o entrar, previo aviso del timbre. En la biblioteca, y casi como objetos

universales a todas las bibliotecas cuya propiedad es de médicos, psicólogos y/o especialistas vinculados a la medicina y/o ciencia, hay varios tomos enciclopédicos de ginecología, obstetricia, infertilidad, sumado a algunas revistas y adornos, ya que el mueble no tiene grandes dimensiones. Ya también se advierte por uno de sus estantes un radiograbador con varios años de vida, desde cuyos parlantes se oyen sonidos y voces propias de la banda AM, más precisamente en el dial 590, perteneciente hasta la fecha a radio Continental. Como ocurre con frecuencia respecto a la radio, si uno se dispone a escuchar lo que viene de allí, siempre escucha y recibe alguna idea, frase, mensaje de interés; pero cuando más bien uno se encuentra disperso o poniendo la atención en otro lado, es casi imposible, no sólo poder repetir cualquier palabra, idea, locución que esté sucediendo, sino poder recordar siquiera si realmente hay algo o no encendido. En ese sentido, de acuerdo a cómo se configure la escena el día de la consulta, si uno está más, menos, medianamente atento a lo que sucede, por fuera de la propia inercia, y si entonces estará más o menos susceptible de cualquier otra escucha que no sea la de la voz «autorizada» es decir, la de la Dra. Feldman.

Usualmente, y como a esta altura sucede en todos y en cada uno de los lugares en los que uno se cruza con gente que espera un micro, al formar fila para realizar un trámite, al esperar un turno, o incluso al caminar, en un transporte o en un semáforo, cada cual está en comunicación propia con su dispositivo móvil, sea éste de cualquier tipo, tecnología y marca: *IPhone, Samsung, Motorola, LG*, entre otros, aunque en su mayoría son táctiles y, *a priori*, se deduce poseen un servicio de *Whatsapp*, ya que lo que se observa la mayor parte del tiempo es que la gente está casi en forma permanente escribiendo y leyendo, lo que brinda un indicio muy propio de la práctica del chat. En ese punto es que la sala de espera se convierte en un espacio ocupado por el silencio, ya que resulta poco frecuente escuchar conversaciones entre pacientes y/o entre las parejas que asisten juntos; generalmente cada miembro de la pareja suele interactuar con su dispositivo aunque, de a ratos, suelen dirigirse alguna palabra entre ellos. No obstante y a lo largo de las distintas visitas, he observado alguna mujer que se sienta a esperar y con naturalidad saca un libro de su bolso o cartera y se dispone a leerlo a la espera de ser atendida. En general, aquellas «lectoras» son mujeres, práctica poco frecuente y esperan solas, sin ninguna compañía. En todas mis visitas al consultorio, no he cruzado casi palabras con quienes comparten la sala de espera, más que un saludo de «buenos días, buenas tardes, hasta luego», o alguna consulta de la hora o si el baño estaba disponible. Algo que sí fue más usual en las esperas de Halitus.

Sobre este aspecto interesa volver y poner de manifiesto algunas cuestiones. Por un lado, en los casos en los que se generan las conversaciones, siempre o casi siempre se da entre mujeres, mientras que los hombres suelen leer alguna revista, interactuar con sus celulares y/o tabletas, sin participar del intercambio. Asimismo, y a diferencia de Halitus, tal vez a raíz de las dimensiones físicas –reducidas– de la sala de espera y del silencio que circula en la atmósfera, los intercambios entre pacientes son poco frecuentes y en cuando sucede quienes hablan lo hacen en voz muy baja, evitando incomodar al resto y generar bullicio; lo mismo ocurre cuando suena un celular, la mayoría de las veces las personas salen afuera de la sala para atender y evitar molestias y ruidos.

De todos modos, en la mesa ratona de vidrio que se ubica al lado de una de las sillas, además de un velador, un recipiente con caramelos superácidos y un portarretratos digital que proyecta fotos de familias con hijos e hijas en la bandeja de abajo hay algunas revistas con fechas viejas, hay una serie de libros destinados a niños y niñas, cuya temática es la explicación pedagógica narrada en lenguaje infantil y con imágenes ilustrativas, la forma en cómo fueron concebidos los hijos vía tratamientos de fertilización in vitro, con donantes de óvulos y con donantes de espermias. Son tres libros diferentes, pertenecientes a la misma colección, en los que personajes similares van narrando su historia desde que se conocieron, decidieron vivir juntos, formar una familia con hijos y/o hijas, y el modo en que atravesaron la dificultad que se les presentó en estos intentos y el procedimiento clínico por el que atravesaron para llegar a concebir los hijos. Todo esto comunicado en un lenguaje muy ameno e intentando construir un modo posible de transmitirlo a los hijos. En alguna espera un poco más larga, los he podido leer y resultan un producto comunicacional muy interesante en tanto construye un destinatario y un producto pedagógico específico para estos nuevos «hijos e hijas» que nacen con la y a partir de la intervención de la ciencia, pero que, de acuerdo a esta mirada, como sujetos de derechos estos niños y niñas tienen derecho a conocer su origen y a que su identidad sea respetada y, por lo tanto, ponen a disposición esta herramienta para padres y madres a los fines de facilitar este proceso. Durante el período de investigación no se han encontrado variedad de materiales comunicacionales similares.

Con relación a la dinámica de atención del consultorio, tal y como se viene describiendo, se presenta de modo diferente a cómo se da en los consultorios de Halitus. Desde la forma en que se dan los turnos hasta el momento en que los pacientes son recibidos por una persona que abre la

puerta, y la fisonomía propia de una casa particular lo hace acercarse más a un consultorio del tradicional «médico de cabecera» u otro especialista no directamente asociado a las especialidades cuyas particularidades requieren necesariamente del uso de tecnología. En el caso de las Dra. Feldman y Torno sus consultas tienen lugar en esa casa, aunque todo lo que implica intervenciones con uso de tecnología y/o de prácticas en quirófano o salas preparadas para tales fines, utilizan las instalaciones del centro especializado PRO.CRE.AR.TE (Red de medicina reproductiva y molecular) cuyo Director es el Dr. Carlos Carrere; es decir, toda práctica que ya forme parte de un tratamiento (cualquiera sea su tipología) es atendida en la sede Central de PROCREAR, ubicada en la calle Bulnes 1104 de la Ciudad de Buenos Aires.

