

«I'm a normal pregnant person»: análisis exploratorio de videoblogs sobre infertilidad y tecnologías reproductivas

Leila Vecslir*

••

Resumen: Desde el proyecto eugenésico de los siglos XIX y XX a la genética liberal de nuestros días, el control de los cuerpos ha ocupado el centro de un debate en el cual se registran continuidades y rupturas en torno a la infertilidad, la genética y la reproducción científica de los cuerpos. En los últimos años, las tecnologías de reproducción asistida (TRA) han dado un salto cuantitativo y cualitativo potenciado por las redes sociales y las distintas plataformas virtuales. El presente artículo explora un corpus compuesto por 20 registros audiovisuales en los que las mujeres exponen una retrospectiva de la propia experiencia con las técnicas de reproducción asistida que luego son compartidos en YouTube. Dichos registros son analizados como autoetnografías y, en tanto tales, como espacios de intersección de lo personal y lo cultural. Asimismo, es posible leer un contexto y una época marcada por «la molecularización de la vitalidad», y la «espectacularización de la intimidad» a partir de las cuales hasta los procesos orgánicos más profundos pueden ser exhibidos. La interpretación del corpus se realizó siguiendo la secuencia lineal del tratamiento. En primer lugar, se relevan los diferentes aspectos de la estimulación ovárica y la preparación orgánica y subjetiva para la realización del tratamiento; en segundo lugar se exploran los registros de las prácticas biomédicas realizadas en la clínica de fertilidad; finalmente se analizan las estrategias discursivas utilizadas para comunicarel resultado del/los tratamiento/s y el logro o no logro del embarazo.

Palabras clave: Tecnologías de reproducción asistida; entornos virtuales; videoblogs.

Abstract: From the eugenics project of the nineteenth and twentieth centuries to the liberal genetics of our days, control of the bodies has been at the center of a debate in which we can register continuities and ruptures around infertility, genetics and scientific reproduction of bodies. In recent years, assisted reproductive technologies (ART) have taken a quantum leap powered by social networks and the various virtual platforms. This article explores a corpus composed of 20 audiovisual recordings in which women present a retrospective of one's experience with assisted reproduction techniques and

*, (lvecsllir@gmail.com) Licenciada en Sociología y Doctoranda en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Magíster en Género, Sociedad y Políticas (Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Prof. Adjunta de la cátedra de Sociología e Investigadora (Universidad Nacional de Sarmiento). Especialista en género, salud y tecnologías. Argentina.

then share them on YouTube. These records are analyzed as autoethnographies and, as such, as spaces of intersection of the personal and cultura. It is also possible to read a context and an era marked by «molecularization of vitality», and the «spectacularization of intimacy» from which even the deepest organic processes can be displayed. The interpretation of the body was conducted following the linear sequence of treatment. First, the various aspects are relieved of ovarian stimulation and organic and subjective preparation for carrying out the treatment; secondly, are explored records of biomedical practices carried out in the fertility clinic; finally, are analyzed the discourse strategies used to communicate the results of the treatment/ s achieving or not achieving pregnancy.

Keywords: Assisted reproductive technologies; virtual environments videoblogs.

Recibido: 30/03/2015 **Aprobado:** 14/10/2015

Introducción

Las tecnologías reproductivas entablan una compleja relación con la reproducción sexual humana. Por un lado, las prácticas de la reproducción asistida «imitan» la reproducción sexual, por el otro, la desafían, extienden sus límites y proponen modificaciones – más o menos pronunciadas de acuerdo al caso – sobre el parentesco. En este sentido, la sexualidad y la reproducción humana fueron sindicadas en el ámbito privado del hogar y en la intimidad de la pareja heterosexual. Hoy en día, y a partir del desarrollo de las tecnologías de reproducción asistida, no solo encontramos una nueva forma de concebir – la fecundación extracorporal producida en el laboratorio – sino que también encontramos que la realización del tratamiento puede ser publicitada.

El presente artículo tiene como objetivo general explorar un corpus compuesto por 20 registros audiovisuales llamados IVF Journals (diarios de la fertilización asistida) o Infertility Journals (diarios de la infertilidad) en los que las mujeres y/o las parejas registran sus experiencias de infertilidad y la realización de los tratamientos de fertilización asistida. Estos materiales audiovisuales creados por las mujeres y/o por parejas que buscan concebir mediante técnicas reproductivas son compartidos en entornos virtuales durante el ciclo de tratamiento.

¿Qué es lo que hace posible que se filme y comparta en YouTube la realización del tratamiento de fertilidad (estimulación ovárica subcutánea, aspiración de óvulos y transferencia de embriones)? ¿Es la reproducción científica de los cuerpos una materia «espectacularizable» y la reproducción sexual humana una materia no «espectacularizable»? ¿Qué es lo que hace a la reproducción sexual humana una escena nosusceptible de ser filmada y registrada? ¿Es el hecho de que en la primera veamos al cuerpo en función de la medicina reproductiva y en la segunda dos cuerpos? A partir de estas preguntas fue escrito el presente artículo.

El control de los genes: de la eugenesia a la genética liberal

El conocimiento científico y el control de las fuerzas de la naturaleza constituyeron uno de los objetivos centrales del proceso de modernización. Entre estos recursos, la población ocupó un lugar significativo: como capital de una nación, como acervo genético y moral de cada pueblo.

En nombre de una eugenesia racialista, a lo largo de los doce años del régimen hitleriano se practicaron experimentos de esterilización en seres humanos mediante la utilización de Rayos X, cirugías invasivas y medicamentos con efectos deletéreos sobre las prisioneras. Se buscaba esterilizar la mayor cantidad de prisioneras en el menor tiempo posible en la cual la aniquilación era parte del tratamiento.

