

La retórica de la genética: correspondencia, contingencia y riesgo

Leila Vecslir¹

Resumen:

Desde mediados del siglo XX, el desarrollo y el uso de tecnologías reproductivas ha crecido cuantitativa y cualitativamente: junto a una oferta de procedimientos más amplia y sofisticada se registran nuevas ideas por parte de usuarios/as de la medicina reproductiva. A lo largo de esta ponencia², defino la noción de *trayectorias de reproducción tecnomediada* para dar cuenta de los recorridos de quienes recurren a las tecnologías reproductivas para lograr conformar una familia.

La significación de esas trayectorias se hace a través de la *retórica de la genética*, noción que defino como un conjunto de referencias y discursos en torno a los lazos filiales y la familia. La retórica de la genética puede ser desglosada en dos: una retórica de la correspondencia y una retórica de la contingencia. La primera hace hincapié en el logro de la fecundación con el material genético propio de la pareja mientras que la segunda pondera el rol social de la crianza por sobre el vínculo genético.

Las expectativas en torno al lazo genético con la descendencia y los riesgos que pueden experimentarse antes o durante la trayectoria son objeto de una estimación práctica-estimativa que moldea las trayectorias de reproducción tecnomediada.

Palabras clave: trayectorias de reproducción tecnomediada, genética, riesgo.

¹ Socióloga (UBA), Magister en Género, sociedad y políticas (FLACSO). Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Profesora adjunta Cátedra de Sociología-Sociología de la salud- Investigadora (UNS).

² Esta ponencia se encuadra en un trabajo de investigación mayor para mi tesis doctoral sobre “Trayectorias de reproducción tecnomediada, genética y riesgo en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina (2010-2019)”, dirigido por la Dra. Mónica Petracci y codirigido por la Dra. Lucía Ariza, Doctorado en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

1. Introducción

Quienes atraviesan la infertilidad experimentan al mismo tiempo el deseo de concebir y la dificultad de conseguirlo. Sea involuntaria o voluntaria³ (Diniz y Gomes Costa, 2005), la infertilidad cataliza la búsqueda de opciones a través de las tecnologías reproductivas. A la vez, el ingreso y la permanencia en el campo de la medicina reproductiva promueve la construcción de referencias discursivas para afrontar la situación por parte de quienes recurren a ella.

En conexión con lo anterior, el abordaje del vasto campo de la medicina reproductiva no se restringe a la puesta en práctica de complejos procedimientos en el ámbito clínico y del laboratorio, sino que involucra también las experiencias y los modos de significación construidos individual y socialmente por quienes apelan a ellos para conformar una familia.

Los usos posibles de las tecnologías, los significados socialmente disponibles en torno a la medicina reproductiva y el contexto en el que éstos se despliegan completan una cartografía sobre la cual la sociología, la sociología de la salud, los estudios de género y los estudios de la familia y el parentesco, aún tiene mucho por decir (Strathern, 1992a, 1992b; 2005; Roberts, 2012; Ariza, 2018a, 2018b, 2017; Lamm, 2012a, 2012b, 2012c; Irrazábal y Johnson, 2019b, 2019c; Johnson, 2020a, 2020b; Vecslir, 2020a, 2020b, 2015a; 2015b). Los nuevos modos de concebir y formar familias -mediados por tecnologías- requieren un abordaje transdisciplinar capaz de dar cuenta de la multidimensionalidad de este fenómeno.

En esta cartografía, quienes recurren a las tecnologías reproductivas para lograr una descendencia vinculada genéticamente aportan sus propias coordenadas orgánicas, biográficas y estructurales. Los aspectos orgánicos remiten a las posibilidades y restricciones del cuerpo con respecto a la fecundación, la gestación y el alumbramiento. Las dimensiones biográficas refieren a la trama de relaciones sociales en las que emerge el deseo de conformar una familia. Las coordenadas estructurales se vinculan con el acceso

³ Diniz y Gómez Costa (2005) distinguen dos tipos diferentes de infertilidad. La primera, la infertilidad involuntaria, corresponde a aquellas parejas heterosexuales imposibilitadas de concebir o de llevar a término un embarazo por la vía sexual. La segunda, la infertilidad voluntaria, designa las experiencias de parejas del mismo sexo o personas sin pareja que requieren -necesariamente- de la donación de gametos para lograrlo.

a la medicina reproductiva, tanto en el subsistema público, de seguridad social o en el subsistema privado de salud.