En ese sentido, es Malena quien abre la puerta y recibe a los hombres y mujeres que asisten al consultorio, con quien se efectúa el pago de la consulta así como también quien imprime y arma el informe de las ecografías, en los casos en que se realizan allí que suele ser cuando alguna mujer queda embarazada. Así como cuando se realizan monitoreos de control por distintas razones propias del diagnóstico (a veces como parte del tratamiento y otras como parte del diagnóstico previo), aunque en tales situaciones no se confeccionan informes impresos, sino que son las doctoras quienes llevan el control en las respectivas historias clínicas, que siempre y al igual que en Halitus, quedan en su poder y nunca les son entregadas a los usuario/as, aunque sí los estudios solicitados que son leídos y luego devueltos. Estos intercambios entre Malena y los usuarios, se da en el medio de la sala de espera, sin un escritorio ni sillas mediante —es decir, todos parados— aunque siempre procurando no irrumpir la tranquilidad y el silencio de la sala.

En ocasiones, según el momento de la consulta, cuando coincide con un horario cercano al mediodía, cada vez que la puerta que conecta con el interior de la casa se abre viene un aroma intenso a comida, lo que le impregna aún más una atmósfera de espacio íntimo, más bien familiar y cercano a un consultorio particular tradicional que propio de un centro médico especializado y en el que convergen diversas especialidades y médicos, tal como lo representa Halitus.

Uno de los aspectos diferenciadores y que en estas rutinas de reiteradas visitas se valoran y significan positivamente, es el hecho de que las esperas en el consultorio no resultan prolongadas ya que los turnos son asignados de forma espaciada; incluso es frecuente llegar y que en la sala de espera no haya gente esperando o una sola persona. El poco —o mucho tiempo— de espera en este o

en cualquier consultorio resulta un hecho a la larga impacta negativamente en la práctica médica en la que intervienen médicos y usuario/as, incluso en su predisposición al momento de la atención propiamente dicha, que forma parte del entramado de relaciones de poder observadas y analizadas en estos espacios.

Asimismo, también resulta un dato a considerar la dinámica que se hacía dentro de la consulta entre las Dras. Feldman y Torno y los usuarios/as. En primer lugar, que la atención y el seguimiento de cada uno de los casos siempre sea responsabilidad de ellas y que no se vayan alternando con otro/as (como si ocurre en Halitus) también resulta un hecho a considerar favorablemente ya que el trato personalizado entre médicos y usuarios es una práctica valorada en la mayoría de las especialidades clínicas, siendo la medicina reproductiva –por su alto grado de implicancia física y emocional– una de las especialidades en las que la calidad humana en su sistema de atención tiene una alta incidencia y es altamente valorada entre quienes tienen acceso a la misma.

Finalmente, y con una ventana que da al frente de la casa, se encuentra un reducido espacio que alberga el consultorio, en el que hay un pequeño escritorio lleno de papeles, folletos y publicidad de laboratorios, y cuatro sillas a su alrededor en el que la Dra. Torno se sienta próxima a una punta, casi a punto de «salirse» del rectángulo que da forma al escritorio. Detrás de la misma, por debajo de la ventana que ocupa todo el ancho de la habitación, sobresale un bloque de pared que funciona como repisa sobre la cual se despliegan una gran cantidad de portarretratos de bebés y bebas, de distintos tamaños y en diferentes circunstancias: nacimientos, primer año, solos, con sus mamás, con sus papás, con ambos, con sus hermanos/as, con mascotas, etc. Sin lugar a ninguna duda se sobre entiende que esas fotos son la demostración de agradecimiento por el logro, que muchas veces y por muchos usuario/es, es un logro que se significa como un milagro, incluso muchas veces quedando invisibilizado el lugar del esfuerzo y el sacrificio propio para dar sí un lugar visible al trabajo del o la médica que, en los casos donde llega el embarazo y el nacimiento, termina siendo el hacedor/a irremplazable de una nueva etapa de inmensa felicidad proyectada que deja atrás los momentos más angustiantes y de absoluta desolación en los que muchas veces se aferró la duda de algún día poder salir.

CAPÍTULO V: REFLEXIONES FINALES. NUEVAS PREGUNTAS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y DE INTERVENCIÓN

Inicié esta tesis hablando en primera persona, presentando mi historia, buscando que esas palabras sean la base de la fundamentación de esta investigación. Es el modo que encontré para poder expresar el atravesamiento teórico que implicó en mi trayectoria haber pasado por la experiencia de «ser infértil» o reunir las condiciones físicas y biológicas para que mi pareja y yo accediéramos a esa categoría médico-científica y así transitar el camino hacia la maternidad/paternidad. Y, al mismo tiempo, conjugar la formación académica, la producción teórica, la escritura de mi tesis – que también se llevaba parte de mi energía disponible– en una misma instancia, intentando mantener un equilibrio entre todas las partes de mi vida. Tarea compleja la que me propuse, ya que lograr armonías nunca resulta sencillo y pocas veces posible.

Es, a la vez, la manera que encontré de gestionar el dolor, ese malestar corporal del que hablaba Arthur Schopenhauer (2005) en tanto «el dolor y el deseo son las verdaderas interpelaciones que nos indican que somos un cuerpo y no que tenemos un cuerpo». Ese cuerpo que en la modernidad es violentado para así evitar el sufrimiento, desde una concepción curativa cuyo fin último es evitar los cuerpos improductivos; un cuerpo con dolor, es un cuerpo que no produce y, por lo tanto, es deshecho del capitalismo.

Interrogar teóricamente determinadas prácticas desde la propia experiencia me permitió aportarle intensidad y *deseo* a un proceso arduo como lo es la escritura de una tesis doctoral, generando a su vez una empatía que viabilizó las condiciones al momento de recuperar otras voces, otras experiencias, otras biografías y miradas infértiles, enriqueciéndose el intercambio y, por consiguiente, tributando en la complejidad de la investigación.

Desde este lugar, consideré acertado presentar esta instancia retomando la palabra y la propia trayectoria, luego de haber recorrido e intercambiado diálogos con otras experiencias que, aunque diversas, con puntos de encuentro y de desencuentro, fueron las que solidificaron este trabajo pero, por sobre todo, enriquecieron mi propia mirada acerca de esta condición. En este aspecto, y a los

finde organizar este último momento de reflexión, propuse situar este apartado como un punto de llegada y no como un cierre de un proceso. El camino de indagación, análisis y producción que consolidó este trabajo condujo a instancias de reflexión y conclusión que merecen un espacio de síntesis que permita establecer un orden lógico y de prioridades a ese conjunto de ideas. No obstante, llegar a este lugar no implicó anclarme en una instancia de culminación; por el contrario, este arribo es más bien del orden del tiempo, ese tiempo que siempre es significado desde múltiples miradas, y entonces requiere de una pausa que permita recuperar lo hecho para luego poder abrir nuevos itinerarios de investigación a partir de las preguntas, las dudas, las inquietudes que despertó esta etapa de búsqueda.

