

Familias comaternales, usuarias de nuevas tecnologías reproductivas, en el escenario de las ciudadanías biológicas.

Noelia Trupa.

Cita:

Noelia Trupa (2015). *Familias comaternales, usuarias de nuevas tecnologías reproductivas, en el escenario de las ciudadanías biológicas*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/849>

XI Jornadas de Sociología de la UBA

Coordenadas contemporáneas de la sociología: tiempos, cuerpos, saberes.

13 al 17 de julio de 2015

Carrera de Sociología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Título: *Familias comaternales, usuarias de nuevas tecnologías reproductivas, en el escenario de las ciudadanías biológicas*

Noelia S. Trupa

IIGG-FCS-UBA / CONICET

noeliatrupa@hotmail.com

PALABRAS CLAVES: comaternidad – ciudadanías biológicas – biomedicina – nuevas tecnologías reproductivas - tecnologías de la optimización.

Introducción

En las últimas décadas se profundizó todo un debate alrededor de los procesos de medicalización y de las nuevas tecnologías en el campo de la *biomedicina*. Una de ellas, son las tecnologías de reproducción asistida, intervenciones médico-técnicas que conllevan ciertos dilemas ético-políticos acerca de cuáles son y/o deberían ser los sujetos usuarios de dichas técnicas y las posibilidades que se “abren”, se despliegan con estas prácticas. Se trata de dilemas/tensiones acerca de la edad de los usuarios, su orientación sexual, su estado conyugal, las características ético-legales de la donación de gametas, los biobancos, los vacíos en la regulación respecto de estos y otros aspectos.

En este marco de transformaciones y posibilidades técnicas, nos proponemos reflexionar sobre las *familias comaternales* -familias compuestas por dos madres lesbianas que asumen la maternidad y crianza de sus hijos/as en forma conjunta- que deciden realizar un tratamiento de reproducción asistida para llevar a cabo su proyecto parental. En este último se juegan ciertas

decisiones y valoraciones en relación al tratamiento: qué tipo de tratamiento realizar, cuál de las dos mujeres va a inseminarse, la elección del donante (biobancos), del médico y la clínica, entre otras. Si bien no desarrollaremos cada una de estas dimensiones, en esta oportunidad nos proponemos realizar una reflexión teórico-política acerca de cómo el campo de la biomedicina conlleva a que el proceso de negociaciones, tácticas y decisiones de la pareja respecto al tratamiento adquiera características particulares. Para ello, buscamos inscribir las NTR en el campo de la biomedicina, como parte de las *tecnologías de la optimización*. Estas últimas no son tecnologías meramente médicas o tecnológicas de la salud, sino que se trata de tecnologías de la vida (Rose, 2012: 46).

A su vez, analizamos las prácticas de las familias comaternales y las transformaciones en las formas de significar/concebir la reproducción en el marco de las *ciudadanías biológicas*. Pondremos el foco en los reclamos de agrupaciones LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans) y de madres lesbianas (Lesmadres) vinculados al reconocimiento de sus derechos como usuarias de los tratamientos de reproducción humana asistida, al exigir la cobertura de los mismos por parte del Estado. Tales demandas han tenido lugar en el escenario de sanción de la Ley de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires N° 14.208/10, la posteriormente sancionada Ley Nacional de Fertilización Asistida N° 26.862/13 y la reciente reforma del código civil.

Biomedicina y tecnologías de reproducción asistida

En *El nacimiento de la clínica* Michel Foucault (2011) señala cómo la medicina moderna ya no se limita a conocer y curar las enfermedades, sino que se ocupa fundamentalmente de promover la salud, la virtud y la felicidad. Genera a la vez un conocimiento de lo que es ser una persona sana, que se define como no enferma y se convierte en modelo de vida. Con este accionar, la medicina va tomando una postura normativa, autorizándose a regir las relaciones físicas y morales de los individuos y las sociedades. El saber sobre la enfermedad exige el momento dogmático de la nominación, añadiendo desde el exterior un lenguaje que, lejos de transmitir verbalmente la verdad de la enfermedad, la constituye como tal.

Los avances técnicos y la velocidad de los cambios en el campo de la biomedicina nos han llevado a nuevas formas de pensar la esfera de “lo humano”, la “vida” y sus límites, nos enfrentan a nuevos desafíos y rupturas en torno a la cuestión del sujeto.

En este escenario, entendemos a la *biomedicina* como un complejo dispositivo socio-histórico que interviene los cuerpos y produce así sentidos sobre la “naturaleza” y “biología” de los mismos. Retomamos los análisis de Michel Foucault (1996; 2009) sobre la biomedicina -que él nomina simplemente como medicina- y su rol destacado en la configuración de lo normal/lo sano y lo anormal/patológico, su capacidad y legitimidad social para producir “verdades” sobre los cuerpos, sobre su naturaleza y su biología. Además, esta mirada y práctica biomédica no funciona por fuera de la matriz de inteligibilidad cultural heterosexual que analiza Judith Butler (2001; 2008). Es así cómo desde fines del siglo XIX en adelante la biomedicina ha sido un actor fundamental en el establecimiento de lo normal y lo patológico según la adecuación a supuestos políticos, históricos y culturales como la heterosexualidad¹.

En el caso de las *nuevas tecnologías reproductivas* (NTR), son definidas como “conjunto de técnicas que desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o de intervención y la medicina experimental, se proponen como una respuesta, más o menos efectiva en términos de sus resultados, a la ausencia de hijos no voluntaria de individuos o parejas” (Ariza, 2007:257). Es así como su existencia se justifica a partir de la definición de la infertilidad como enfermedad. Es decir, a partir de la misma podemos ver como la medicina va instalando el par normal/patológico a los hechos de la reproducción. Como sostiene Lucía Ariza (2011) “mientras la posibilidad de la procreación es asociada con lo dado o lo que debe ser naturalmente, se opera una patologización implícita tanto de la dificultad reproductiva como del no ser madre” (2011:81) fundada en caracterizar la infertilidad como no natural. Según Ricardo Garay (2008), “la infertilidad deviene entonces enfermedad por medio de un discurso cuya justificación se ajusta más a los mandatos sociales que a la determinación específica de su carácter patológico” (2008:36). En este sentido, podemos pensar la infertilidad como una construcción ideológica ya que no siempre se detectan las causas por las cuales las parejas no pueden concebir, sin embargo, el diagnóstico de infertilidad justifica la continua intervención médica.