Las experiencias que trae aparejada la infertilidad, la exposición del cuerpo femenino a estudios diagnósticos y los procedimientos biomédicos a repetición son significados por las mujeres desde discursos socialmente disponibles que amalgaman la maternidad, el género, la genética y el riesgo. Desde estos sentidos socialmente circulantes, las mujeres que recurren a la medicina reproductiva, construyen sus expectativas en relación a la conexión genética con la descendencia y evalúan diferentes riesgos físicos y subjetivos. De modo que, para analizar el desarrollo de la oferta tecnorreproductiva es preciso construir nociones que den cuenta de las formas de significar de quienes recurren a ella y que permitan aglutinar dimensiones de distinto signo.

En esta lógica, en la presente ponencia se distinguen las tecnologías de reproducción humana asistida de las experiencias que atraviesan las mujeres en el campo de la medicina reproductiva. Resulta pertinente referirse a las tecnologías de reproducción humana asistida para designar aquel conjunto de técnicas orientadas a estimular la producción folicular, a lograr la fecundación en el ámbito del laboratorio y la implantación del embrión a través de sofisticados procedimientos biomédicos. Mientras que, para referirse a las experiencias de las mujeres que recurren a estas técnicas se propone el concepto de *trayectorias de reproducción tecnomediada*. Esta noción desplaza el foco del saber científico y la intervención biotecnológica a los itinerarios de quienes recurren a ella para lograr una descendencia genéticamente vinculada, involucrando, además, las expectativas y los modos de significar estos eventos.

Analizar estas experiencias y modos de significación desde la noción de trayectorias permite amalgamar las dimensiones biográficas, discursivas y estructurales que entran en juego en estos recorridos. Tanto por la temporalidad que invierten las mujeres en este campo médico como por los desplazamientos subjetivos, la noción de *trayectorias de reproducción tecnomediada* (en adelante, TRTM) se propone como noción sociológica capaz de dar cuenta de las realidades subjetivas derivadas de la utilización de técnicas biomédicas y de laboratorio.

La noción de TRTM permite recortar el recorrido que trazan las mujeres dentro de un campo específico dentro de la medicina, esto es, el de la *reproducción tecnomediada* (Barrancos, 2015) sin desatender las condiciones previas a este ingreso. Otras nociones

tales como las de *mujeres usuarias de TRHA*, *mujeres que recurren a las TRHA* o *personas usuarias*, adquieren un sentido acotado al empleo de una o más técnicas al tiempo que no inscribe el uso de estas técnicas en el marco de un proyecto biográfico y de un contexto social y cultural más amplio. En este sentido, las TRTM involucran tanto las experiencias orgánicas como los modos de significación de las mismas y que involucran diversos sentidos en torno a la genética y el riesgo.

Sin ánimo de defender o condenar a la medicina reproductiva o a quienes recurren a ella, la presente ponencia parte de la consideración según la cual las tecnologías de reproducción humana asistida redefinen las lógicas de unión familiar, resquebrajan la definición heterocentrada de familia, pero, simultáneamente, refuerzan la preferencia por la descendencia vinculada genéticamente con sus progenitores.

1.1 Muestra

Los hallazgos presentados en la presente ponencia se desprenden de un trabajo de investigación mayor para la tesis doctoral sobre “Trayectorias de reproducción tecnmediada, genética y riesgo en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina (2010-2019)”, dirigido por la Dra. Mónica Petracci y codirigido por la Dra. Lucía Ariza, Doctorado en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Para el desarrollo de la investigación, se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas segmentadas por edad y nivel educativo a mujeres que atravesaron TRTM en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos, Argentina, distribuidas de la siguiente manera:

NIVEL EDUCATIVO BAJO		NIVEL EDUCATIVO ALTO	
hasta 35 años	36 años y más	hasta 35 años	36 años y más
4 casos	6 casos	6 casos	6 casos

En relación al rango etario, se trabajó con dos segmentos: el primero, de hasta 35 años y el segundo, de 36 años y más. En relación al nivel educativo, se conformaron dos segmentos: nivel educativo bajo (desde sin estudios hasta secundario completo) y nivel educativo alto (desde estudios terciarios incompletos hasta posgrado universitario).