Bajo esos criterios, este apartado se propone reunir, por un lado, un breve repaso por los distintos capítulos que conformaron esta tesis, a partir de recapitular los objetivos, los alcances, y los ejercicios propuestos para cada uno. Por otra parte, se enlazan las distintas instancias de reflexión que derivaron de cada uno, con la intención de tejer un hilo conductor que contribuya a sistematizar este entramado teórico-analítico y habilite a disparar nuevos interrogantes para futuras instancias de investigación/intervención.

1. Las condiciones de producción: entre la experiencia y la reflexividad

Como se refirió al inicio de este capítulo, esta tesis comenzó a producirse a partir de habilitar una reflexión teórica desde la propia experiencia, es decir, en primera persona. Esta tesis «pudo ser» gracias a permitirme generar un puente entre la producción teórica y la propia práctica, planteado ante todo como un gran desafío, ya que la tarea de construir conocimiento poniendo en juego la experiencia es, muchas veces, una práctica desacreditada o no bien ponderada dentro del campo académico.

A partir de entonces, se inició la etapa de formulación de las preguntas que luego derivaron en los objetivos propuestos para la tesis. El camino hacia la maternidad y las dificultades que fueron apareciendo, en paralelo con mi proceso formativo en el campo de la comunicación, fueron la conjugación para la realización de este ensayo analítico, ya que ese transitar iba acompañado de múltiples indagaciones, preguntas, sensaciones de asombro, reflexiones que me vinculaban con la

experiencia pero que estaban permeadas de una mirada teórica (mi mirada) en relación con las prácticas, con las significaciones sociales, con la producción social de sentido, en definitiva, con el universo simbólico que conforma la comunicación como disciplina de estudio. Muchos de esos interrogantes que circulaban a la par de las infinitas visitas a los centros de fertilidad, se materializaban en enunciaciones tales como: ¿Todos piensan que es una enfermedad la infertilidad?, ¿qué pasa cuando se consulta, pasa el tiempo y luego, sin tratamiento, se produce el embarazo?, ¿pareciera que nadie que la experimenta habla de una enfermedad, aunque la OMS así lo determine?, ¿es una «enfermedad» que avergüenza y se silencia a diferencia de otras?, ¿cómo interviene esa construcción de sentido (significación) sobre la relación entre los especialistas y los usuarios?, ¿cómo son los niveles de autonomía de las decisiones de las parejas en esos procedimientos?, ¿cómo se ponen en juego las diferencias de género en esas prácticas?

De esas inquietudes tomó forma el objetivo de conocimiento orientador de esta tesis, que giró en torno a reconocer y a analizar las significaciones que construyen distintas mujeres que han atravesado procedimientos médicos-técnicos realizados por diagnóstico de infertilidad. Una vez avanzada la instancia de formulación inicial, es decir, de pasaje entre la reflexión conceptual sobre una problemática real y su transformación en problema de estudio, se conformó una estructura teórico-metodológica para organizar la tarea de investigación a los fines de avanzar en los objetivos propuestos, no perdiendo de vista el desafío principal de poder conjugar ambas instancias: mirar la experiencia, analizarla ponerla en diálogo con otras, complejizar y profundizar el conocimiento acerca del tema; producir saberes desde la praxis.

Dicha estructura guió una reflexión teórica que indujo a construir la temática de la infertilidad como problema de estudios dentro del campo de las ciencias sociales y de la comunicación, a partir de situarlo o de enfocarlo hacia tres campos discursivos: la infertilidad como hecho sociocultural; la infertilidad desde el discurso médico-científico; y la infertilidad desde la legislación vigente. El sentido de este ejercicio, que se plasmó en el **capítulo I**, fue analizar las relaciones, las tensiones y los niveles de poder hacía dentro de esos campos, los posicionamientos sobre la salud, la enfermedad, la maternidad/paternidad y los patrones culturales que desde allí se configuran, las relaciones de género, las legitimidades y las voces autorizadas para clasificar dentro de la temática. Asimismo, se buscó generar un cruce entre los tres campos y realizar un trabajo analítico-reflexivo

que permita tejer redes entre los tópicos mencionados desde una matriz discursiva al interior de cada uno de los campos, y así construir un mapa de significaciones en torno a la infertilidad.

Este momento de producción resultó clave para el resto del desarrollo ya que pudo constituirse como la base, los cimientos desde los cuales se planteó el itinerario que marcó el camino de esta tesis. En este sentido, si bien se pautó como un capítulo de análisis y esa tarea contribuyó en su avance, la búsqueda y la lectura bibliográfica sobre el tema desde variadas disciplinas, la normativa vigente, los sitios, los centros especializados, las voces de profesionales, los organismos internacionales y nacionales ocupados de la salud, su abordaje en la opinión pública, tuvo un peso preponderante en esta estructura que valió como instancia de sistematización temática y de documentación.

Como parte del cruce analítico de posicionamientos discursivos entre los tres campos planteados se visibilizaron algunos puntos en común, zonas de tensión, más y menos nítidas, a partir de las cuales se conformaron distintos ejes y categorías analíticas que se tuvieron en cuenta posteriormente en el abordaje teórico-metodológico y al momento de diseñar las herramientas que orientaron la recuperación de los testimonios de las mujeres. Estas dimensiones se simplifican en los siguientes tópicos, al identificar los puntos comunes y considerados transcendentales en las instancias de análisis que siguieron:

- ✓ La infertilidad como hecho social y su inscripción en el campo de la afectividad.
- ✓ La infertilidad conceptualizada como enfermedad.
- ✓ La paternidad/maternidad como un proyecto de vida «planificado» que trasciende la función reproductiva biológica y su condición de fenómeno natural.
- ✓ La centralidad del cuerpo y las decisiones de los sujetos sobre el mismo como rasgo de la modernidad.
- ✓ La condición cultural como base emergente para el análisis de las prácticas sociales.
- ✓ La incorporación de la perspectiva de género como dimensión central en el análisis de las prácticas médicas.
- ✓ La OMS, como discurso clasificador sobre el cual se amparan los procedimientos y los protocolos médico-técnicos del campo médico especializado.