¹ Estudios como el de Jorge Salessi (2000) y Ernesto Meccia (2006) sostienen que el rechazo social a las identidades no heteronormativas es producto de un proceso histórico-político que ha llevado a considerar a los homosexuales como personas perversas, enfermas e inmorales. En este proceso han contribuido un conjunto de saberes, como el médico-psiquiátrico y el jurídico, que han vuelto hegemónicas dichas representaciones en el contexto argentino del higienismo. Carlos Figari y Florencia Gemetro (2009) afirman que “la construcción de la “inversión” o la “homosexualidad” se hizo de acuerdo a una metodología médica taxonómica de patología y síntomas mediada por una epistemología casuística esencializadora de cuerpos (2009:38). Esa estigmatización desataba el pánico moral en la sociedad ya que las prácticas homosexuales transgredían el orden sexual-familiar hegemónico y perturbaban el modo reproductivo heterosexual.

La matriz de inteligibilidad cultural heterosexual se hace presente en tanto esa definición de infertilidad como patología de la pareja parte del supuesto de una pareja heterosexual que no logra concebir un hijo/a, excluyendo a mujeres solteras o parejas gays y lesbianas, cuyas prácticas parentales y filiatorias conllevan otras formas de pensar el parentesco no centradas (exclusivamente) en el lazo biológico², como analizaremos más adelante.

En esta línea, el escenario se complejiza, ya que las transformaciones biomédicas contemporáneas plantean nuevas visiones de la naturaleza y la biología abierta a la modificación tecnológica, borrando la distinción estricta entre lo social y lo natural, incluso entre lo normal y patológico. Como sostiene Nikolas Rose (2012), “en el pasado, la función de la medicina no radicaba en transformar capacidades humanas sino en restaurar una normatividad perdida. El cuerpo tenía sus normas naturales; la enfermedad era la pérdida de esas normas y las intervenciones médicas procuraban restaurar las normas o imitarlas de alguna manera (...). Pero esas normas ya no parecen tan normalizadoras: en principio, las normatividades parecen susceptibles de manipulación consciente; la creación de nuevas normas mediante el artificio biomédico es una realidad. Las nuevas tecnologías reproductivas superan las limitaciones naturales de la edad, la infertilidad o la sexualidad” (2012:174).

La superación de esas limitaciones “naturales” se torna fundamental para analizar las prácticas reproductivas de las familias comaternales usuarias de NTR. En este contexto, se nos plantean los siguientes interrogantes: ¿qué nos dicen estas transformaciones sobre la sociedad?, ¿cuáles son los términos de naturaleza y cultura que se están poniendo en juego? Estos son debates complejos debido a una “pérdida de referencia”, donde ya no es tan claro el corte entre lo natural y lo cultural, entre lo normal y lo patológico, entre lo biológico y lo técnico; sino como sostiene Bruno Latour (2012) estamos en presencia de una imbricación entre ambos, de una proliferación de híbridos. El concepto de *Cyborg* nos permite pensar los cuerpos humanos, como si fueran híbridos entre organismo y máquina. Donna Haraway (1995) propone al *Cyborg* como un “recurso imaginativo” frente a un pensamiento y un mundo dicotomizado que excluye y uniformiza a las mujeres. El “*Cyborg* es una ficción que pretende abarcar la realidad social y corporal de las mujeres, como una forma de abordar la ruptura de los dualismos, que en la cultura científica actual se concreta en la discusión de las fronteras entre lo humano y lo animal, lo

² En el tercer apartado del presente trabajo, analizamos cómo las leyes de reproducción sancionadas reproducen y/o problematizan dichos supuestos sobre la reproducción.

humano y la máquina, lo físico y lo no físico” (Haraway, 1995:37). El hombre biónico, el Cyborg, se anuncia en el horizonte de un futuro no muy lejano: resto humano realzado por prótesis, por estimuladores, por pilas, por microprocesadores, que sustituyen las funciones fisiológicas o los órganos que no funcionan bien. Para las orientaciones técnicas y científicas de la modernidad, el cuerpo es un bosquejo, un borrador cuyos rendimientos hay que controlar y mejorar; y esta es tarea de la biomedicina.

En este sentido, como decíamos más arriba, y continuando con la perspectiva foucaultiana, entendemos la biomedicina como dispositivo socio-histórico, como tecnología de poder (Foucault, 2006, 2008, 2009) en tanto regula las poblaciones a través de su medicalización. Con *medicalización* nos referimos al proceso por el cual problemas no-médicos pasan a ser definidos y tratados como médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes (Conrad, 2007). Dicho proceso fue llevando a que saberes y prácticas médicas colonizaran problemáticas de la vida social de los sujetos que eran previamente reguladas por otras instituciones. Se proponen así soluciones médicas a problemas del orden de la conducta, como el alcoholismo y la obesidad, o eventos propios del devenir de la vida como el nacimiento, la menopausia, la vejez, la infertilidad, entre otros (Conrad, 2007). Adele Clarke y sus colegas (2003) continúan estas discusiones proponiendo el concepto de *biomedicalización*, pensándolo como proceso complejo, multisituado y multidireccional en el cual la medicalización es redefinida en función de las innovaciones acontecidas con la biomedicina tecnocientífica (2003:162). El prefijo “bio” hace hincapié en las transformaciones de elementos humanos y no humanos que se tornan posibles debido a las innovaciones tecnocientíficas de la biomedicina, como la biología molecular, las biotecnologías, la genomización, la medicina de los trasplantes y las nuevas tecnologías médicas (Clarke et ál., 2003:162).