Para delimitar los criterios antes mencionados, se partió de la consideración que existe una relación entre el nivel educativo de las entrevistadas y los recursos materiales y simbólicos (Becker, 1964; Jhones, 1995) necesarios para llevar adelante las trayectorias bajo estudio. Asimismo, en relación a la edad, haber contado con dos rangos de edad amplios permitió el acceso a TRTM cuya relación con edad reproductiva no es mecánica. Es decir, en el sentido común, prevalece la idea según la cual las mujeres jóvenes no sufren problemáticas de infertilidad, de modo tal que no en pocas ocasiones se dilata el diagnóstico y la búsqueda de opciones pertinentes para su tratamiento. En relación a la edad, si los segmentos se hubiesen conformado en función de la curva de fertilidad propuesta por la medicina, debería haber contactado mujeres desde los 35 años en adelante, ya que es recién a partir de esta edad en que comienza a descender la fertilidad natural. En esta misma dirección, no debería haber contactado ninguna mujer mayor de 45 años, ya que alrededor de los 45 o 50 años la edad fértil se considera finalizada. En relación a este punto, la segmentación de la edad en dos grandes grupos facilitó el reclutamiento y permitió seleccionar casos relevantes que hubieran quedado excluidos del estudio.

Por último, el proyecto fue presentado ante el Comité de ética del Hospital Interzonal José Penna, de la ciudad de Bahía Blanca. Luego de ser evaluado y avalado, dicho comité confeccionó el modelo de Consentimiento Informado que se utilizó a lo largo del trabajo de campo. Los verbatim incluidos en la ponencia forman parte de los datos primarios elaborados para la tesis. Todos los nombres empleados, tanto en la tesis como en la presente ponencia, corresponden a seudónimos para proteger el anonimato de las entrevistadas y la confidencialidad de los datos.

2. La retórica de la genética

En los recorridos que las mujeres desarrollan dentro de la medicina reproductiva se ponen en juego modos de significación en torno al lazo genético entre madres/padres e hijos/as. Estas tramas de significación involucran una *retórica de la genética* que puede ser definida como un conjunto de discursos en torno al lazo filial en el que convergen idearios socialmente circulantes en torno a la identidad individual y social, el mundo íntimo de la familia y las instituciones. El parecido físico, los gustos, habilidades y formas de ver el mundo compartidos entre madres/padres e hijos/as son algunas de las referencias empleadas para explicar la pertenencia familiar.

Lejos de ser un discurso homogéneo, en las TRTM, la retórica de la genética emerge en dos voces principales: una *retórica de la correspondencia* y una *retórica de la contingencia*. Entendidas como parte de una retórica, es posible comprender las diferentes graduaciones que admite la conexión genética entre madres/padres e hijos/as que recurren a la reproducción tecnomediada.

En la *retórica de la correspondencia*, la formación de una familia es definida como un deseo previo a la formación de la pareja e intrínseco al género femenino que solo puede concretarse con el material genético propio de la pareja. En esta retórica se considera que a través de la información genética se transmiten características que aseguran la pertenencia y la identificación familiar y social que sellan la pertenencia del hijo/a a la familia.

Al ser concebida con los óvulos y los espermatozoides propios de la pareja, la descendencia genéticamente correspondiente es definida como *propia*, esto es, como integrante legítima de una unidad familiar. La pertenencia del niño/a esa familia es posible porque se comparten los gustos, las habilidades y las formas de ver, selladas a través de los rasgos físicos. En suma, el ADN es definido como aquel sustrato biológico que legitima el lazo filial y que garantiza la posesión o propiedad del hijo/a (Finkler, 2000). En palabras de Emilce:

yo creo que para él [marido] es como que seguir, no sé, el linaje, pero... Él quería la panza, él quería que el bebé fuera de él... (Emilce, 36 años y más, nivel educativo alto, centros privados)

A través de imágenes que entrelazan la gestación con la propiedad («Él quería la panza, él quería que el bebé fuera de él»), emerge la idea de la posesión de las/os madres/padres respecto de los hijos/as. Esta concatenación de elementos genéticos y sociales se sostiene en una definición del ADN cuyo significado social rebasa la definición estrictamente médica y científica (Franklin, 2003). Así lo expresa Silvina:

bueno, es nuestro, de nuestra familia, ¿viste? De integrarlo al grupo... a nosotros. Es como que, uno dice, 'sí, es nuestro, de nuestra sangre, de nuestra familia'. Y como decir 'bueno' Hoy podemos decir que tenemos un parecido físico, pero después es todo lo que uno transmite (Silvina, 36 años y más, nivel educativo alto, centros privados)