- ✓ Validez central de los estudios científicos y de los datos estadísticos en el hacer de la práctica médica.
- ✓ La edad biológica de la mujer como un factor determinante en la reproducción y en la concepción embrionaria.
- ✓ Predominancia de la medicalización y de la intervención técnica, como respuesta a las dificultades de las parejas para la concepción, pese a su caracterización como enfermedad multi-casual.
- ✓ Reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres en los itinerarios médico-técnicos, pese a que los datos estadísticos indican paridad en la incidencia de unos y de otras.
- ✓ La ampliación de derechos en la última década, como marco para la inscripción del debate público.
- ✓ Abordaje multidimensional de la noción de salud.
- ✓ Prevalencia de un modelo binario de familia.

En esta inscripción, el desarrollo teórico-metodológico, que en la estructura organizativa ocupa el **capítulo II**, se constituyó a partir de reunir diversas perspectivas de referentes, de teóricos, de investigaciones y de trabajos próximos a los conceptos que conformaron los pilares de la tesis, para construir un mapa de referencia teórica. Así, se incorporó como parte del mismo capítulo ese mapa de categorías conceptuales y teóricas que estaban preestablecidas al inicio de este trabajo, pero también las emergentes a partir de las lecturas, de las experiencias, de los intercambios de saberes y de los diálogos con otros, junto con los aspectos que configuraron el planteo más metodológico, del *hacer*, del promover estrategias que encaucen los objetivos propuestos. Es decir, la descripción y la clarificación de todo el andamiaje de herramientas y de tareas que condujeron a responder de modo experiencial –con voces de otros– a la construcción teórica.

De ese modo, se abordaron diferentes constructos teóricos que explicitaron una mirada acerca de la comunicación, una forma de entender y de intervenir analíticamente en los discursos; el discurso médico hegemónico; las relaciones de poder, las significaciones sobre la infertilidad; la salud; la enfermedad, el género; el cuerpo; la maternidad/paternidad como un constructo sociocultural; en definitiva, se produjo una síntesis entre lo experiencial y lo construido teóricamente que dio paso

a la instancia de profundización y de complejización del objeto de estudio, a partir de poner en diálogo los relatos de las mujeres recuperados en las entrevistas, generando un ejercicio de análisis que conecte esas voces, sin perder de vista la perspectiva teórica trazada.

En este orden, vale la pena señalar que, si bien bajo una finalidad organizativa que permita proporcionar una lectura estratégica de este *cierre* se buscó construir un relato que adquiriera un sentido cronológico de los diferentes momentos de producción, no necesariamente las instancias se dieron bajo esa secuencia temporal. Por el contrario, a lo largo del proceso se experimentaron rebotes de un apartado a otro, de un tiempo de reflexión hacia otro, hasta poder madurar ciertos aspectos –nunca en su totalidad– que puedan brindar un soporte físico a esta producción.

Precisada esta aclaración, llegó la hora de lo que los nomencladores de la escritura académica acuerdan en denominar como el «trabajo de campo», que tal como se dijo, fue realizado en distintas etapas temporales. El acceso a las historias de estas mujeres sin dudas aportó un valor fundamental en el proceso –tanto de análisis como de escritura– y fue lo que otorgó solidez a esta tesis, ya que constituyó la materialidad sobre la cual se realizó el ejercicio de análisis entre el armado teórico, el cruce de posicionamientos entre los tres campos discursivos planteados y la palabra de distintas mujeres que en algún momento de sus vidas se enfrentaron a la dificultad para tener hijos y entonces se forjaron una mirada acerca de la infertilidad.

Sin dudas, este momento que dio cauce al **capítulo III** fue significativo en todo el proceso. Por un lado, fue la posibilidad de hacer «trabajar» teóricamente a la propia experiencia a partir de tener que realizar un ejercicio de objetivación que me permitiera distanciarme momentáneamente de la propia vivencia para generar un cruce entre las categorías teóricas construidas, las apropiaciones de los distintos posicionamientos discursivos en los relatos de estas mujeres y los puntos de tensión, de encuentro/des-encuentro entre todos estos dispositivos que pudiera responder a los objetivos propuestos, así como también brindar algunas pistas que habiliten una lectura comunicacional de la infertilidad.

Por otra parte, este momento me brindó la posibilidad de poner en común la experiencia personal con la de otras y otros dejando que me condujeran a múltiples reflexiones teóricas pero también del trayecto de la vida cotidiana, el de todos los días (o mejor dicho, ambas se entrecruzan) dejando abiertas múltiples escenas, aprendizajes personales y profesionales, y nuevas guías de búsqueda.

Este movimiento también fue el que consolidó la tarea de investigación y de producción de conocimiento, ya que muchas veces resulta más sencilla la labor de lectura y de escritura, y algo más compleja la instancia de ir en búsqueda de la palabra suelta, aislada, la que hay que construir, la que, no necesariamente, responde a nuestros marcos teóricos, que puede reconfirmar nuestros pre-conceptos o desactivarlos y, por lo tanto, esa situación de incertidumbre, de incomodidad, es la que suele convertirse en obstáculo, en el freno que retarda los procesos de producción académica. De aquí deriva una parte sustancial del insumo que nutre estas reflexiones ya que el ejercicio analítico allí realizado complejizó el entramado a partir de la emergencia de nuevas categorías conceptuales que surgieron de estas historias. Asimismo, el diálogo con médicos especialistas en infertilidad y la observación en los centros y en los consultorios especializados profundizó y enriqueció esa instancia, en tanto habilitó la escucha de otros actores dentro de la configuración discursiva escenificada fortaleciendo las herramientas metodológicas y nutriendo la indagación.

De todo su desarrollo, en el siguiente apartado se retoman algunas consideraciones que resultan relevantes y responden a los fines delineados para esta tesis, procurando no reiterar lo expuesto sino extraer los aspectos trascendentales que tributan en la emergencia de nuevas preguntas y líneas de investigación y el trazado de posibles líneas de intervención.

Finalmente, el **capítulo IV** fue tomado como una «licencia académica» en todo el recorrido, ya que su estilo, su formato, su inserción en la estructura de la tesis encuentra otros matices que los figurados para este tipo de escritura. Inspirado en esta decisión, se presentó una exploración por los trayectos que orientaron esta tesis a partir de articular los diferentes circuitos que constituyeron la materialidad del análisis, generando un encuentro entre las biografías de las mujeres cuyo deseo es convertirse en madres con las descripciones de algunos espacios, que sin resultar coincidentes con aquellos por los que circularon estas mujeres, se consideraron un valioso insumo para esta trama, dando cuenta de un universo sociocultural compartido en relación con la infertilidad.