En este conjunto de transformaciones tecnocientíficas se encuentran –como veíamos con anterioridad- las tecnologías reproductivas. Es así, que estas tecnologías pueden pensarse a partir de este paradigma biopolítico característico de la Modernidad, donde las subjetividades, los valores y las costumbres construyen una economía de los cuerpos que forma parte de un mecanismo de control (Foucault, 2009). Se trata de un poder que tomó a su cargo la regulación, gestación y normalización de la vida biológica con la ayuda de herramientas tecno-científicas que apuntan no sólo al cuerpo individual–anatómico/político, sino también al cuerpo–especie (Costa, 2007; Foucault, 2009; Sibilía, 2010), a las poblaciones. Coincidimos con Rose en que si bien en

la primera mitad del siglo XX los intereses socio-políticos y médicos giraban en torno a gestionar la calidad de las poblaciones en nombre del futuro de la raza, tratándose de una política de la salud, ello cambió con la política vital de nuestro tiempo, que “no se encuentra delimitada por los polos de la salud y la enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Antes bien, se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir, y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas” (2012:25). Se trata, como sugiere el autor, de una política de ‘la vida en sí’ (Rose, 2012:25).

En esta línea, es que se vuelve interesante reflexionar sobre las prácticas reproductivas de las familias comaternales, que recurren a un tratamiento de fertilización asistida, el cual forma parte de esta política de la vida, en el sentido que les permite a estas mujeres elegir la forma de reproducirse y la técnica para llevarlo a cabo, tomando decisiones vinculadas con la medicalización de ese proceso, la elección del donante de esperma, entre otras.

Mutaciones en el campo de la medicina reproductiva

En Argentina, el primer nacimiento mediante técnicas de reproducción asistida se produjo a mediados de los años ochenta. Pero su apropiación y perfeccionamiento del sistema médico y de los profesionales de la salud, “el crecimiento de la salud privada, la oferta de servicios reproductivos, la adquisición de insumos y recursos en la salud privada y una relativa accesibilidad económica de algunos sectores posibilitaron la extensión de las técnicas de reproducción asistida, especialmente entre las clases medias y altas del país” (Ariza, 2008 en Bacin, 2011:205).

En el acceso a dichas técnicas, son cada vez más las parejas lésbicas que recurren a las mismas para llevar adelante su proyecto parental. Realizan desde tratamientos de baja complejidad, como es la inseminación artificial con donación de gametas (anónimas o de donante conocido), hasta tratamientos más complejos como el método ROPA (Recepción de Óvulos de la Pareja)³ que les permite lograr que una de las mujeres de la pareja se embarace a partir de un óvulo provisto por su pareja y fecundado con semen anónimo.

³ Este concepto fue creado desde el activismo para dar cuenta de una técnica utilizada por parte de las parejas lésbicas, pero en términos médicos, se trata de una ovodonación, parte de los tratamientos de alta complejidad - extracorpóreos y, en algunos casos, con la participación de donantes de gametos y receptores del material genético - que pueden ser: Fecundación *in vitro* (FIV) o Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).

Estos avances y transformaciones en el campo de las tecnologías de reproducción humana asistida se enmarcan en un escenario biopolítico, caracterizado por Rose (2012) por diversas mutaciones. Este autor destaca cinco grandes mutaciones: *la molecularización, la optimización, la subjetivación, el conocimiento somático especializado y las economías de vitalidad*. Sin pretender ser exhaustivo, Rose sostiene cómo estas mutaciones han transformado las prácticas y percepciones tanto médicas como políticas. Con respecto a la *molecularización*, el autor afirma que la “biomedicina contemporánea imagina la vida en el nivel molecular, como un conjunto de mecanismos vitales inteligibles en los que participan entidades moleculares que es posible identificar, aislar, movilizar, recombinar, mediante nuevas prácticas de intervención que ya no se encuentran restringidas por la normatividad aparente de un orden vital natural” (Rose, 2012:29). En esta tarea es que se tornaron fundamentales, por ejemplo, las técnicas de visualización, una variedad de dispositivos que volvieron visible el cuerpo orgánico interior, como las ecografías e imágenes fetales vinculadas al proceso de gestación.

Además, otra transformación -en esta línea- es la separación que se produce entre los elementos de la reproducción (óvulos, espermatozoides, embriones) y los cuerpos, que se transportan/movilizan en los circuitos de las clínicas y laboratorios. Como sostiene Rose, “en la actualidad, tejidos, células y fragmentos de ADN pueden hacerse visibles, aislarse, descomponerse, estabilizarse, almacenarse en biobancos, transformarse en mercancía, transportarse entre laboratorios y fábricas, reestructurarse mediante manipulación molecular; es posible transformar sus propiedades, suprimir o eliminar sus vínculos con un organismo, tipo o especie viva particular” (2012:45). Sobre este accionar de los biobancos y las prácticas médicas en este escenario se suscitan complejos debates/dilemas bioéticos (Luna y Salles, 2008; Digilio, 2010) que se consolidan como un nuevo campo de *expertise*.

La *optimización*, en este marco de transformaciones, da cuenta -como decíamos más arriba- de cómo las tecnologías de la vida ya no se limitan por los polos salud-enfermedad, sino que “encarnan visiones contenciosas de lo que puede ser (...) un estado óptimo, tanto en lo que respecta a la vida humana individual como colectiva” (Rose, 2012:30). Así, con el concepto de *subjetivación* Rose refiere a las nuevas ideas sobre lo que los seres humanos son o deberían ser. En relación con ello, sostiene que “las nuevas concepciones de ‘ciudadanía biológica’ que recodifican las obligaciones, derechos y expectativas de los seres humanos en relación con su enfermedad y también con su vida, reorganizan las relaciones entre personas y sus autoridades

biomédicas y redefinen los modos en que los seres humanos se relacionan consigo mismos en cuanto ‘individuos somáticos’” (Rose, 2012:30). Sobre esta cuestión trabajaremos específicamente en el próximo apartado.

A su vez, es característico de este contexto, el *conocimiento somático especializado* que hace referencia a las nuevas formas de gobierno de las conductas humanas y “al surgimiento de múltiples subprofesiones que se arrogan el dominio del conocimiento especializado y ejercen sus diversos poderes en el gerenciamiento de aspectos particulares de nuestra existencia somática” (Rose, 2012:30). Por ejemplo, los especialistas en medicina reproductiva con sus clínicas públicas o privadas y los especialistas en bioética.

Por último, las *economías de vitalidad* dan cuenta de los mercados nuevos y la bioeconomía, como espacio económico que regula y crea las condiciones. La vida se vuelve así un espacio de apertura a las relaciones económicas.