Según Barrancos (2013:8), la eugenesia «alcanzó enorme impacto social –tal vez fue la corriente de mayor propagación y adhesión en todas las clases sociales– derramándose a la mayoría de las sociedades ya que tuvo cultores en todo el orden mundial, consiguiendo el estatuto de saber científico compartido por las más disímiles mentalidades». Esta corriente, que consiguió «el estatuto de saber científico», actualizó antiguas inquietudes en torno a la *cantidad* y la *calidad* de los nacimientos y encontró en la ciencia y en la medicina uno de sus aliados.

Estrechamente vinculada al darwinismo social a finales del siglo XIX, en la matriz discursiva del proyecto eugenésico la reproducción de «los más aptos» de la especie constituyó un eje central. En la matriz eugenista, la cantidad y la calidad de los nacimientos determina el acervo genético de la población y de él dependen las posibilidades de desarrollo de un Estado. De este modo, aquellos mecanismos puestos en marcha para perfeccionar cualitativa y biológicamente la población suponen un perfeccionamiento moral de la especie humana.

En nombre de la «mejora de las cualidades genéticas humanas», entre fines del siglo XIX y durante el siglo XX, diversos países implementaron medidas que van desde el natalismo selectivo, la esterilización obligatoria, el control de la natalidad y la inmigración, los abortos forzosos y las restricciones a las uniones entre diferentes etnias, hasta la segregación y el genocidio. A diferencia del discurso pastoral, el eugenismo ofrecía una moral secular y pseudocientífica acorde al naciente capitalismo y a la cuestión social de la época. En su deriva, el eugenismo condujo a un racismo científico en el cual los mecanismos implementados para evitar la multiplicación de aquellas categorías sociales definidas como «menos aptas» eran válidos en tanto se hacían en nombre de la especie, aun si iban en contra de la voluntad de aquellos sujetos sometidos e implicaban violaciones a los derechos humanos.

Según Rose, el «carácter mortífero» de aquella eugenesia reside no solo en los mecanismos puestos en práctica por parte de los Estados para intervenir en las uniones y los nacimientos, sino también en la «recodificación de la política como lucha entre naciones tematizadas como razas» (Rose, 2012:130). En este sentido, el proyecto eugenésico de los siglos XIX y XX no solamente limita o promueve ciertas uniones y nacimientos, sino que también construye normatividades y abyecciones que encuen-

tran en la sexualidad y la reproducción un espacio de disputa. En la actualidad, los nuevos discursos sobre la genética y la reproducción tienen como vector fundamental la salud individual evitando cualquier referencia a la población, en virtud de las medidas coercitivas impuestas en los siglos XIX y XX en nombre del «acervo genético de la especie».

A diferencia de los arquitectos del proyecto eugenésico, los expertos de la genética liberal «ya no pensarán en función de categorías sociales, sino que tratarían de penetrar bajo la apariencia engañosa de la patología y la normalidad para llegar a los determinantes subyacentes, los genes y sus modos de funcionamiento en el nivel molecular» (Rose, 2012:141). La «molecularización de la vitalidad» expresa un desplazamiento epistemológico que va de la medicina de las superficies y las clasificaciones (Foucault, [1966] 2001) a una mirada más profunda y capaz de aislar las unidades mínimas de cualquier organismo viviente en su nivel molar. En la actualidad, la población, en tanto figura material semiótica, es devuelta al centro del debate a partir del desarrollo y la difusión de la medicina reproductiva puesto que opera en el nivel molecular. Los especialistas conocen en detalle y manipulan el material genético de sus pacientes y/o de los donantes; los pacientes elaboran complejas interpretaciones de su propio acervo genético y del funcionamiento de sus órganos reproductivos mediadas por los conocimientos técnicos que adquieren durante el tratamiento de la fertilidad.

Las mujeres, que experimentan la rigurosidad del tratamiento en sus propios cuerpos, construyen sentidos diversos en torno a la técnica y la instrumentalización del proceso reproductivo. Por un lado, la intervención de las tecnologías de reproducción asistida permite la concepción, pero por el otro es experimentada como una intrusión en un proceso que debería darse con la menor intervención científica (Ariza, 2010).

Biomedicina y biomedicalización: el caso de la infertilidad

Resultante de la creciente especialización que atraviesa la medicina desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, las tecnologías reproductivas encuentran en el siglo XXI su más alto nivel de desarrollo y difusión. Estos cambios se produjeron en el marco de nuevos avances biomédicos que permitieron separar los gametos de los cuerpos que los producen y reorganizar el proceso reproductivo con la injerencia de la tecnología. Esta posibilidad de separación de componentes, que Nikolas Rose define como la «molecularización de la vitalidad» (Rose, 2012:42), da cuenta de los avances de la biomedicina actual y de las implicaciones sociales y políticas de este proceso: las nuevas concepciones del sujeto, el cuerpo, la salud y la enfermedad, así como los nuevos modos de intervención de lo vital y de modulación subjetiva.

Así como el saber médico relativo a la reproducción sexual se especializa y se fragmenta, el cuerpo y los componentes que hacen a la reproducción se ven escindidos: las tecnologías reproductivas separan, dividen y distribuyen esta unidad en «ge-

nes/cromosomas, útero/gestación y aspectos legales/sociales» (Farquhar, 1996:16). Esta separación impacta en los significados asociados a la reproducción, el embarazo y el parto, definidos tradicionalmente como una unidad junto a las prácticas dominantes de la sexualidad y de la formación de familias.