El sentido que motivó este momento de escritura tuvo que ver con poder alivianar el peso que imprimió el engranaje teórico a esas biografías. Fue una manera de retribuir literariamente la predisposición de estas mujeres a contribuir en esta historia –mi historia– con su experiencia. Fue pensado con un sentido de empatía en la lectura, de pensar en lo que otros y otras, y esas mismas mujeres, pudieran percibir al leerse en esas páginas. No porque considerase que el marco teórico

en el que se inscribieron los testimonios pudiera endurecer esos relatos, pero quizás a través de esas narrativas el lector pudo acceder al significativo mundo de la infertilidad. Seguramente, haya quienes no lo interpreten de este modo o sobrevuelen dudas respecto a la pertinencia de este formato. Hechas estas aclaraciones quedan estas apreciaciones para su futura valoración.

2. La trama: sentidos, experiencias, reflexiones de mujeres que desean ser madres

Como ya se aclaró, sin ninguna pretensión de que estos párrafos se transformen en una instancia de cierre, que no pueda ser reabierto ni accedida por otros, aquí se reúnen aquellas ideas, reflexiones, inquietudes que surgieron a lo largo de todo el recorrido que implicó esta producción y que se consideran tributarias de los objetivos planteados en esta tesis. Pensado de este modo, este apartado se presenta como un punto de llegada, ya que la pretensión es que esta producción pueda convertirse en un aporte de conocimiento y en un antecedente temático sobre la infertilidad como hecho socio-cultural, como también inscribirse en el campo de estudios de la comunicación y de la salud.

Asimismo, que sea un punto de partida para nuevas investigaciones y para líneas de intervención que vinculen la producción teórica con el diseño de políticas públicas en salud, que valga para habilitar canales de diálogo entre diferentes actores que reúnan a la academia, al campo médico-científico, al Estado en sus tres poderes y a los medios de comunicación, con el fin de poder generar una agenda común que inserte el tema en la opinión pública, abordado con información precisa, de calidad, desde múltiples aristas que atraviesan y que complejizan la problemática, lo que incide en los procesos que atraviesan quienes deben hacer frente a esta dificultad.

En esta secuencia, una de las primeras cuestiones que se aprecian significativas y que otorgan un marco general a la trama es el hecho de inscribir a la maternidad/paternidad como un hecho cultural. Desde ese enfoque, se advierte que en las mujeres de clase media el proyecto de la maternidad forma parte del itinerario de metas y de objetivos que se deben alcanzar a lo largo de sus vidas, aunque con una centralidad que lo transforma en un mandato cuya significación adquiere una importancia sustancial. Y, al mismo tiempo, este anhelo representa características naturales, es decir, el hecho de ser madre, si bien forma parte de las metas a alcanzar, es algo que se inscribe en

nuestra cultura como dado naturalmente, un hecho que le sucede a todas las parejas que deciden formar una familia en el momento en que así lo desean. En este punto se advierte un desplazamiento de un campo discursivo a otro, es decir, la familia como un fenómeno social cruzado por una concepción biologicista hegemónica acerca de la condición natural de reproducción de la especie humana. De esta manera, aparece un paralelismo en esta construcción acerca del proyecto de paternidad/maternidad como legítimo cuando está dado en forma natural y como un suceso que es significado como comportamiento obsesivo cuando el mismo proyecto se ve atravesado por la intervención tecnológica.

Por otra parte, la emergencia de la problemática de la infertilidad adquiere diversos sentidos que son asignados por los distintos actores que intervienen en el entramado, observándose zonas de tensión entre los campos discursivos analizados. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) categoriza a la infertilidad como una enfermedad, definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas y que tal situación conlleva una gran cantidad de efectos tanto en la salud física como mental, emocional, psicológica, social y hasta religiosa en las parejas que la sufren. Es una causa muy importante de depresión, tanto que las consecuencias sociales, psicológicas y culturales de la infertilidad han sido catalogadas en seis niveles de gravedad, que van desde el sentimiento de culpa, el de miedo y el de depresión, hasta la pérdida de dignidad y la muerte por violencia y el suicidio, como fue señalado en el capítulo 1.

Por consiguiente, el sistema médico, y en particular el especializado en esta problemática y en áreas afines, retoman este posicionamiento como así también el Estado aporta un marco jurídico y establece normativas orientadas desde esa concepción. Sin embargo, son las parejas quienes encuentran una dificultad para nombrar a la infertilidad en estos términos y para encontrar un lugar «social» frente a esta problemática; es decir, no existen rituales en la sociedad que puedan reconocer el sufrimiento de la pareja infértil por un ser que nunca existió.

En los discursos se registran indicios de un esfuerzo por disimular, encubrir el problema, que al no constituirse en los imaginarios sociales como un problema de salud real, termina ubicándose en la esfera de las enfermedades que no poseen un reconocimiento social. En esta disposición, se asienta

la representación acerca de la infertilidad como una enfermedad invisible que se ubica en el plano de las enfermedades no legítimas y, por tal, vergonzantes.

Por otro lado, se hace manifiesta la distribución dispar en las relaciones de poder entre médicos, mujeres y hombres. Si bien es el propio campo médico-científico el que jerarquiza a la infertilidad como una enfermedad, y en base a estadísticas establece la paridad entre causas por factores masculinos y femeninos, al momento de comenzar las primeras consultas es la mujer la que primero debe someterse a estudios, inscribiéndose en una matriz cultural profundamente patriarcal.

Si bien la edad del hombre también influye en la fertilidad de la pareja y en el logro de un embarazo, se reconoce una significación disímil entre la jerarquía de edades para unos y para otros. En ese sentido, se advierte como una práctica la prórroga del proyecto de maternidad/paternidad como alternativa ante otros deseos y metas personales, o sea, un retraso del momento en que las mujeres deciden programar sus embarazos. Nuevamente la noción del tiempo es crucial ya que pasados los años, comienza a sonar el reloj biológico y circula una valoración –muchas veces tácita– en los imaginarios sociales que pone en cuestionamiento este retardo asociado al desarrollo laboral y profesional de las mujeres y, por qué no pensarlo, en los estamentos de poder.

En esta configuración, ante los intentos de tratamientos frustrados, los embarazos que no se retienen, las dificultades económicas para continuar con estos procedimientos, comienza a asomar como posibilidad ante la permanencia del anhelo de un hijo, la opción de la ovodonación, por un lado, y la instancia de la adopción por el otro.

Ante la posibilidad inminente de que, quizás, esas son las únicas opciones para convertirse en madres y en padres, el proyecto se desdibuja y se hace permeable al determinismo biológico. Si bien lo que gravita en los anhelos de formar una familia es la crianza de los hijos como proyecto compartido, llegado el «tiempo» límite, esa representación se ve vulnerada, se torna menos nítida, y el hecho de transmitir la «marca genética» es lo que otorga contrapeso en la toma de decisiones.