En este entramado de mutaciones podemos pensar las transformaciones en el campo de las tecnologías reproductivas y las maternidades, donde se produce un control cada vez mayor de los procesos vitales, del proceso de concepción y gestación. Las NTR se inscriben así en el campo de la *biomedicina*, como parte de estas *tecnologías de la optimización*. Estas últimas no son tecnologías meramente médicas o tecnológicas de la salud, sino que se trata de tecnologías de la vida (Rose, 2012: 46). En esta línea, las tecnologías de reproducción asistida “suponen mucho más que las destrezas artesanales de médicos que utilizan nuevos instrumentos y técnicas. Generan ciertos modos de pensar acerca de la reproducción, tanto en el sujeto como en el especialista, ciertas rutinas y rituales, técnicas de examen y prácticas de visualización, modos de brindar asesoramiento” (Rose, 2012:48). Si en el pasado la medicina se limitaba a poner freno a las anormalidades, restableciendo las normas vitales naturales y la normatividad corporal, hoy esas normas no son tan claras y se presentan como susceptibles de alteración (Rose, 2012:49). Es así, que “las normas de la reproducción femenina redefinidas por la concepción asistida, la índole y los límites de la procreación, así como el ámbito de las esperanzas y los temores que giran en torno a ella resultan irrevocablemente modificados” (Rose, 2012:49).

No hay parámetros en torno a la sexualidad y la reproducción en este escenario, donde, retomando la expresión de Sarah Franklin (2003), lo biológico se ha vuelto una condición totalmente contingente, es decir, que “ya no podremos suponer que lo biológico “de por sí”

impondrá límites a las ambiciones humanas” (Franklin, 2003:100 en Rose, 2012:48). Las tecnologías de reproducción asistida justamente ponen en cuestión la idea de “la biología es destino”, ya que en el caso de las parejas lesbianas, más allá de la imposibilidad reproductiva de su práctica sexual, pueden llevar adelante su proyecto parental, a partir por ejemplo, de la donación de óvulos por parte de una de las mujeres de la pareja, transformándose una de ellas en la madre “biológica” y la otra en la madre “genética”. Lo que se vuelve interesante en este escenario de nuevas posibilidades técnicas (y legislativas), es que “la comaternidad llevada a cabo mediante las tecnologías reproductivas implica el reconocimiento de la naturaleza social del proceso reproductivo” (Bacin y Gemetro, 2011:9). Además ello produce cambios, rupturas y algunas continuidades en las relaciones de parentesco y en la manera de experimentar los cuerpos, las maternidades y los nuevos modelos de familias⁴. Una de esas transformaciones es la separación entre sexualidad y reproducción, la disociación entre la concepción y la filiación, la filiación biológica y los vínculos afectivos, poniendo en cuestión significados habitualmente otorgados a conceptos como familia, pareja, maternidad, paternidad, hijo/a, entre otros (Tubert, 1991; Edwards, 2005). Producto de dichas transformaciones, “se plantean nuevos interrogantes respecto de la conexión, o falta de ella, entre las ideas que tiene la familia respecto de sus relaciones de parentesco y las relaciones ‘naturales’ que establece el ADN, en particular en el caso de niños adoptados, niños concebidos con esperma donado (...) Así la identidad genética se revela y se establece en el contexto de una red de conexiones genéticas superpuesta a una red de lazos y recuerdos familiares, con una carga de obligaciones mutuas y compromisos de cuidado mutuo, y con todos los dilemas éticos que entrañan” (Rose, 2012:232); dilemas que, como sosteníamos más arriba, tienen vinculación con el accionar de los biobancos y son propios del campo de la medicina reproductiva.

Por lo tanto, lo biológico –si bien se ha vuelto contingente- y lo genético no deja de tener peso en esas configuraciones familiares, sino que convive con estas múltiples posibilidades técnicas en el modo de pensar la procreación, la reproducción, donde se produce una *optimización de la vida en sí*. Con tal objetivo, los dispositivos médico-técnicos se multiplican, incluyendo desde diagnósticos genéticos preimplantacionales (Press y Browner, 1997; Vassy, 2006; Rapp, 1999,

⁴ Las NTR “separaron categorías que antes eran coextensivas –madre biológica, madre psicológica, padre de familia, donante de esperma, donante de óvulo, etc.- y de ese modo transformaron las relaciones de parentesco que solían desempeñar un rol fundamental en la retórica y las prácticas de formación de la identidad” (Franklin, 1997; Strathern, 1992, 1999 en Rose, 2012:232).

2011), medicina genómica, biobancos (células madres), las tecnologías de la imagen fetal cada vez más sofisticadas. Estas técnicas y dispositivos están vinculados con lo que Rose llama *susceptibilidad y mejoramiento*. Es decir, tienen como objetivo optimizar la vitalidad futura, previniendo patologías que puedan manifestarse en el futuro y mejorando capacidades del cuerpo y el alma. Estas posibilidades se hacen presentes en muchas de las prácticas de la medicina reproductiva, como por ejemplo, la selección a partir de las pruebas genéticas *in utero* “aplicando como criterio ciertas enfermedades o discapacidades hereditarias. Es posible seleccionar espermatozoides para incrementar las probabilidades de tener un hijo de determinado sexo” (Rose, 2012:174). Anne Kerr (2004) también sostiene como el enfoque en la prevención se desplazó a la clínica prenatal, con las nuevas tecnologías, como la ecografía y la amniocentesis; aunque dicho enfoque no es exclusivo de la posguerra: incluso cuando no existían estas tecnologías, los médicos alertaron a las familias sobre los riesgos de tener un hijo con un trastorno genético y aconsejaron la abstinencia de relaciones sexuales en aquellos casos de alto riesgo (2004:22).

En este contexto, Rose señala como “parte de las normatividades que en el pasado se consideraron inscriptas en las leyes de la vida orgánica ya ingresaron (...) en el campo de lo electivo y se encuentran cargadas con todas las demandas que la elección impone” (2012:175).

Las elecciones en el campo de la medicina reproductiva se vuelven relevantes y problemáticas, ya que habilitan un abanico de posibilidades médico-técnicas en relación con la elección del donante, las pruebas genéticas; las cuales no están desvinculadas de cierta carga ética/valorativa. En este sentido, es interesante analizar cómo las NTR forman parte de la lógica biomédica de intervención, modificación y mejoramiento de los cuerpos, de sus capacidades, en torno a la cual se produce un complejo debate ético-ideológico; no sólo en relación con las consecuencias sociales de la aplicación de estas técnicas médicas, sino también de sus implícitos valores eugenésicos (Sommer, 1996; Taboada, 1986; Tubert, 1991; Luna y Salles, 2008).