Los profundos desplazamientos epistemológicos que atravesó la práctica médica en las últimas décadas implicaron un pasaje de la medicina a la biomedicina. Este pasaje implica no solo una modificación profunda de los métodos y las prácticas médicas en sí mismas, sino también nuevos y reflexivos enfoques de la praxis (Rose, 2007). Aquel modelo médico basado en el soma y en la identificación de lo normal y lo patológico resulta útil en el capitalismo de los siglos XVIII a XX pero requiere de profundas redefiniciones en el siglo XXI (Rose, 2012:29). La mutación del liberalismo al neoliberalismo instala también profundas transformaciones en el campo de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, impulsados por los procesos de tecnologización de las prácticas médicas y las nuevas dinámicas de producción y circulación del conocimiento científico. Junto a esta mutación, las capacidades reproductivas de los seres humanos serán abordadas con un nuevo instrumental científico y tecnológico.

A fines del siglo XIX y a lo largo del siglo XX se comprueba la conexión causal entre sexualidad y procreación y se refinan las teorías sobre la embriogénesis. La producción científica sobre la reproducción crece de modo tal que estos eventos dejan de ser materia de curanderos, boticarios y comadronas para situarse en la órbita médica de la ginecología, la biología y la endocrinología (Spar, 2006). De este modo, la capacidad reproductiva comienza a independizarse del discurso religioso para pasar a ser un dominio científico y en este desplazamiento las interpretaciones místicas y religiosas de la fertilidad y la infertilidad – si bien aún resuenan en los discursos actuales – darán paso a explicaciones por completo orgánicas de estos fenómenos.

Algunos teóricos sostienen que este ingreso constituye el comienzo del proceso de medicalización de la infertilidad (Corea, 1985); otros afirman que se trata de una industria procreativa que no cura la infertilidad, sino que suplanta aquellos órganos o funciones que fallan (Garay, 2008:46).

El carácter procesual de la medicalización da cuenta del recorrido por el cual fenómenos que formaban parte de otros campos comienzan a ser parte del dominio médico (Conrad, 1982). Se trata de fenómenos que no podían ser pensados «como entidades médicas» (Kishore, 2002), pero que en la medida en que ingresan al dominio médico pasan a ser objeto de intervención médica relegando los modos desprofesionalizados de tratamiento.

Sin embargo, según Epele (2013:14), «debe ponerse en cuestión la linealidad del concepto de medicalización, que supone “un estado anterior” que es trastocado luego de la irrupción médica. Según la autora, al medicalizar un fenómeno o un padecimiento, se configura un “paraíso perdido” (o su contrario, de “barbarie pasada”) del estado anterior en el que la medicalización irrumpe, que transforma esta noción en una crítica *per se*» (2013:14).

entramados y perspectivas, vol. 5, núm. 5, págs. 135-152 (oct. 2014/sept. 2015)

A la vez, Rose advierte sobre las limitaciones del concepto en cuestión: permite «designar asuntos que no eran pero que se han convertido en parte de la provincia de la medicina» e incluso «disputar la legitimidad de esa competencia médica», pero no constituye por sí mismo una explicación o una descripción acabada del fenómeno (2007:701, traducción propia). El complejo entramado de la salud pública y privada, individual y colectiva, no puede ser encapsulado bajo la lupa de la medicalización como categoría analítica. No basta, según el autor, con señalar que tal o cual padecimiento ha ingresado al dominio médico puesto que se trata de un «proceso de construcción mutua» en el que lejos de imponer se configuran «delicadas afiliaciones entre esperanzas subjetivas e insatisfacciones» (2007:702, traducción propia). Es decir, si hay una crítica, esa es la creación de hábitos y afiliaciones (por ejemplo, en relación con los psicofármacos) y no la brutal imposición de encierros y prácticas genocidas como en el proyecto eugenésico.

Si la medicalización supone un trayecto lineal, la biomedicalización supone un entramado de creciente complejidad compuesta por «procesos multisituados, multidireccionales de medicalización que hoy están siendo ampliados y reconstituidos a través de formas emergentes y prácticas de una biomedicina cada vez tecnocientífica» (Clarke *etal.*, 2003:162, traducción propia). Tal como lo denomina Clarke, el «Complejo Biomédico de TecnoServicios, Inc», representa el pasaje de la medicalización a la biomedicalización. Este pasaje, según Clarke, implica no solo una industria biomédica cada vez más precisa e innovadora, sino también una vigilancia mayor en la salud individual y los factores de riesgo, aspecto advertido y criticado también por Rose en los conceptos de «riesgo genético» (2012:194) o «responsabilidad por el yo» (2012:273).

En este sentido, el concepto de biomedicalización es una lente precisa para abordar las tecnologías reproductivas: estas forman parte de aquel entramado biomédico descrito por Clarke y – acorde a los tiempos – establecen nuevas relaciones entre naturaleza, cultura, genética e identidad.

Lógicas *molecularizantes* y lógicas de recomposición

Las nuevas tecnologías reproductivas son, por una parte, «un fenómeno moderno, un milagro posindustrial» que, según Spar, «surgió de las altas tecnologías de la bioquímica, la microcirugía y la ingeniería genética», pero a la vez constituyen «solo el capítulo más reciente en una historia muy antigua» (2006:22). En cambio, Farquhar remite el origen de las mismas a los avances posteriores a la Segunda Guerra Mundial en el campo de la agricultura y la ganadería que permite que estas sean aplicadas en humanos a través de «la intervención médica, quirúrgica y farmacológica» (2006:15).