Al encontrarse las parejas frente a la disyuntiva de optar por un tratamiento con donantes y/o pensar en la adopción, sin dudas es la última alternativa la que genera más controversia al resistirse un conjunto de representaciones acerca de los distintos modelos de maternidad/paternidad y las

creencias socialmente compartidas sobre el género y sobre los modos en que se constituyen los vínculos entre padres e hijos.

Desde este análisis, prevalece la idea de un tiempo que es significado biológicamente; es un tiempo que se escapa, que se va y se lleva los años –jóvenes– que son los que el discurso médico prescribe como los años fértiles. Es en el hábitat del cuerpo en donde se inscriben los límites biológicos del tiempo; un tiempo que también adquiere relevancia en la escena médica al momento de evaluar los tipos de tratamientos, de acuerdo a los distintos tipos de diagnósticos y a los usuario/as, ya que transcurridos los años y los intentos frustrados respecto a los resultados, se convierten en un *tiempo perdido*.

En otra esfera, el tiempo transcurre mientras los trámites administrativos para que los tratamientos puedan ser cubiertos no corren, se paralizan, quedando presos de la burocracia y de los intereses disputados entre los distintos actores que configuran esta trama: el Estado (sector público), corporaciones de medicina prepaga (sector privado), y la sociedad.

Así, el proceso de gestión de cobertura de los procedimientos médico-técnicos ante las obras sociales y/o prepagas ponen de relieve los mecanismos de circulación de poder y los niveles de vulnerabilidad en los que se encuentran las parejas en estas instancias, en las que se advierte un vacío normativo en el pasaje entre *la letra*, es decir, la normativa vigente, y su puesta en práctica. De aquí se desprende la necesidad de que hombres y mujeres que se encuentran ante la problemática de la infertilidad o la dificultad para tener hijos y buscan alternativas que puedan revertir tal situación, cuenten con la información precisa acerca de las posibilidades que en la actualidad proporciona el avance médico-científico y tecnológico en cuanto a técnicas de fertilización asistida.

Para finalizar, sobre este último aspecto vale enfatizar en la importancia de que la información que circula sea de calidad, que priorice no sólo las cuestiones relativas a los tipos de técnicas, a los aspectos positivos y negativos de cada una, a los costos, a los sitios especializados, a la cobertura de obras sociales y de pre-pagas, etc., sino también nutrir de herramientas de comunicación que vehiculicen estos procesos y que faciliten la toma de decisiones de las parejas, de acuerdo a sus propias realidades y contextos. Es decir, tener en cuenta el reciente marco normativo en el que se

inscribe la infertilidad como problemática social en tanto respuesta del Estado ante las demandas de la sociedad civil, pero también los cambios sociales y culturales que implican dicho reconocimiento, los niveles de legitimidad que ocupa dentro del campo médico-científico, su visibilización en la opinión pública, los posicionamientos ante la problemática de los distintos actores que intervienen; en definitiva, su incidencia en el universo simbólico para lo cual la comunicación como campo disciplinar tiene mucho insumo para aportar.

3. Nuevos itinerarios de búsqueda

A partir de inferir en los puntos de llegada recuperados en los párrafos previos, o como desprendimientos de ellos, surgen algunas preguntas, interrogantes, inquietudes que interesa enunciar a los fines de dejar planteadas posibles líneas de trabajo para futuras investigaciones y también de intervención que permitan fortalecer los lazos y tejer puentes entre la producción de conocimiento y el diseño de políticas públicas orientadas en la temática.

De tal manera, se retoman las siguientes cuestiones:

- Retraso de la mujer para proyectar la maternidad: ¿Es entonces sobre ella en quien recae el sentido de culpabilidad por postergar este proyecto?, ¿quién o quienes significan esa condición biológica del tiempo?, ¿cómo debe tramitarse esa condición de culpabilidad?
- Lo anterior invita a pensar, entonces: ¿La mujer es responsable de retardar la maternidad para «realizarse como mujer»? ¿esto induce a pensar en modelos de mujeres-madres jóvenes en la casa (entendido como ámbito privado) en lugar de disputar espacios de poder –afuera– (comprendido como el espacio público)?
- Trabajar en la construcción de tecnologías del conocimiento que puedan contribuir a gestionar la visibilidad pública de la infertilidad.
- Plantear el desafío de construir estadísticas sobre la situación de la infertilidad en Argentina, en forma inter y transdisciplinaria.
- Construir información sobre el tema, cualitativa y cuantitativa, que derive en la instalación del tema en la opinión pública, poniendo en debate las tensiones del discurso que

naturalizan tanto el acto como el lazo maternidad/paternidad y que permita comprender las prácticas de significación, sin reducirse pura y exclusivamente a campañas publicitarias o de divulgación.

- El hecho de que sólo el campo médico (la ciencia, la especialidad en infertilidad) se ocupe de dar respuesta médico-técnica y desde la psicología contención psico-afectiva a las parejas que atraviesan estos procedimientos, nos deja un reto para pensar el aporte que puede hacerse desde la disciplina de la comunicación. Es decir, que desde este campo se puede producir conocimiento que legitime los posicionamientos sobre la infertilidad como hecho socio-cultural como también sobre otras enfermedades que asuman la misma perspectiva, teniendo en cuenta el fuerte impulso que han adquirido los estudios del campo de la comunicación y la salud, y los aportes que allí pueden hacerse.
- Problematizar acerca de los tratamientos de Fertilización Asistida en parejas del mismo género, como alternativa posible para concretar el proyecto de maternidad/paternidad, lo que implica desplazar el tema del plano de la enfermedad hacia otro lugar que, justamente, merece la pena indagar y poner en discusión.
- Indagar en los posicionamientos discursivos sobre la infertilidad que circulan en medios de comunicación masivos, como también los sentidos que recorren medios de carácter alternativo, como redes sociales, blogs, sitios webs, entre otros.

4. Palabras finales

Llega el momento en que, necesariamente, uno debe concluir, cerrar, «apagar» la luz, y aunque esto no implique una despedida, al menos decir hasta pronto. Son las palabras que surgen para significar este espacio de culminación, esta instancia del proceso. Sin intenciones de caer en reiteraciones y en lugares autorreferenciales, vale la pena hacer manifiesto las emociones que se ponen en juego en los procesos de producción y de escritura.