Cuando hablamos de eugenesia nos referimos a “la ciencia y el arte que tratan de mejorar la constitución genética de los seres humanos. Lo que podría también traducirse como el intento de control de la reproducción para un hipotético mejoramiento de la raza...blanca” (Taboada, 1986:9). Desde esta mirada, entonces si todo se hereda, se debe tratar de que no se reproduzcan los defectuosos y estimular sólo la reproducción de los más aptos. Este es uno de los rasgos

presentes en la mirada médica contemporánea, esta idea de perfeccionamiento y mejoramiento de los cuerpos, de la genética, de las “razas”⁵.

Sin embargo, coincidimos con Rose en que “de lo que se trata, pues, no es de eugenesia sino de prácticas determinadas por formas de autogobierno impuestas por las obligaciones de la elección, el deseo de realización y el anhelo de los padres de que sus hijos tengan la mejor vida” (2012:153)⁶. De ello, se desprende –como afirma este autor- que “la experiencia de la eugenesia ha dejado una marca indeleble en la política de la salud individual y colectiva, que baña en una luz de sospecha toda forma de administración estatal de las fuerzas vitales que no opere bajo el signo de la autonomía, el consentimiento y los derechos individuales” (Rose, 2012:154). Este procedimiento es cada vez mayor en las intervenciones médico-técnicas, donde no faltan los consentimientos informados que hacen hincapié en la autonomía del usuario de las mismas. Ello resulta interesante en las consultas de asesoramiento de una pareja que se va a realizar una inseminación en relación con la elección de los donantes de gametas y las diversas capacidades selectivas⁷ que se ponen en juego, entre las cuales tiene lugar la *coordinación fenotípica (matching fenotípico)*, que refiere a “la práctica de coordinar la apariencia física de los y las donantes de material reproductivo, con aquella de los futuros padres (en particular, con el progenitor cuyo gameto será sustituido a través del uso de un gameto donado), con el objetivo de favorecer la posibilidad de que la descendencia nacida de gametos donados posea algunos rasgos similares a los de sus padres (especialmente, algún rasgo similar a los del progenitor que no aportó material genético a su descendencia)” (Ariza, 2014:175). Coincidimos con Ariza (2014), en que estas prácticas constituyen instancias de producción material del parentesco en las clínicas de reproducción asistida. Incluso la autora destaca que si bien estas prácticas son frecuentes en Argentina, las clínicas “introducen cláusulas en sus consentimientos informados previniendo

⁵ Puede hablarse de una eugenesia negativa -cuando lo que se busca es la corrección de lo interpretado como “defectos”-, o positiva -cuando esa búsqueda tiene como finalidad la “mejora” de los seres humanos, en sus performances físicas (Taboada, 1986; Kerr, 2004).

⁶ Algunos autores “sugieren el nacimiento de una nueva eugenesia encubierta, impulsada por una combinación potente de aspiraciones comerciales de las empresas de biotecnología y el deseo de un hijo perfecto que abrigan muchos padres, en especial, padres ricos, en una era de consumo manipulado y elección reproductiva” (Duster, 1990; Hubbard y Ward, 1999; Rifkin, 1998 en Rose, 2012:120).

⁷ Dora Barrancos (2013) afirma que “se asiste en la actualidad a manifestaciones de maniobras eugenésicas por lo general bajo expresiones más tenues y hasta de manera silenciosa. Los medios técnicos que intervienen en los procesos de reproducción asistida poseen, indudablemente, capacidades selectivas y a menudo inducen a las/los asistidos a que manifiesten sus deseos y sus preferencias en materia de descendencia” (2013:9).

sobre la posibilidad de que el parecido físico no se realice dado el carácter azaroso de la recombinación genética en la fertilización” (2014:175). Si bien no entraremos en detalle sobre esta y otras prácticas clínico-técnicas⁸, queremos remarcar como por un lado, las mismas se autorizan y son esperables en el campo biomédico de la reproducción asistida, pero por otro lado, se problematizan a partir de los debates bioéticos (Barrancos, 2013) que suscitan; por ejemplo, en relación al anonimato de los donantes, el “descarte” de embriones⁹, entre otros. De este modo, “las organizaciones autodefinidas como ‘pro vida’ dirigen nuestra atención a un conjunto de entidades liminales polémicas que ocupan el centro de la escena como resultado de las nuevas tecnologías reproductivas: espermatozoides, óvulos fertilizados y no fertilizados, blastocitos, embriones en diversas fases de su desarrollo dentro y fuera del útero materno, en particular los considerados excedentes o de reposición, junto con lo que Sarah Franklin denomina ‘la inmensa población de embriones congelados que se han convertido en entidades legales oficiales, protegidos bajo las leyes de la mayoría de los países’” (Franklin, 2000:74 en Rose, 2012:118).

En este escenario, la intersección de las esferas médicas y jurídicas adquiere relevancia para reflexionar sobre las demandas de los sujetos en tanto usuarios de los tratamientos de reproducción humana asistida y la exigencia de su cobertura por parte del Estado. En el próximo apartado, analizamos dichas demandas de reconocimiento de derechos en el marco de lo que Rose llama *ciudadanías biológicas*.

Ciudadanías biológicas: Disputas en el campo de la medicina reproductiva

En este contexto de transformaciones, surgen una variedad de alternativas e iniciativas orientadas a que el sujeto administre su propia vida, y a partir de la búsqueda de información intervenga sobre la misma (Rose, 2012). La salud se concibe como un bien, y los pacientes se transforman en consumidores de servicios, sobre los cuales deben reclamar. Se destacan ciertos procesos de ciudadanización en salud, como por ejemplo, el derecho a acceder a determinados tratamientos - derecho que se construye, adquiere sentido y legitima en el marco de estos procesos, disputas sobre la definición médica de un problema, entre las cuales se ubican los reclamos por la

⁸ En esta línea de discusiones, resulta interesante el estudio de Claudia Fonseca (2006) sobre los tests de ADN de paternidad en Brasil, los cuales son elementos claves para reflexionar sobre la intersección de las esferas médica y jurídica y sus influencias sobre las relaciones de género y de parentesco en la sociedad contemporánea.