Las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA), tal como las conocemos en la actualidad por la definición médica, conforman un conjunto de técnicas biomédicas en las que la fecundación se produce prescindiendo del acto sexual. De acuerdo con-

la dificultad del tratamiento, este conjunto de técnicas, cuyo fin es la fecundación, pueden ser clasificadas en Baja Complejidad (BC) y Alta Complejidad (AC). Dentro de las primeras encontramos desde tratamientos a base de hormonas que estimulan la ovulación hasta la inseminación intrauterina. Esta última consiste en introducir el semen mediante una pequeña cánula. La fecundación se produce dentro del cuerpo y pueden o no intervenir donantes de material genético. Es considerada de baja complejidad porque puede realizarse en el consultorio médico.¹

No obstante esta clasificación médica, definir las exclusivamente con base en dichos criterios supone un reduccionismo de este nuevo fenómeno social. Las biotecnologías reproductivas reactualizan la reproducción como espacio de disputas materiales y simbólicas. La difusión de las prácticas de reproducción asistida provoca redefiniciones sobre qué es la naturaleza y qué es la ciencia (tanto en discursos expertos como en el discurso de sentido común); nos enfrentan a nuevos interrogantes en torno a cómo intervenir en la naturaleza y hasta qué punto, o en qué casos sí y en qué casos no debería ser intervenida. A la vez, nos obliga a repensar los significados de dicha intervención: si ésta constituye una alteración de un estado natural que debería preservarse tal como es o, por el contrario, si la intervención constituye un complemento, una ayuda u *optimización* de lo natural. Tal como concluye Ariza:

«Antes que suponer una pérdida de distinción ontológica entre lo natural y lo social, las técnicas de reproducción asistida hacen posible la continuidad entre la naturaleza y la cultura a la vez que perpetúan la existencia de ambos polos como dominios separados» (2010:39).

Si bien la medicina reproductiva puede – y lo hace rutinariamente – «separar, dividir y distribuir las antiguamente unificadas dimensiones de la maternidad (y, en menor medida, la paternidad) en genes/cromosomas, útero/gestación y aspectos legales/sociales» (Farquhar, 1996:16, traducción propia), también es cierto que recompone el proceso en el que interviene. Vale como ejemplo que en los casos de donación y recepción de gametos, se consideran los fenotipos para seleccionar el/la donante de óvulos y/o espermatozoides, de modo tal que el aspecto físico del embrión sea compatible con el de sus futuros padres. Junto a la lógica *molecularizante* y *fragmentarizante* del tratamiento opera una lógica que imita o recompone algo de la reproducción sexual y del modelo de consanguineidad consu correlativa expresión en el parecido físico (Bestard, 2009:85).

1. En cuanto a la alta complejidad, se encuentran la Fertilización In Vitro (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática (ICSI). La definición de éstas como prácticas de alta complejidad reside en que la fecundación se produce en el laboratorio, fuera del cuerpo y en algunos casos, con la participación de donantes y receptores de material genético. En el primer caso (FIV), se colocan en la placa de vidrio los óvulos y los espermatozoides para que éstos fertilicen; en el segundo caso (ICSI), se introducen los espermatozoides en el citoplasma. De este modo, la ICSI supone un grado más alto de complejidad, ya que implica aspirar los espermatozoides e inyectarlos, induciendo la fecundación en un grado mayor a la FIV.

En efecto, el desarrollo de estas tecnologías obedece al deseo del hijo propio entendido en términos genéticos que, de acuerdo con Joan Bestard, implica elección y voluntad:

«Las familias son escogidas y son las relaciones cotidianas las que crean los vínculos de parentesco (...). El control de la fertilidad y las formas de paliar la infertilidad han dado lugar a la posibilidad de disociar la sexualidad del parentesco, así como la reproducción de la consanguinidad. En la reproducción asistida la consanguinidad no viene dada, sino que es elegida y construida» (2009:89).

Otro ejemplo de esta lógica de recomposición del modelo de consanguinidad puede encontrarse en la sanción de la Ley N° 14208 en diciembre de 2010, de la provincia de Buenos Aires, la cual garantiza la cobertura médica de los tratamientos de fertilización asistida por parte de las obras sociales y su realización en algunos hospitales públicos. Esta cobertura alcanza exclusivamente a las parejas heterosexuales que residan en el territorio de la provincia de Buenos Aires y no se expresa en ningún momento en relación con la recepción de óvulos o espermatozoides, que en algunos casos representa la única posibilidad de un tratamiento exitoso. Así también, solo pueden acceder mujeres entre los treinta y cuarenta años cuando el factor de infertilidad es femenino, planteando un límite arbitrario: aplaza el tratamiento en mujeres menores a treinta años cuya infertilidad es probada y excluye a mujeres de cuarenta y un años en adelante. A la vez, podría pensarse que, dado que la medicina reproductiva se propone como complementaria de lo natural, fijar el límite en los cuarenta años se debe al imperativo de imitar los límites biológicos de la fertilidad femenina.

Las tecnologías de reproducción asistida nos ponen frente a continuidades y rupturas: en la ciencia y en las definiciones de lo natural y de lo social-cultural. En las experiencias de quienes recurren a las tecnologías de reproducción asistida intervienen las lógicas *molecularizantes* junto a las lógicas de recomposición del modelo de consanguinidad. Las primeras remiten a la fragmentación de la reproducción en sus procesos y componentes mientras que las segundas hacen referencia a las vías que encuentran la medicina reproductiva para «imitar» algunos aspectos de la reproducción sexual humana, como la búsqueda de fenotipos similares para receptores de material genético, entre otros ejemplos.

Descripción e interpretación del corpus

Como si fuera un rompecabezas en el cual cada videoblogger aporta una pieza, YouTube se pobló en los últimos años de una serie de registros llamados «IVF Project» o «Infertility Journal» en los cuales las mujeres que recurren a la medicina reproductiva narran y exteriorizan el proceso que atraviesan. Inyecciones, aspiración de óvulos, transferencia de embriones, embarazo y nacimiento se convirtieron en escenas comunes en dicho entorno virtual, en sintonía con los numerosos procesos de socia-

lización de lo íntimo que abarcan desde lo más trivial hasta el embarazo, el parto o la muerte.