En el fragmento anterior, Silvina señala que entre madres/padres e hijos/hijas circula el mismo tipo de sangre, sustancia que transporta el ADN y que actúa como garante del lazo filial. En la expresión «es nuestro, de nuestra sangre, de nuestra familia», Silvina encadena la posesión con la sangre y con la pertenencia a la familia, eslabonando significados de diverso orden. Dentro de la retórica de la correspondencia, estos elementos de distinto signo adquieren un sentido vinculado al orden, a la simetría. En línea con lo anterior, la posesión y la pertenencia familia sellada con el parecido físico continúa a través de formas de ser y de habitar el mundo compartidas.

A diferencia de la retórica de la correspondencia, la *retórica de la contingencia* define la formación de la familia como una probabilidad cuyas expresiones se vinculan con las circunstancias biográficas. La maternidad es definida como una de las opciones posibles y no como proyecto primordial de realización subjetiva para las mujeres. Asimismo, y en sintonía con las ideas renovadoras en torno a los géneros, se pondera el rol social de la crianza por sobre la conexión genética que, en este marco, no es un valor absoluto, sino que admite matices, graduaciones.

Por diversas razones tales como la ausencia de una pareja genitora, por cuestiones orgánicas ineludibles o para evitar cualquier *pérdida de tiempo*, algunas de las mujeres entrevistadas recurrieron a material genético de terceras personas para concebir. Tal es el caso de Carmen, quien recurrió a un donante de esperma:

me separé y quería ser mamá, y como estaba sola decidí hacérmela con donante (...) quería ser mamá y qué bueno algún día podría tener pareja, si bien todavía no estaba en rojo, no tenía mucho tiempo para ser mamá (Carmen, hasta 35 años, nivel educativo alto, centros privados)

En su trayectoria, Carmen estimó, en primer lugar, los años de edad fértil que tenía por delante («no tenía mucho tiempo para ser mamá») y, por otro lado, la incertidumbre respecto de la posibilidad de formar una nueva pareja, circunstancias a partir de las cuales decidió ser *madre soltera por elección* (Jociles Rubio y Rivas, 2010).

Claudia, una mujer de 32 años -una edad bastante temprana en comparación con otras trayectorias de mujeres de más de 36 años en las que se siguió reintentando en con sus propios óvulos- recurrió a la ovodonación por consejo médico. Tanto para evitar

demoras como para maximizar la cobertura de la obra social, Claudia decidió recurrir a la ovodonación y lo expresó del siguiente modo:

la última opción que quedaba, que nos presentaron en el momento, que por ahí hay clínicas que te hacen perder el tiempo y te hacen hacer otra vez el mismo tratamiento... entonces [nuestro médico] nos dijo 'no, si solo pudieron sacar un óvulo, les conviene, si la obra social te da tres intentos, te cubre tres fertilizaciones, te conviene ovodonación' (Claudia, Nivel educativo alto, hasta 35 años, centros privados)

Este fragmento pone de manifiesto que en las trayectorias de reproducción tecnomediada, el tiempo es un factor clave: la edad fértil y el anhelo indetenible por lograr un embarazo configuran una *coreografía ontológica* (Thompson, 2005) en la cual es preciso optimizar el tiempo. Para evitar pérdidas de tiempo se despliega una negociación entre la conexión genética imaginada y la posibilidad de lograr el embarazo en la que, resignificar el lazo genético se presenta como una opción en orden a no interrumpir la temporalidad de la trayectoria. Tal como expresa Claudia, en su trayectoria evaluó las expectativas genéticas y las posibilidades concretas de los tratamientos («si la obra social te da tres intentos, te cubre tres fertilizaciones, te conviene ovodonación»), prevaleciendo las últimas sobre las primeras.