⁹ Florencia Luna (2002) analiza las concepciones religiosas que otorgan al embrión el estatus de persona desde el momento mismo de la concepción, determinando que ese ser tiene derecho a la vida y por lo tanto está prohibida su crioconservación, manipulación y/o deshecho voluntario.

cobertura de los tratamientos de fertilización asistida. En un comienzo, dichas demandas provenían sobre todo de parejas -en su mayoría heterosexuales-, nucleadas en organizaciones¹⁰, que justificaban la necesidad y urgencia de los tratamientos a partir de su condición de infertilidad, concibiendo a los mismos como tratamientos de salud.

La incorporación de mujeres solas, agrupaciones LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans) y de madres lesbianas (Lesmadres) a dichas demandas habilita a pensar ciertos cambios –como sosteníamos más arriba- en los que el Estado/la política se hace cargo (ya desde el siglo XVIII) de los procesos vitales de la existencia humana; como la reproducción y la sexualidad, las relaciones conyugales y parentales, como en el caso que estamos analizando.

Consideramos que dichos reclamos cobran nuevos sentidos en este escenario de *ciudadanías biológicas* (Rose y Novas, 2003; Rose, 2012). Como afirma Rose “la biologización de la política rara vez se exploró desde la perspectiva de la ciudadanía. Sin embargo, las historias de las ideas de raza, degeneración y eugenesia, de las concepciones de mujer y las políticas en torno de ella, la maternidad y la familia, así como la demografía y los censos muestran cuántos proyectos de ciudadanía se formularon en términos biológicos, en términos de raza, líneas de sangre, especie, etc. Uso el término ‘ciudadanía biológica’ descriptivamente, para comprender todos los proyectos de ciudadanía que han vinculado sus concepciones de ciudadano a creencias acerca de la existencia biológica de los seres humanos en cuanto individuos, hombres y mujeres, familias y linajes, comunidades, poblaciones y razas, y especies” (2012:270). Como veíamos anteriormente, si bien estos dilemas evocan “el fantasma de la política nacional racializada, la eugenesia y la higiene racial” (Rose, 2012:270), se trata de procesos diferentes donde la particularidad es que el sujeto se hace cargo de su salud, adquiere nuevas obligaciones en la administración de su existencia biológica y somática (Rose, 2012:175). Sostenemos aquí que el concepto de ciudadanía biológica habilita pero a la vez reduce las demandas de madres lesbianas, ya que en este caso ellas no estarían reclamando un derecho sólo en tanto *individuos somáticos*¹¹, que

¹⁰ Si bien es un aspecto que no desarrollaremos en este trabajo, podemos pensar estas organizaciones de pacientes/consumidores de NTR, como efecto del momento colectivizante de la ciudadanía biológica (Rose, 2012). “Paul Rabinow propuso el concepto de ‘biosocialidad’ para caracterizar estas formas de colectivización organizadas en torno de los atributos comunes de una condición somática o genética compartida, y puso de relieve las nuevas tecnologías éticas que se están ensamblando alrededor de las categorías cada vez más numerosas de vulnerabilidad corporal, sufrimiento somático y riesgo y susceptibilidad genéticos” (Rabinow, 1996a en Rose, 2012:273).

¹¹ En este sentido, Rose sostiene que la ciudadanía biológica es, individualizante, “en la medida en que el individuo define la relación consigo mismo en función del conocimiento de su individualidad somática. Así, las imágenes,

conocen y administran las “consecuencias” del propio genoma (Rose, 2012) sino en tanto sujetos sexuales y políticos en un sentido diferente cuya raigambre no es la biología (es decir, reclamos vinculados a “enfermedades”, “patologías”) sino por el contrario plantean una discusión a la *biologización* que se produce en torno al acceso a los tratamientos de NTR. En esta línea, el concepto de *ciudadanía sexual* (Amuchástegui y Rivas, 2004, 2008; Di Marco, 2012) permite complejizar dichas demandas al imbricarse con el de ciudadanía biológica, al hacer hincapié en cómo los requerimientos, obligaciones y expectativas acerca de las prácticas ciudadanas están atravesados por una serie de supuestos en relación a las sexualidades de los actores de la comunidad socio-política; como examinaremos a continuación.

En este marco de discusiones, analizamos cómo se dio el paso de una ausencia de regulación de la medicina reproductiva en Argentina hasta la sanción de dos legislaciones recientes: la Ley de Fertilización Asistida de la provincia de Buenos Aires N° 14.208/10 y la posteriormente sancionada Ley Nacional de Fertilización Asistida N° 26.862/13; para comprender estas transformaciones en la concepción de los usuarios legítimos de dichas técnicas, en este escenario de ciudadanías biológicas y sexuales.

Lucía Ariza (2008) sostiene que –hasta la sanción de las dos legislaciones previamente nombradas- la inexistencia de leyes que regulen las prácticas médicas en el campo de la medicina reproductiva “es el producto local específico de un entramado de agencias, poderes y saberes que ‘producen’ la ausencia de legislación” (2008:11). Dicha situación contribuye a la falta de control del mercado privado de salud reproductiva y los costos cada vez más elevados, llevando a la desconfianza de los usuarios.

Esta situación comienza a cambiar con la sanción de la Ley de Fertilización Asistida de la provincia de Buenos Aires (N°14208/2010) y otras legislaciones a nivel provincial¹². Dicha ley cubre el tratamiento de fertilización a partir de las Obras Sociales (estatales y prepagas) a parejas que no puedan concebir, tras un año de mantener relaciones sexuales sin protección; y excluye de sus prestaciones a las que requieran donación de gametas, como es el caso de mujeres solas o

explicaciones, valores y juicios biológicos se entrecruzan con otros lenguajes de autodescripción y otros criterios de autoevaluación en el marco general de un ‘régimen del yo’ contemporáneo, que promueve un individuo prudente pero emprendedor, que define su curso de vida de manera activa mediante actos de elección” (Novas y Rose, 2000 en Rose, 2012:273).