El análisis de este tipo de datos presenta numerosas dificultades: no provienen de una entrevista o una encuesta estandarizada, no se elaboran mediante una guía de pautas, no se enmarcan en un proyecto de investigación y, en muchos casos, incluyen otros recursos como imágenes y textos. Estos registros constituyen un material valioso para la investigación cualitativa sobre las tecnologías de reproducción asistida: se trata de autoetnografías que, en la medida en que exhiben aspectos de una vida individual reponen el contexto y la época.

Escrita o narrada en primera persona, una autoetnografía puede adoptar diversas modalidades; en el caso de los IVF Projects, implica complejas representaciones visuales, conversaciones y textos sin guion. Alejados de la escritura académica, estos registros exigen nuevas formas de codificación y sistematización de los datos, complejasherramientas de análisis e interpretación.

Siguiendo a Richardson, consideramos que «Las autoetnografías son altamente personalizadas, textos reveladores en los cuales los autores cuentan relatos sobre su propia experiencia vivida, relacionando lo personal con lo cultural» (2003:512). De este modo, nos permitan acceder no solo al nivel instrumental de la técnica, sino a las interacciones y las experiencias intersubjetivas de quienes recurren a ellas. En nuestro caso, los IVF Projects facilitan un acceso mediado por dispositivos de «espectacularización» (Sibilia, 2008:225) que intervienen en la construcción activa de los datos por parte de los videobloggers.

En esta sección, se analizará un corpus compuesto por 20 registros elaborados y compartidos por once videobloggers. Los mismos fueron relevados entre febrero de 2014 y enero de 2015 y se encuentran aún disponibles online. La búsqueda de los registros se hizo exclusivamente en YouTube a partir de las palabras clave «IVF» e «Infertility». Si bien se buscaron registros en habla hispana, estos se descartaron por ser más escasos que los de lengua anglosajona.

Para la selección se utilizaron como criterios:

- que estén atravesando tratamientos de fertilidad al momento de elaborar los videos, es decir, que no fueran relatos retrospectivos;
- que se tratara de casos de fertilización in vitro (excluyendo los tratamientos de baja complejidad) por la complejidad de todas las fases del tratamiento (estimulación, aspiración, transferencia);
- se incorporaron a la muestra casos de mujeres que realizaron el tratamiento para gestar hijos propios y madres subrogadas, ya que – a nivel instrumental – atraviesan el mismo tratamiento, aunque a posteriori los hijos nacidos de dichos tratamientos encuentran destinos diferentes.
- se excluyeron todos los casos en los que el embarazo fuera producto de relaciones sexuales, ya que hay videoblogs de embarazos logrados por esta vía.

Con respecto a los criterios para el análisis, se mantuvo la secuencia lineal del tratamiento. La sección 3.1, «Una meta, una misión», releva los diferentes aspectos de la preparación orgánica y subjetiva para la realización del tratamiento. La sección 3.2, «La imagen y los protagonistas», versa sobre los registros de las prácticas biomédicas realizadas en la clínica de reproducción asistida, la aspiración de los óvulos y la transferencia de los embriones. Finalmente, la sección 3.3, «Positivo/negativo», releva las estrategias discursivas utilizadas para comunicar el resultado del/los tratamiento/s y el logro o no logro del embarazo.

Para que el lector pueda acceder con mayor agilidad a los fragmentos que le interesan, los verbatim indican el nombre de la videoblogger, el link del registro analizado y el minuto bajo análisis.

«Una meta, una misión»

Los videos que componen el corpus dan cuenta de una estructura narrativa cuya protagonista es la mujer que debe cumplir una misión: convertirse en madre. Los videobloggers relatan frente a la pantalla los conflictos objetivos y las transformaciones subjetivas que atraviesan a lo largo de un tratamiento en el cual la meta central es convertirse en madre y para que esto suceda deben adquirir centralidad el cuerpo y la ciencia.²

Entre las dificultades que deben atravesar para lograr llegar a la meta, la edad y el uso de hormonas como rituales de preparación del cuerpo, emergen como los tópicos prevalentes. En uno de los videos de su canal, «Preparing for IVF»³ comenta que hormonas le administraron para comenzar su tratamiento de fertilidad, dando cuenta de la circulación y la reapropiación del lenguaje médico (3:08'). También expone sus sentimientos de incertidumbre acerca del resultado del tratamiento y su preocupación por la relación entre su edad y la curva de fertilidad *both factors against us, account... ability and my age* (4:00').

El discurso médico ha enfatizado en la edad materna como factor decisivo en el logro de la concepción y de un embarazo saludable, delimitando un rango que oscila entre los 25 y 35 años, cuestión que *suezq4369* tiene presente cuando afirma: *I'm not getting any younger* (4:27').

En un registro posterior, enfatiza que «las drogas y las inyecciones le parecían lo más atemorizante pero es una de esas cosas a las que uno se acostumbra» («Looking back on my IVF journey»⁴). El logro de la misión exige la asunción de una nueva

2. Estos procedimientos que colocan al cuerpo como objeto de intervenciones para el logro del embarazo consisten en la administración de hormonas para la estimulación ovárica, las cirugías diagnósticas como la histerosalpingografía, las ecografías transvaginales, análisis de sangre, entre otros.

3. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=tW4CyyWozv0&feature=c4-overview-vl&list=PLXyTWzYh7e1gA2RD24T-nTuWHHBxqoiNsuezq4369>.

4. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=mhvRMj-GnZg>.

identidad resultante de la naturalización del uso de hormonas inyectables. La asunción de esta nueva identidad en la cual el miedo al uso de hormonas se ve superado se produce frente a la cámara y se expresa como el primer paso de un recorrido heroico.⁵

En otro de los registros relevados, *rwhite8228* relata su experiencia con la estimulación ovárica y cómo – de sufrir por tener que inyectarse – comenzó a disfrutar de la rutina porque era el momento en el que ella y su pareja «hacían algo para tener un bebé» (5:50').⁶ Luego recuerda el resultado negativo de embarazo en un intento anterior y que ella y su pareja «lloraron como bebés» para terminar afirmando que no puede confiar en su cuerpo y que el tratamiento de fertilización asistida es «una meta, una misión».