Las mujeres que recurrieron a gametos de terceras personas desarrollaron diversas estrategias retóricas a partir de las cuales mitigar la distancia genética con el embrión. En estos casos, haber atravesado la gestación y el parto ratifican la pertenencia del/la niño/a a la familia. Al respecto, Viera Cherro se refiere a la *uterización* del vínculo genético como «el procedimiento cultural de enfatizar el vínculo uterino» (2015: 124). En estos casos, es el cuerpo de la mujer y su capacidad de gestar es definido como aquel agente que consolida una conexión genética parcialmente correspondiente. Según Virginia:

para mí estaría bien [recurrir a un óvulo donado] porque igual va a ser mío, porque lo voy a tener yo adentro mío, lo voy a parir yo, entonces es mío. No es... no va a ser de la chica y... de otra chica y de mi marido. Va a ser mío, soy yo la que lo va a tener adentro, soy yo la que lo va sentir. No me... no me afecta, no me afecta eso. No, porque yo sé que fue a base de un tratamiento. No sé, no, no me afecta, no sé, no pienso nada malo tampoco, no... no sé. Creo que estaría bien, creo, no sé, o es lo que quiero (Stella, 36 años y más, nivel educativo bajo, servicio público de fertilidad)

A través de una distinción entre recibir óvulos y esperma de donantes, Stella elabora un nuevo sentido en relación a la propiedad sobre el/la hijo/a. En sus palabras, gestar y dar

a luz son experiencias que reducen el distanciamiento respecto del ideal del hijo o hija genéticamente ligado a la vez que restituyen algo de la posesión sobre el/la hijo/a logrado a partir de un préstamo.

La formación de una familia es la motivación central que impulsa TRTM. Históricamente, la familia ha sido tematizada como un resguardo contra los riesgos vitales propios la experiencia humana. Sin embargo, las TRTM no se encuentran exentas de riesgos. Riesgos físicos, derivados de sofisticadas prácticas biomédicas y riesgos psicológicos, vinculados a la dificultad y a la pérdida, son parte del proceso de formación de una familia a través de las tecnologías reproductivas. Entonces, cabe preguntarse, ¿qué sucede cuando conformar una familia puede traer aparejados riesgos físicos o psicológicos? ¿Qué relaciones y tensiones se establecen entre las TRTM, la retórica de la genética y el riesgo? Estos aspectos son materia de discusión de la siguiente sección.

2.1 Trayectorias de reproducción tecnomediada y riesgo

En la sección anterior se revisó cómo -a medida que la reproducción tecnomediada se instala como recurso óptimo para sortear la infertilidad - se conforma una cartografía que involucra a usuarias, especialistas y niños y niñas nacidas gracias a estas técnicas. Asimismo, se explicitó que el proceso de conformar una familia a través de las tecnologías reproductivas no se reduce a tratamientos escindidos entre sí, sino que se trata de trayectorias que involucran discursos sociales sobre la genética y el riesgo, en las que se negocia entre las expectativas y las posibilidades. ¿Cómo se significa el riesgo en las TRTM? ¿Qué riesgos se asocian a la infertilidad? ¿A qué riesgos se enfrentan las mujeres que recurren a la medicina reproductiva? En esta sección se profundiza en estos tópicos.

Las TRTM involucran una doble negociación con el riesgo: por un lado, la infertilidad encarna el riesgo de exclusión socio-familiar, experimentada de distintas maneras para quienes la atraviesan; por el otro, la medicina reproductiva implica la exposición biológica-corporal del cuerpo femenino para lograr la tan ansiada gestación.

Para las mujeres que atraviesan la infertilidad, la reproducción tecnomediada constituye una alternativa válida para evitar el riesgo de quedar «afuera de la sociedad». En sociedades altamente centradas en la formación de una familia, tal es el caso de las ciudades pequeñas e intermedias como la ciudad de Bahía Blanca, en la que se situó el

estudio, la producción de un tipo específico de proyecto familiar, esto es, de una descendencia genéticamente ligada, adquiere una importancia vital.

La ausencia de descendencia asigna a las mujeres un lugar ambiguo, dado que prevalece la idea según la cual el cuerpo femenino es un cuerpo preparado -y podríamos agregar, destinado- a la maternidad.