En este sentido, esta tesis se lleva mucha de mi energía, mucha emoción y también mucha pasión; la pasión por la escritura, por la búsqueda, por la lectura de otras miradas acerca la infertilidad que

me permitieran también construir la propia, más allá o a partir del tránsito por la propia experiencia. Una pasión similar a la que invertí en la búsqueda de mi deseo –del deseo por convertirme en mamá– la que me dio la fuerza para batallar ese camino en forma incansable. Sólo la pasión, o el amor que la motoriza, es lo que habilita los movimientos y los desplazamientos. Sin dudas, es el amor la fuerza de las luchas.

REFERENCIAS

Bibliográficas:

- AA. VV. (1997). «Documento curricular y Plan de Estudios». La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social.
- AA. VV. (2002). «Bases Generales de la Propuesta del Doctorado en Comunicación». La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social.
- AA. VV. (2015). «Especialización en Comunicación y Salud». La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social.
- BOURDIEU, Pierre (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BRAUNSTEIN, Néstor (2013). «La medicalización de la vida y la cultura». *Revista Noticias*, 21 de septiembre, pp. 81-87.
- BUTLER, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.
- CÁNEVA, Virginia (2012). «Locales vs. Visitantes. Prácticas deportivas y apropiación identitaria». En Rosboch, María Eugenia (comp.). *Cuaderno de Cátedra. Culturas populares y deporte: Una mirada sobre la dinámica social y la práctica periodística* (pp. 40-50). La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social.
- CIFUENTES GIL, Rosa María (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- CHÁNETON, July (2007). *Género, poder y discursos sociales*. Buenos Aires: Eudeba.
- CONRAD, Peter (1982). «Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social». En Conrad, Peter. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo.

- CUBERLI, Milca; LOIS, Marina; PALOPOLI, Andrea (2011). «Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida». En Petracci, Mónica; Brown, Josefina; Straw, Cecilia. *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- CZERESNIA, Dina (2006). «El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción». En Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 47-63). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- FERNÁNDEZ, Ana María (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, Michel (1985). *Las palabras y las cosas*. México DF: Siglo XXI.
- (1976). *La Arqueología del saber*. México DF: Siglo XXI.
- GIMÉNEZ, Gilberto (1997). «Materiales para una teoría de las identidades sociales» [mimeo]. México DF: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- GONZÁLEZ, Jorge (1994). *Más (+) Culturas (s). Ensayos sobre realidades plurales*. México DF: Conaculta.
- KORNBLIT, Ana Lía; y otros (2007). «Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud». *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8), pp. 9-25. Buenos Aires: Consejo de Profesionales en Sociología.
- LE BRETON, David ([1995] 2012). *Antropología del cuerpo y modernidad* (6.^a reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRABINO ETORENA, Valeria (2009). «Espacios generizados: cuerpos masculinos ingresando a la institución médica en la práctica de la vasectomía o esterilización masculina». *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales* (N.º 4).
- Mantero, Luciana (2015). *El deseo más grande del mundo. Testimonio de mujeres que quieren ser madres*. Buenos Aires: Paidós.

- MARGULIS, Mario; y otros (2007). *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: [s. e.].
- (1998). «Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria». *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud 1988*, pp. 451- 464. Buenos Aires.
- MESA, Serrana; VIERA, Mariana (2004). «Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica» [CD-ROM]. Ponencia presentada en el *VII Congreso Argentino de Antropología Social*. Villa Giardino.
- PARADA MUÑOZ, Lina María (2006). «Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención». *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2 (1), pp. 149-158.
- PÉREZ, Fernando (2007). «El drama de la infertilidad: la familia y las nuevas tecnologías». En Margulis, Mario; y otros. *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos.
- PETRACCI, Mónica; BROWN, Josefina; STRAW, Cecilia (2011). *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- PETRACCI, Mónica; KORNBLIT, Ana Lía (2004). «Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista». En Kornblit, Ana Lía. *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- PETRACCI, Mónica; WAISBORD; Silvio (comps.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- SCRIBANO, Adrián (2007). «La sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones». En Scribano, Adrián (comp.). *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones*. Córdoba: Jorge Sarmiento Editor.

- SCHOPENHAUER, Arthur (2005). «El mundo como voluntad y representación (selección)». Madrid: Editorial Trotta.
- SZURMUK, Mónica; MCKEE IRWIN, Robert (coord.) (2009). *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos*. México: Siglo XXI.
- URANGA, Washington; BRUNO, Daniela (2001). *Tres perspectivas para comprendernos* [mimeo]. Buenos Aires.
- URANGA, Washington (2008). *Mirar desde la Comunicación*. Documento de cátedra Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. La Plata: FPyCS-UNLP.
- VAGGIONE, Alicia (2009). «Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia». En Figari, Carlos; Scribano, Adrián (comps.). *Cuerpos, subjetividades y conflictos: hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad (CICCUS)-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- VERGARA, Gabriela (2009). «Conflicto y emociones. Un retrato de la vergüenza en Simmel, Elías y Giddens como excusa para interpretar prácticas en contextos de expulsión». En Figari, Carlos; Scribano, Adrián (comps.). *Cuerpos, subjetividades y conflictos: hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad (CICCUS)-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- WILLIAMS, Raymond (1997). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Ediciones Península.

Electrónicas:

- ARIZA, Lucía (2010). «La procreación como evento natural o tecnológicos: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires» [en línea]. *Eä Revista en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología* 2 (1). Instituto de Estudios en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología. Recuperado de: <<http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/61-vol-2-no-1-agosto-2010/235-la-procreacion-como-evento->

[natural-o-tecnologico-repertorios-decisionarios-acerca-del-recurso-a-la-reproduccion-asistida-en-mujeres-en-parejas-infertiles-de-buenos-aires](#)> (URL consultada en junio de 2016).

▪ CAMAROTTI, Ana Clara; KORNBLIT, Ana Lía (2005). «Representaciones Sociales y Prácticas de Consumo del Éxtasis» [en línea]. *Revista Convergencia*, 12 (38), pp. 313-333. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503812>> (URL consultada en junio de 2016).

▪ CHARAUDEAU, Patrick (2004). «La problemática de los géneros: De la situación a la construcción textual» [en línea]. *Signos*, 37 (56). Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342004005600003&lng=en&nrm=iso&tlng=es> (URL consultada en septiembre de 2014).

▪ MARTÍN-BARBERO, Jesús. «De las hegemonías a las apropiaciones. Formación del campo latinoamericano de estudios de comunicación» [en línea]. Recuperado de: <<http://perio.unlp.edu.ar/seminario/bibliografia/Jesus-Martin-Barbero.pdf>> (URL consultada en agosto de 2016).