En su producción audiovisual, la videobloggerrichmalerie afirma en relación con la estimulación ovárica: «I wasnotmyself»⁷ Aquí emerge la compleja relación de las mujeres con la estimulación ovárica, procedimiento fundamental en los tratamientos de fertilidad. Este procedimiento busca que la mujer produzca una mayor cantidad de óvulos (en un ciclo menstrual se produce uno o dos) de modo tal que se incrementen las probabilidades de lograr un embarazo. Como contrapartida, las hormonas adquieren diferentes significados: son las responsables de los cambios de humor, del dolor en los pechos, del aumento de peso.

El relato de otra videoblogger, *richmalerie*, pone en escena la ruptura de la identidad desarrollada anteriormente cuando afirma: «Mi marido dice que tenía siete esposas, por las hormonas», haciendo hincapié en que si bien no pensó que le iba a afectar, la estimulación ovárica le produjo un raro sentimiento de extrañamiento, de no sentirse como ella misma, de sentirse «horrible» y de falta de deseo sexual.

Algunos registros enfatizan en la realización en vivo de la administración de las inyecciones de hormonas. Es el caso de *NIKKI* y su producción audiovisual «LupronInjection LIVE!».⁸ Mientras su pareja la filma aplicándose la inyección de Lupron, *NIKKI* describe *it's kind of weird, I like to watch the needle coming in... the blood* (1:46'). Con una mirada seductora le pregunta al marido si le gusta verla inyectándose. Como si se tratara de un programa de TV se ponen en juego estrategias narrativas para competir por la visibilidad, el *rating*. El video blogger, como un intérprete de teatro, necesita las miradas y hace todo lo posible para captarlas.

5. Según la teoría narrativa de Vladimir Propp (1895-1970), todos los cuentos populares contienen una estructura narrativa similar en la cual el héroe se enfrenta a una situación inicial que le exige un renunciamiento y lo transforma. Los registros bajo estudio, si bien pertenecen a una tipología discursiva diferente, contiene muchos elementos narrativos clásicos como los descriptos por Propp.

6. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=zY5EUPeTviY>.

7. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=BHwofL7z-nE>.

8. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=QYLMr1h13z0>.

La imagen y los protagonistas

Dentro de estos registros hay personajes principales y personajes secundarios; entre los primeros encontramos a la mujer y a la figura del esperado embrión y entre los segundos se encuentran los varones, parejas de las mujeres que realizan el tratamiento.

A lo largo del tratamiento, el cuerpo femenino, objeto de las prácticas e intervenciones de la medicina reproductiva, abandona progresivamente su protagonismo y este papel pasa a ser asumido por los óvulos, los espermatozoides y los embriones resultantes de la fertilización. Este cambio de foco se corresponde con la «molecularización de la vitalidad» explicada por Rose (2012) y su creciente visibilidad en las redes sociales obedece a la espectacularización de la intimidad analizada por Sibilia (2008).

En una larga escena, el marido de la videoblogger Bhebs Walker registrar la aspiración de los óvulos resultantes de la estimulación ovárica que se realiza con hormonas «Duringmy(IVF) In-vitro EggCollection».⁹

Bhebs Walker está todo el tiempo con las piernas abiertas, sometándose a la aspiración de esos óvulos que luego serán fecundados en el laboratorio para implantarle, a posteriori, embriones. Está sedada por la anestesia y realiza gestos de dolor, su marido le acaricia el pelo.

Una enfermera ingresa a la sala, se pone los guantes de látex y a partir de ahí la cámara enfoca el monitor en el que se ven los óvulos (4:30'). Ella deja de ser la protagonista, objeto de cuidados y procedimientos (colocación y extracción de cánulas, gestos de su marido para reconfortarla) y en el centro de la escena está la imagen que transmite el monitor donde solo se ven los óvulos. Ahora el registro audiovisual se hace del registro médico.

En un videoque comienza con el viaje desde la casa hasta la clínica, *rwhite8228*, filmada por su pareja, relata que llegó el día de la transferencia de los embriones¹⁰ «Embryo transfer», como titularon el video, empieza con una escena del marido hablando a cámara en el auto, diciendo que él también quiere aparecer en algún video. Luego enfoca a la mujer, que confiesa estar ansiosa y que por eso prefirió manejar. Entre los dos explican en qué consiste el procedimiento, casi una función docente mezclada con algunos títulos que aparecen en la pantalla como por ejemplo *I have to peeee!!!*. El discurso científico de la medicina reproductiva reapropiado por sus pacientes se mezcla con discursos contingentes.

Una vez en la clínica, la imagen enfocada es la del monitor y con esto se modifica el punto de vista narrativo. Una flecha señala la cánula y aparece el titular *ourembryoishere*. Luego se ve cómo transfieren el embrión y ahora aparece titulado *nowwewait Lord webelieve in miracles*. En este punto, la ciencia y el discurso religioso vuelven a encontrarse.

9. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=tGBZ2udF7bs>.

10. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=Kcn8nJ_cdiA.

Como es sabido, el pensamiento religioso cuestiona la intervención de la tecnología en un proceso que debe ser por completo natural y librado a los propósitos divinos, así como también expresa su rechazo por la manipulación y el descarte de embriones necesarios para llevar adelante los tratamientos. Paradójicamente, las creencias religiosas no obturan la posibilidad de realizar el tratamiento de fertilidad, sino que – por el contrario – lo justifican. En este caso, las ideas religiosas acompañan el tratamiento y de este modo, los protagonistas parecen apelar a una entidad superior, una especie de «autor» del «milagro de la concepción».