¹² Neuquén, Ley 2258/98; Entre Ríos, Res. 206/09, La Pampa, Res. 450/09; Córdoba, Ley 9625/09 y Res. 168/09; Río Negro, Ley 4557/10 y Buenos Aires, Ley 14208/10 y Decretos 2980/10 y 564/11.

parejas lesbianas. Nos encontramos así con una discriminación implícita a estas mujeres y parejas que quieran acceder al tratamiento; porque la dificultad en el caso de estas parejas para concebir, en principio, no está relacionada a la infertilidad sino a la imposibilidad de reproducción entre mujeres.

Hasta aquí se carecía de una legislación a nivel nacional “que regule los diferentes aspectos que involucran un tratamiento de reproducción asistida (información, acceso, cobertura, riesgos para salud del paciente y vínculos filiatorios, entre otros) a pesar de la fuerte expansión de la medicina reproductiva privada, signo de la creciente relevancia que viene asumiendo la reproducción asistida a nivel social” (Straw, 2011:3). No obstante, comienzan a tener lugar las audiencias de discusión sobre la pendiente reforma del código civil y comercial, en el que se problematizan cuestiones vinculadas al campo de la medicina reproductiva, como las donaciones, la voluntad procreacional¹³, el congelamiento de óvulos, la preservación de embriones, entre otras.

Finalmente, se sanciona en 2013 la Ley Nacional de Fertilización Asistida (N° 26.862/13) que cubre los tratamientos de infertilidad pero no los reduce a una patología ni discrimina por estado civil u orientación sexual.

Podemos advertir así una primera ley sancionada en 2010, que posee fuertes rasgos heteronormativos, en tanto el problema radicaba en la infertilidad y no en la elección de otras modalidades vinculares que participan en la decisión de tener un hijo/a. La segunda, sancionada en 2013, si bien repara esta primera gran exclusión, y discute la necesidad de probar la existencia de una enfermedad para garantizar la cobertura a los tratamientos, se enmarca también en una lógica genetista e individualista de las maternidades (Stolcke, 1987) en tanto, promueve la maternidad “biológica” en detrimento de otras prácticas parentales, como la adopción, o las llamadas maternidades sociales; con lo cual el escenario es más complejo.

¹³ Dicho concepto establece que sólo basta con la voluntad de conformar una familia sin necesidad de que los datos genéticos y biológicos coincidan con los miembros de la familia, es decir, estén presentes en la descendencia. El artículo 561 de este proyecto de reforma establece que “los hijos nacidos de una mujer por las técnicas de reproducción humana asistida son también hijos del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos del artículo anterior, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos” (*Página 12*, 8 de junio de 2012). Esta concepción ampliaría el reconocimiento de la mater-paternidad social, es decir, resolvería -en el caso de las familias comaternales- la situación legal de la madre “no biológica”, ya que hasta el momento sólo es reconocida legalmente la madre gestante (con excepción de las parejas casadas).

De allí, como decíamos más arriba, que estas transformaciones puedan pensarse en la intersección de la ciudadanía biológica y la ciudadanía sexual. Si bien la primera de estas leyes justifica la cobertura de los tratamientos a partir de considerar la infertilidad como enfermedad, es decir, a partir de cierta condición biológica y/o somática de esos cuerpos “infértiles”; la segunda contribuye a indagar cómo estas intervenciones estatales operan instituyendo cuerpos sexuados y genéricos en términos de ciudadanía sexual, ya que hay ciertos requerimientos sexo-genéricos de los ciudadanos para el reconocimiento de determinados derechos. En el caso de la ley nacional puso en evidencia la exclusión de la ley provincial para el caso de parejas lesbianas y mujeres solteras. Pero si bien no restringe la cobertura sólo bajo la condición de infertilidad, lo biológico no desaparece¹⁴, porque en definitiva promueve las maternidades biológicas-genéticas aunque no centradas exclusivamente en ellas, como es el caso de la madre no gestante en el caso de las familias comaternales.

En esta línea, el estudio de Ricardo Garay (2008) sobre las nuevas tecnologías reproductivas nos plantea interrogantes respecto de la definición legítima de sus usuarios y de las técnicas “en tanto se las define como un tratamiento de salud, lo cual exige una discusión pública previa e independiente del discurso dominante antes de considerar sus potencialidades y la factibilidad de extenderlas a nuevos/as usuarios/as” (2008:45). El autor explica, como los comentarios que hicieramos a partir de la sanción de la primera ley en 2010, que “los reproductólogos consideran que la infertilidad es una enfermedad de la pareja: partiendo de la base de que la pareja infértil forma una unidad biológica” (Garay, 2008:43), la cual se torna sinónimo de pareja heterosexual, que contribuye a excluir a parejas gays y lesbianas como a mujeres solteras. Una ley de reproducción que parta de dicha concepción biologicista reduce las potencialidades de nuevas parentalidades no centradas exclusivamente en el vínculo biológico (Garay, 2008), como fue la Ley de Fertilización Asistida de la provincia de Buenos Aires. Si bien esta cuestión pareciera estar saldada con la ley nacional, ya que habilita a que el acceso a dichos tratamientos por parte de parejas lesbianas conlleve profundas transformaciones en los valores, creencias y representaciones tradicionales y comúnmente aceptadas en relación al parentesco -como por ejemplo, la separación entre sexualidad y reproducción, la disociación entre la concepción y la filiación, la filiación biológica y los vínculos afectivos- también consolida cierto ideal normativo

¹⁴ Incluso lo biológico no desaparece –como vimos en el apartado anterior- en prácticas como el aborto selectivo, los diagnósticos genéticos preimplantacionales y la selección de embriones, sino que las mismas “suponen diferentes ideas acerca del papel de la biología en el valor humano” (Rose, 2012:271).

de familia, sobre todo si lo pensamos enmarcado en un contexto socio-político donde el aborto continúa siendo ilegal. Y, si bien -como sosteníamos anteriormente- en el caso de parejas lésbicas que recurren a los tratamientos de reproducción asistida por un lado, pueden cuestionar significados habitualmente otorgados a las relaciones de parentesco y las maternidades, por otro, pueden generarse “nuevas homonormatividades en las que la familia y la pareja como modelos hegemónicos de organización siguen siendo centrales” (Sabsay, 2011:32).