No obstante, la intervención biológica-corporal de la medicina reproductiva implica numerosos y complejos procedimientos biomédicos sujetos a reiteración, siempre en el cuerpo de la mujer. Esto conlleva nuevos riesgos tanto físicos como psicológicos. De modo que el riesgo emerge como una referencia fundamental con la cual se negocia en un doble sentido: por un lado, en relación la exclusión social-familiar derivada de la infertilidad y por el otro, en relación al cuerpo femenino como objeto de intervención e investigación privilegiado de la medicina reproductiva. Fernanda manifiesta con sus palabras este sentimiento:

yo me quedaba afuera de la sociedad, no quería juntarme con un matrimonio que tuviera chicos. Porque yo me juntaba con una mujer, 'no porque la nena esto, porque la nena lo otro, no porque la nena...', y cuando quedé embarazada, 'y que esto, y que lo otro', siempre hablaban de cosas de chicos. Entonces, lo que hacía en las reuniones, me juntaba con los hombres. Me costaba mucho juntarme con las mujeres (Fernanda, 36 años y más, nivel educativo bajo, centros privados de fertilidad)

En sus propios términos, Fernanda objetiviza el lugar ambivalente en que el quedan situadas las mujeres que no pueden concebir en los plazos socialmente estipulados: «Me costaba mucho juntarme con las mujeres», «en las reuniones, me juntaba con los hombres». El objetivo de sortear el riesgo de exclusión social y familiar impulsa a las mujeres a ingresar y permanecer en la medicina reproductiva hasta el logro del embarazo y el parto.

Con respecto a los riesgos físicos, si bien la evidencia médica señala el síndrome de hiperestimulación ovárica, el aborto espontáneo, el embarazo ectópico, el embarazo múltiple, riesgos de prematuridad o de transmisión de anomalías cromosómicas a la descendencia y las lesiones en las trompas uterinas como algunos de los posibles riesgos vinculados a la reproducción tecnomediada, las referencias a éstos en el trabajo de campo fueron realmente escasas. Los datos producidos para la investigación revelan que no se establecen vinculaciones explícitas entre las prácticas médicas y los posibles riesgos

corporales. Sí, son mencionados, y con mucha frecuencia, los riesgos subjetivos, tal como menciona Paula:

Riesgos no hay (...) no he visto, ni he sentido riesgo de mi vida. Sí emocionalmente sí, porque uno se cae, cuando llega el no. Uno es casi un mes con una esperanza. Estás así, a full porque estás haciendo y las cosas van funcionando, van funcionando y después el último momento, como que se te viene el mundo abajo. Pero después el riesgo de vida, no he escuchado y no me ha pasado. (Paula, 36 años y más, nivel educativo bajo, servicio público de fertilidad)

La ausencia de referencias explícitas al riesgo físico puede explicarse por la heterogénea información que se brinda desde el equipo médico. A partir de los datos relevados, resultó evidente que el riesgo corporal no es informado por los equipos médicos con la misma profundidad en todos los casos. En cambio, los riesgos de índole subjetiva sí son señalados por las entrevistadas como relevantes: el diagnóstico de infertilidad y la necesidad de recurrir a las tecnologías reproductivas suponen resquebrajamiento del relato biográfico y del proyecto familiar.

Es por ello que las TRTM se configuran a partir de una estimación práctica-estimativa entre las expectativas de conexión genética con la descendencia y los diversos tipos de riesgo. En función de estas dimensiones, y con la retórica de la genética como telón de fondo, se elaboran las decisiones relativas a cuántos y a qué clase de ciclos tecnorreproductivos realizar. En suma, las expectativas, los riesgos y las posibilidades moldean las TRTM.

3. Conclusiones

Las sociedades contemporáneas, signadas por el pluralismo de sentidos (Berger y Luckmann, 1997), habilita un diálogo constante y reflexivo en relación a la familia, la filiación, la genética y el riesgo.

Significadas por diferentes actores como complemento o como amenaza del orden natural y social, las tecnologías reproductivas han logrado emplazarse dentro de la medicina construyendo una nueva narrativa acerca de lo que significa conformar una familia. En el marco de esta nueva narrativa, las mujeres apelan a las tecnologías de reproducción humana asistida para concebir una descendencia que, por diferentes motivos, no llega por la vía sexual. Y en el proceso de intentar en cada ciclo y de evaluar alternativas, se construye una definición de la filiación que invoca diferentes aspectos. Entre ellos, la información genética como vehículo de la pertenencia familiar es el más saliente. El ADN es sindicado como canal de transmisión –ya no de la pertenencia a una comunidad nacional- sino de formas compartidas de ser y actuar, gustos y habilidades que articulan el mundo íntimo de la familia.