Positivo/Negativo

Si la infertilidad desplaza a las mujeres a una zona de abyección/anormalidad, el logro del embarazo mediante tecnologías reproductivas restaura la normalidad (Becker, 2000; Vecslir, 2014). En los videoblogs bajo estudio lo que comienza como una ruptura de la identidad finaliza como una restauración de la normalidad en los casos en que la concepción, el embarazo y el parto se logran o como un recomienzo en aquellos casos en que no se logra.

En una narrativa carga de tensión, *suezq4369* anuncia que está embarazada de mellizos «como ella quería», luego exhala y sonríe (2:50').¹¹ Ahora sí puede afirmar: «(I'm a) normal pregnant person».

En el video siguiente anuncia desde el título la pérdida del embarazo, «7wk 3day twinloss»¹² Comienza disculpándose por la mala calidad del video: *heyguysorryforthebadquality of the video*. Recostada y sin maquillaje – a diferencia del resto de sus registros en los que se sienta frente a cámara, en una escena planeada – aquí se la ve con poca luz, un cuerpo que padece. Nos informa que lloró todo el día y que sus sentimientos son de «frustración, enojo, tristeza: estaba contenta porque eran dos...». El recorrido narrativo esperado se corta y aparecen los entretelones de la escena. Se siente enojada porque aparentemente no le dijeron nada acerca del coágulo de sangre en su útero. Lloro en silencio pero sigue filmando, sostiene la cámara (3:56') y afirma que quiere hacer ejercicio porque no se siente como ella misma, es decir, vuelve a vivir la ruptura de su identidad que comenzó con la asunción de la infertilidad.

Otro de los registros relevados es el de Dana Oliver («LIVE SURROGACY PREGNANCY TEST 6dp5dt»),¹³ que realiza el test de embarazo como madre subrogada y en contacto a través de Skype con quienes serán los futuros padres de ese bebé. Se muestra nerviosa y tapa el test durante los minutos en que tarda en revelarse el resultado, apelando al suspenso como recurso narrativo. Cuando descubre que es positivo se muestra alegre y lo exhibe ante el monitor para los futuros padres y para

11. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=Zr6DRkvreic&list=PLXyTWzYh7e1gA2RD24T-nTuWHHBxqoiN>.

12. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=w2S0bW6GYMo&list=PLXyTWzYh7e1gA2RD24T-nTuWHHBxqoiN>.

13. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=s073HJF2Mxw>.

cámara que la filma. A pesar de ser una madre subrogada y que no se supone que ella se apegue a ese niño/a, sus gestos demuestran alegría, emoción. El video termina abruptamente cuando la videoblogger hace un gesto similar al llanto.

Como vemos, los resultados positivos o negativos registrados en los videoblogs, conforman el punto de llegada de un recorrido corporal y subjetivo en el que intervienen diferentes actores, algunos de los cuales actúan más de un papel y en el cual los cambios del foco son algo constante. ¿Qué implicaciones tiene esta espectacularización de la intimidad en relación a los procedimientos registrados y compartidos de la reproducción científica de los cuerpos? ¿Cuáles son las condiciones que propician el surgimiento de los videoblogs bajo estudio? ¿De qué transformaciones de la subjetividad nos hablan?

Consideraciones finales

En el corpus analizado, la reproducción asistida no es presentada como un procedimiento meramente técnico-instrumental. Los videoblogs analizados dan cuenta de los aspectos sociales y culturales de la reproducción asistida: en ellos intervienen las mujeres y en algunos casos, sus parejas y los especialistas que las atienden. Se pueden ver partes de la trama social en la que se inscriben estas experiencias, emergen los discursos construidos en torno a la maternidad-paternidad, a la genética y al hijo biológico.

Lejos de las estrategias de información y silencio elaboradas por las mujeres en ciudades de menor densidad poblacional (Vecslir, 2014), las grandes ciudades cosmopolitas alimentan un marco de intimidad (Bauman, 2012: 254) en el cual el todo puede ser exhibido, inclusive la infertilidad y las experiencias con la medicina reproductiva. Esto no significa que el registro y la exhibición del tratamiento de fertilidad se expliquen exclusivamente por la localización geográfica de quienes los realizan pero sí nos habla de marcos de sentido en los cuales la espectacularización del tratamiento de fertilidad es factible y de otros en donde esto no es factible.

Hacer pública la infertilidad y el recurso a las tecnologías reproductivas, ¿supone un desafío a los ideales normativos de la maternidad, como el de la madre silente del cristianismo? ¿o estamos frente al anhelo normativo de ser madre? Estos registros audiovisuales, ¿nos hablan de una razón instrumental en expansión que penetra hasta lo más íntimo del sujeto o, en cambio, estas críticas que parten de un prisma humanista refuerzan las ontologías esencialistas del sujeto y de los géneros? ¿Qué cuerpos y subjetividades se producen en los registros bajo estudio?

En primer lugar sostenemos que, si bien no existen respuestas concluyentes para estos interrogantes, la medicina reproductiva no se reduce al conjunto de técnicas para lograr la concepción: entrelaza a diferentes actores y las experiencias y perspectivas que cada uno de esos actores construye en base al lugar que ocupa en dicha trama. Las pacientes, sus parejas y/o familias, los y las especialistas, ocupan posiciones diferentes en este modo científico de reproducción de los cuerpos. Sus

interpretaciones sobre la infertilidad y las tecnologías reproductivas se construyen en relación con esa trama de la que son parte integrante.

En segundo lugar, sostenemos que la medicina es parte de un entramado económico-social y que no se reduce a ofertas y demandas individuales de soluciones reproductivas. La instalación de la medicina reproductiva en cada sociedad se articula con otros procesos macroestructurales que le dan su forma: la configuración de una gran oferta de medicina privada y la instalación de pautas culturales neoliberales que permiten o inducen a buscar y adquirir servicios médicos de este tipo, en este caso, reproductivos.