En relación con estos cambios, avizoramos la necesidad de continuar repensando estas problemáticas, y preguntarnos en este marco de *ciudadanías biológicas y sexuales*, por la articulación entre sexualidades y derechos. Advertimos a su vez, el rol paradójico del Estado, el cual por un lado garantiza derechos en el acceso a determinados tratamientos, como en el caso de las NTR, pero simultáneamente, produce ciudadanías normadas, generizadas, biológicas, en relación con ciertos ideales hegemónicos de familia, de pareja y de lo saludable.

En este entramado de actores y relaciones, se producen nuevos activismos, nuevos dilemas bioéticos, en los que las *políticas de la vida* tienen un lugar central.

Bibliografía

-Amuchástegui Herrera, Ana y Rivas Zivy, Marta (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: Notas para la discusión. En: Estudios Demográficos y Urbanos, septiembre-diciembre, número 057. México: El Colegio de México, A.C. Distrito Federal.

(2008). Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: Género, Heteronormatividad y Ética. En: Szasz, I. y Salas, G. (comp.) Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción. México: El Colegio de México.

-Ariza, Lucía (2007). Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias. En: López, E. y Pantelides, E. (comp.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.

(2008). El recurso a las tecnologías de reproducción asistida en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA: una aproximación cultural. Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Instituto de Altos Estudios Sociales – Universidad Nacional de General San Martín.

(2011). "Dar vida": en torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad. En: Felitti, K. (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.

(2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En: Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia (comp.) De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil. Mar del Plata: EUDEM.

-Bacin, Gabriela (2011). Familias comaternales. Antes y después del matrimonio igualitario. En: María Alicia Gutiérrez (comp.) Voces Polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades. Buenos Aires: Godot.

-Bacin, Gabriela y Gemetro, Florencia (2011). Comaternidad: experiencias, autodefiniciones y derechos. En: Felitti, Karina (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina (pp. 93-109). Buenos Aires: Ediciones Ciccus.

-Barrancos, Dora (2013). Dilemas éticos de la reproducción tecnomediada. Sociedad y Religión. En prensa.

-Butler, Judith (2001). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Buenos Aires: Paidós.

(2008). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós.

-Clarke A., Shim J., Mamo L., Fosket J. y Fishman J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S Biomedicine. American Sociological Review, 68 (2):161-194.

-Conrad, Peter (2007). The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

-Costa, Flavia (2007). Antropotécnicas de la modernidad tardía. Bio-tanato-políticas y nuevos dispositivos de captura del cuerpo. En: Newsletter. Publicación Electrónica de la Facultad de Ciencias Sociales, UNICEN. Año 2, Newsletter N° 7, Buenos Aires.

-Digilio, Patricia (2010). Bioética, biopolítica y dignidad humana en el nuevo orden biotecnológico. En Actas de las Jornadas Nacionales de Ética 2009: Conflictividad. Buenos Aires: UCES Editora.

-Di Marco, Graciela (2012). Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina. En: SER Social, Brasilia, v. 14, n. 30, p. 210-243, jun. 2012.

-Edwards, Jeanette (2005). "Make-up": Personhood through the lens of biotechnology. *Ethnos*, 70:3, pp. 413 – 431.

-Figari, Carlos y Gemetro, Florencia (2009). *Escritas en silencio. Mujeres que deseaban a otras mujeres en la Argentina del Siglo XX*. En: *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*. N° 3, pp. 33-53.

-Fonseca, Claudia (2006). *Paternidad brasileña en la era del ADN: la certeza que parió la duda*. Traducción del artículo publicado en *Cuadernos de Antropología Social* N° 23, Julio 2006. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

-Foucault, Michel (1996). *La historia de la Medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.

(2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

(2008). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Caronte ensayos.

(2009). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

(2011). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

-Franklin, Sarah (2003). *Re-thinking nature-culture. Anthropology and the new genetics. Anthropological theory*. 3 (1): 65-85.

-Garay, Ricardo (2008). *El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas*. En: Tarducci, Mónica (coord.) *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

-Haraway, Donna J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.

-Kerr, Anne (2004). *Genetics and Society*. Londres: Routledge.

-Latour, Bruno (2007). *Nunca fuimos modernos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

-Luna, Florencia (2002). *Assisted Reproductive Technology in Latin America: Some Ethical and Sociocultural Issues*. En: E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (eds.). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17–21 September 2001* (pp. 31-40). Ginebra: World Health Organization.

-Luna, F. y Salles, A. (comp.) (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Meccia, Ernesto. (2006). La cuestión gay. Un enfoque sociológico. Buenos Aires: Gran Aldea.
- Press, N. y Browner, C. H. (1997). Why women say yes to prenatal diagnosis. En: Soc. Sci. Med. Vol. 45, No. 7, pp. 979-989.
- Rapp, Rayna (1999). Testing Women, Testing the Fetus. Londres: Routledge.
- (2011). Reproductive Entanglements: Body, State, and Culture in the Dys/Regulation of Child-Bearing. En: Social Research Vol. 78: No. 3: Fall 2011.
- Rose, N. y Novas, C. (2003). Biological citizenship. En: Ong, A., Collier, S. (eds.) Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems (439-463). Malden: Blakwell Publishing.
- Rose, Nikolas (2012). Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Buenos Aires: Unipe.
- Sabsay, Leticia (2011). Fronteras Sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía. Buenos Aires: Paidós.
- Salessi, Jorge (2000). Médicos, maleantes y maricas. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Sibilia, Paula (2010). El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sommer, Susana E. (comp.). (1996). Procreación. Nuevas Tecnologías. Un enfoque interdisciplinario. Buenos Aires: Atuel.
- Stolcke, Verena (1987). Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad. En Mujeres: Ciencia y Práctica Política. Madrid: Debate.
- Straw, Cecilia (2011). ¿Nuevo derecho a la reproducción asistida?: lo público, lo privado y la noción de derechos reproductivos en la legislación de la Provincia de Buenos Aires. En IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 10, 11 y 12 de Agosto de 2011.
- Taboada, Leonor (1986). La maternidad tecnológica. De la inseminación artificial a la fertilización in Vitro. Barcelona: Icaria Editorial.
- Tubert, Silvia (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Vassy, Carine (2006). From a genetic innovation to mass health programmes: The diffusion of Down's Syndrome prenatal screening and diagnostic techniques in France. En: Social Science & Medicine 63, 2041-2051.