Las tramas discursivas construidas por quienes apelan a la reproducción tecnomediada definen el deseo y la elección, las formas de ser y actuar, como base de la unión familiar a través de una «sustancia reproductiva compartida» (Finkler, 2000: 36). Esta interpretación de la genética que, en el marco de la presente ponencia se desglosó como anclada en la correspondencia y la contingencia, cataliza las TRTM. Las expectativas de gestar y alumbrar una descendencia total o parcialmente bioconectada es el objetivo primordial de los recorridos estudiados.

4. Bibliografía

Ariza, L. (2018a). Risky Mixings: Unravelling Gametes' Bad Potential in Argentina, *Tecnoscienza. Italian Journal of Science and Technology Studies*, 9 (1), pp. 49-78.

Ariza, L. (2016b). Cuerpos abstractos, riesgos concretos. Dispositivos sociotécnicos y la salud de las donantes de óvulos en la clínica de fertilidad argentina. En *Salud Colectiva*, 12(3), pp.361-382.

Ariza, L. (2017). Informada, esperanzada, dudosa: una etnografía virtual de la participación de mujeres con dificultades reproductivas en un foro argentino de ovodonación. En Cuadernos de antropología social (45): pp. 71-91.

Ariza, L. (2018b). Factores que inciden en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de CABA, Revista Argentina de Salud Pública, 33, pp. 28-34.

Ariza, L. y Libson, M. (2012). Biología, maternidad y derechos. Trayectorias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la procreación asistida. En Geldstein, R. y Schuffer, M. (compiladoras). Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad, Buenos Aires: PNUD-UNFPA-CENEP.

Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir, Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 18, diciembre, pp. 41-73. Río de Janeiro: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos.

Ariza, L. y Schwarz, P. (2006). Relaciones amorosas y parentalidad en población GLTTBI. En Jones, D., Libson, M. y Hiller, R. (Eds). Sexualidades, política y violencia. La Marcha del Orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005. Segunda Encuesta. Buenos Aires: Antropofagia, pp. 46-56.

Äsberg, C. (2009). The Arena of the Body: The Cyborg and Feminist View in Biology. En Buikema, R. M., y Van der Tuin, I. (Eds.) Doing Gender in Media, Art and Culture. New York: Routledge.

Barrancos, D. (2015). Dilemas éticos de la reproducción tecnomediada: una reflexión más allá de la cosmovisión religiosa. En Revista Sociedad y Religión N°44, (Vol. XXV), pp. 155-179: Buenos Aires.

Beck, U., Giddens, A. y Lash, S. (1997). Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno. Buenos Aires: Alianza.

Beck, Ulrich (2008). La sociedad del riesgo mundial: en busca de la seguridad perdida. Ediciones Paidós Ibérica.

Becker, G. (2000). The elusive embryo. How Women and Men Approach To New Reproductive Technologies. University of California Press: Berkeley.

Becker, Gary. (1964). Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. En National Bureau of Economic Research, N° 80, Series Generales, Estados Unidos.

Berger, P. y Luckmann, T. (1997). Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno. Paidós: Barcelona.

Diniz, D. y Gomes Costa, R. (2005). Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías de reproducción humana asistida. En Perspectivas Bioéticas, nº 11.

Finkler, K. (2000). Experiencing the new genetics: Family and kinship on the medical frontier. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Franklin, S. (1997). Embodied progress: A cultural account of assisted conception. London and New York: Routledge.

Franklin, S. (2003). Re-thinking nature-culture. Anthropology and the new genetics SAGE Publications, (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi, Vol 3(1): 65–85.

Franklin, S. y McKinnon, S. (2001). Relative values: reconfiguring kinship studies. United States Duke University Press.

Irrazábal, G. y Johnson, M. C. (2019). Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina. En revista Política y Sociedad, 56(2) 2019: 317-339. Ediciones Complutense.

Jociles Rubio, M. I. y Rivas Rivas, A.M. (2010). Motivaciones genéticas y experienciales: el discurso de las MSPE sobre la fecundación asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. En Alteridades, 20 (39): Págs. 107-124.

Johnson, M. C. (2019a). Assisted Reproductive Techniques and Catholicism(s) in the US. In Religion and Gender (9) 2: pp.147–169.