▪ DÍAZ, Hernán (2011). «La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional» [en línea]. En Cuesta, Ubaldo; Menéndez, Tania; Ugarte, Aitor (coords.). *Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias* (pp 33-49). Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de: <<http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?codrecurso=264>> (URL consultada en julio de 2016).

▪ KORNBLIT, Ana Lía; MENDES DIZ, Ana María; DI LEO, Pablo Francisco; CAMAROTTI, Ana Clara (2005). «Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires». *Documentos de Trabajo N° 45*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Recuperado de: <<http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt45.pdf>> (URL consultada en julio de 2016).

▪ LAURELL, Asa (1982). «La salud-enfermedad como proceso social». *Cuadernos Médicos Sociales* (N.º 19). México DF. Recuperado de:

<<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>> (URL consultada en julio de 2016).

▪ MATTELART, Armand; MATTELART, Michéle (1991). «Recepción: el retorno al sujeto». *Revista Diálogos de la Comunicación* (N.º 30), pp. 10-17. FELAFACS. Recuperado de: <<http://dialogosfelafacs.net/edicion-30/>> (URL consultada en agosto de 2016).

▪ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2015). «Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud». Buenos Aires: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Recuperado de: <<http://www.msal.gob.ar/>> (URL consultada en abril de 2016).

▪ REGUILLO, Rossana (1999). *Anclajes y mediaciones del sentido. Lo subjetivo y el orden del discurso: un debate cualitativo*. *Revista Universidad de Guadalajara* (N.º 17). Guadalajara. Recuperado de: <https://www.academia.edu/24781048/ANCLAJES_Y_MEDIACIONES_DEL_SENTIDO_LO_SUBJETIVO_Y_EL_ORDEN_DEL_DISCURSO_UN_DEBATE_CUALITATIVO> (URL consultada en junio de 2016).

▪ REGUILLO, Rossana (2004). *Los estudios culturales. El mapa incómodo de un relato inconcluso*. Aula Abierta, Lecciones básicas. Barcelona: Portal de la Comunicación. Recuperado de: <<http://documents.mx/documents/reguillo-2004-los-estudios-culturales-el-mapa-incomodo-de-un-relato-inconcluso.html>> (URL consultada en agosto de 2016).

▪ SANTANDER, Pedro (2011). «¿Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso?». *Revista de Epistemología en Ciencias Sociales Cinta de Moebio* (N.º 41), pp. 207-224. Valparaíso: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado de: <<http://www.moebio.uchile.cl/41/santander.html>> (URL consultada en junio de 2014).

▪ UGARTE ITURRIZAGA, Aitor (2009). «Un modelo sociocultural de acción en salud». *Calidad de Vida*, año 1 (3). UFLO-Universidad de Flores. Recuperado de: <<http://www.cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=1187>> (URL consultada en junio de 2016).

Tesis:

- ALMIRÓN, Flavia; OVIEDO, Daiana (2016). «Madre no hay una sola: experiencias múltiples de maternidades en etapa de puerperio». Trabajo Integrador Final. La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP.
- DELMAS, Flavia (2014). «UNASUR y masacre de Pando: construcción simbólica desde una perspectiva de género». Tesis de Maestría. La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP.

Sitios web:

- CENTRO DE ESPECIALIDADES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS. CLÍNICA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGÍA, INFERTILIDAD, FERTILIZACIÓN IN VITRO [página web]. Costa Rica. Disponible en: <<http://infertilidadcr.com/publicaciones/infertilidad-publi.html>> (URL consultada en abril de 2016).
- HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, SAN JOSÉ DE COSTA RICA [página web]. Disponible en: <<http://www.clinicabiblica.com/site/index.php/es/medicos/89-ginecologia-y-obstetricia/1845-alejandro-villalobos-castro>> (URL consultada en octubre de 2016).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. «Informe sobre los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013» [página web]. Disponible en: <<http://www.indec.gob.ar/>> (URL consultada en noviembre de 2016).
- OBSERVATORIO DE LA MATERNIDAD. Banco de información estadística [página web]. Disponible en: <<http://o-maternidad.org.ar/banco-de-informaci%C3%B3n/Informacion-estadistica/estadisticas-vitales.aspx>> (URL consultada en octubre de 2016).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) [página web]. Disponible en: <<http://www.who.int/es/>> (URL consultada en abril de 2016).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) [página web]. Disponible en: <<http://www.paho.org/hq/?lang=es>> (URL consultada en abril de 2016).

▪ PROYECTO DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA ACERCA DE LAS MUTACIONES CROMOSÓMICAS. CÁTEDRA DE GENÉTICA GENERAL DE LA CARRERA DE INGENIERÍA EN AGROBIOTECNOLOGÍA [blog], Universidad Nacional De San Martín. Disponible en: <<https://mutacionescromosomicas.wordpress.com/aneuploidia/>> (URL consultada en octubre de 2016).

▪ SAN DIEGO FERTILITY CENTER [página web]. California. Disponible en: <<https://www.sdfertility.com/es/>> (URL consultada en abril de 2016).

▪ VILLALOBOS CASTRO, Alejandro. «Infertilidad. Consideraciones generales» [en línea]. *Centro de Especialidades Ginecológicas y Obstétricas*. Clínica Especializada en Ginecología, Infertilidad, Fertilización in vitro. Costa Rica. Disponible en: <<http://infertilidadcr.com/publicaciones/infertilidad-publi.html>> (URL consultada en abril de 2016).

Normativas:

▪ INFORMACIÓN LEGISLATIVA Y DOCUMENTAL (INFOLEG) [página web]. Disponible en: <<http://www.infoleg.gob.ar/>> (URL consultada en octubre de 2016).

▪ MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Textos de las leyes 14.208, 14.611, 26.862 y Decretos reglamentarios: decreto 956/2013 [en línea]. Disponibles en: <<http://www.infoleg.gob.ar/>> (URL consultada en octubre de 2016).

Entrevistas:

- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Mariana. La Plata.
- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Ana. La Plata.
- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Gabriela. La Plata.
- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Cecilia. La Plata.
- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Fernanda. La Plata.

- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Dr. Sergio Pascualini, Director de Halitus Instituto Médico. La Plata.
- ISA, Luciana (2016). Entrevista a Dra. Esther Feldman, especialista en infertilidad. La Plata.

Canción:

- GUTIÉRREZ, Alfredo (s.f.). «No me quiero envejecer» [en línea]. Recuperado de: <http://www.albumcancionyletra.com/no-me-quiero-envejecer_de_alfredo-gutierrez___272310.aspx>.