Johnson, M. C. (2019b). Resignificando 'lo biológico' y lo familiar: experiencias de usuarias de TRHA» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 76-92. Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26127>

Johnson, M. C. (2019c). 'Poner el cuerpo': desigualdades de género en la experiencia de usuarias con Técnicas de Reproducción Asistida. *Pelikano*, Vol. 5 p. 35 – 55. Córdoba.

Johnson, M. C. (2020a). ¿Por qué acá nadie lo cuenta? Estrategias para comunicar y socializar la experiencia con las TRHA. En *Desafíos actuales en la clínica de reproducción asistida*, San Luis: NEU, p. 155 – 178.

Kemelmajer, A.; Herrera, M. y Lamm, E. (2011). *La reproducción medicamente asistida. Mérito, oportunidad y conveniencia de su regulación*. La Ley: Uruguay.

Lamm, E. (2012b). La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. En *Revista de Bioética y Derecho* (24), 76-91. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/node/168>

Lamm, E. (2012c). La necesidad de compensar a la gestante como la alternativa más justa y que no tiñe de comercial a la gestación por sustitución. En *Cuestión de Derechos* (3), 14-30.

Roberts, E. (2012). *God's laboratory: assisted reproduction in the Andes Berkeley*: University of California Press.

Strathern, M. (1992a). *After nature: English kinship in the late twentieth century*: Cambridge University Press.

Strathern, M. (1992b). *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester University Press.

Strathern, M. (1998). *Surrogates and substitutes: new practices for old?* Good, J. and Velody, I. (Eds.) *The Politics of Postmodernity*, pp. 182-186, Cambridge University Press.

Strathern, M. (2005). *Kinship, law and the unexpected*. Cambridge University Press. Obtenido em: <http://doi.org/10.1017/CBO9780511614514>

Strathern, M. (2009). A Antropologia do advento da Fertilização In Vitro no Reino Unido: uma história curta. En *Cadernos Pagu*, Universidade Estadual de Campinas: Campinas.

Thompson, Ch. (2005). *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge: The MIT Press.

Tober, D., Pavone, V. (2018). Las bioeconomías de la provisión de óvulos en Estados Unidos y en España: una comparación de los mercados médicos y las implicaciones en la atención a las donantes. *Revista de Antropología Social*, 27(2), pp. 261-286.

Vecslir, L. (2020a). “Las trayectorias de reproducción tecnomediada: entre la genética y el riesgo”. En *Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, “Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes”*. Buenos Aires 2, 3 y 4 de septiembre de 2020. Mesa 1: Sexualidades: salud y derechos sexuales <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ponencias/>

Vecslir, L. (2020b). “La dimensión comunicacional de la reproducción tecnomediada”. En *Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, “Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes”*. Buenos Aires 2, 3 y 4 de septiembre de 2020. Mesa 5: Nuevas Tecnologías de Comunicación y Salud. <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ponencias/>

Vecslir, L. (2014). *Tecnologías de reproducción asistida y trayectorias de infertilidad: un abordaje desde el enfoque de género y salud*. Bahía Blanca: EdiUNS.

Vecslir, L. (2014). *Tecnologías reproductivas, genética y riesgo: análisis retrospectivo de su ingreso en la agenda feminista, política y académica*. Ponencia presentada a las XI Jornadas de debate interdisciplinario de Salud y Población. Disponible en <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ediciones—previas/> Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Vecslir, L. (2015b). *La curva de la fertilidad: representaciones sociales alrededor del embarazo en mujeres posmenopáusicas logrados mediante tecnologías reproductivas*. Ponencia presentada en XI Jornadas de Sociología de la UBA, Facultad de Ciencias Sociales, 6-10 de julio 2015, Buenos Aires.

Viera Cherro, M. (2015). *Lejos de París. Tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el Río de la Plata*. [en línea] Montevideo: Ediciones Universitarias. Obtenido en

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11004/1/viera_lejos_de_par
%c3%ads.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11004/1/viera_lejos_de_par%C3%ads.pdf)

Vecslir, L. (2015a). Ím a normal pregnant person: análisis exploratorio de videoblogs sobre infertilidad y tecnologías de reproducción asistida. En Revista Entramados y perspecti-vas, (5) N° 5. <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/entramadosyperspectivas/article/view/1492/1365>