En tercer lugar, considerando que la medicina reproductiva adquiere particularidades de acuerdo a los entornos en los que funciona, entendemos que en las ciudades globales atravesar experiencias de infertilidad y dar publicidad al tratamiento reproductivo no supone los mismos *desafíos subjetivos* que en entornos locales. En los entornos locales (las ciudades medianas y pequeñas de provincia, por oposición a las ciudades globales o cosmopolitas) se elaboran estrategias de información-silencio para atravesar el proceso y para evitar las presiones socio-familiares o los desacuerdos que el recurrir a la medicina reproductiva puede suscitar en el entorno de las y los pacientes (Vecslir, 2014:72). Debido a la persistencia de ideales normativos y reguladores de los géneros y la/s maternidad/es, a la permanencia de ontologías esencialistas en torno a lo natural y lo artificial, dar publicidad al tratamiento de infertilidad a través de redes sociales en ciudades pequeñas o medianas de provincia implica quebrar el anonimato, hacer visible que se ha recurrido a la técnica para lograr un embarazo que se supone *debe ser* un hecho *natural*. En este sentido, se busca resguardar este tipo de información porque rigen ideales normativos de la maternidad relacionados con el modelo de madre silente del cristianismo.¹⁴

Hacer pública la infertilidad y el tratamiento en un entorno local supone desafiar los ideales normativos y reguladores de los géneros y la/s maternidad/es, la «aspiración naturalista» analizada por Ariza (2010), concepto que nos habla de una idealización de la concepción espontánea, sin planificación de los embarazos y en la que la injerencia de la medicina debe reducirse al mínimo. En este sentido, un dato básico es que los mismos videoblogs relevados provienen en su mayoría de Estados Unidos (dieciocho videoblogs) y Reino Unido (dos videoblogs). En cambio, de los países de habla hispana, solo se ha expandido a España, y la cantidad de producciones audiovisuales en torno al tema es ciertamente inferior. Utilizando los mismos criterios de búsqueda en YouTube en español, solo se encuentran entrevistas televisivas a especialistas o noticias sobre debates y legislaciones en torno a la fertilización asistida.

A diferencia de otros videoblogs que versan sobre gustos y estilos de vida (música, deportes, moda), los registros analizados en el presente trabajo revisten como particularidad que tratan con fenómenos que atraviesan el cuerpo y que se relacionan con la reproducción. En este sentido, la proliferación de estos videoblogs, inscri-

14. Cfr. Figura de la virgen de la dulce espera (Vecslir, 2014:103).

entramados y perspectivas, vol. 5, núm. 5, págs. 135-152 (oct. 2014/sept. 2015)

be a la reproducción en un espacio difuso, público y privado a la vez. Sin embargo, el término público aquí no hace referencia al campo de la política sino de la «publicación de lo privado» (Sibilia, 2008: 28).

Finalmente, resta investigar comparativamente el discurso publicitario de las clínicas de fertilidad para dar cuenta de las estrategias empleadas para emplazarse en los entornos locales y globales mencionados. Este análisis permitiría profundizar no solo de qué forma se presentan y ofrecen sus servicios las clínicas de fertilidad, sino también comprender qué es lo que buscan y adquieren las y los pacientes.

Bibliografía

- Adorno, T. y Horkheimer, M. (1969): *Dialéctica del Iluminismo*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Agamben, G. (1998): *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Buenos Aires, Pre-Textos.
- Ariza, L. (2010): «La procreación como evento natural o tecnológico: repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en parejas infértiles de Buenos Aires». *Eä-Journal*, Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (ISSN 1852-4680), Buenos Aires, Argentina.
- (2012): «Dar vida: en torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad» en Felitti K. (Comp.) *Madre no hay una sola*. Buenos Aires. Ciccus.
- (2012): «Gestión poblacional del parentesco y normatividad: la producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida». En Jones, D., Figari, C. and Barrón López, S. (eds.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Ariza, L. y Libson, M. (2001): «Biología, maternidad y derechos. Experiencias de mujeres heterosexuales y mujeres lesbianas con la procreación asistida», en Geldstein, R. y Schuffer, M. (Comps.), *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*, PNUD- UNFPA-CENEP.
- Bauman, Z. (2012): *Esto no es un diario*. Buenos Aires: Paidós.
- Barrancos, D. (2013): «Dilemas éticos de la reproducción tecnomediada. Sociedad y Religión». En prensa.
- Bestard, J. (2009): «Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social», *Revista de Antropología Social*, Universidad Complutense de Madrid. España.
- Becker, G. (2000): *The Elusive Embryo. How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS.
- 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*.
- Conrad, P. (1982): «Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social». En Ingleby, D. (Comp.): *La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.
- (2007): *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Corea, G. (1985): *The mother machine. Reproductive technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Harper & Row.
- Diniz, D. & Gomes Costa, R. (2005). «Infertilidad e infecundidad: acceso a las nuevas tecnologías de reproducción asistida» en *Perspectivas Bioéticas*, N°11.
- Epele, M. (2013): «El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”». En *Cuadernos de Antropología Social* N°38, pp. 7–31, 2013. FFyL-UBA.
- Farquhar, D. (1996): *The Other machine. Sexual Politics and Reproductive Technologies*, Routledge.
- Felitti, K. (2008): «La explosión demográfica y la planificación familiar a debate. Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia». En *Rev. Esc. Hist.*, vol. 7, n°2, Salta, julio/diciembre.
- Firestone, S. (1973): *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*, Cairos, Barcelona.
- Foucault, M. (1974): «Historia de la medicalización», Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.
- (1990): «La vida de los hombres infames», Buenos Aires, La Piqueta.
- (1996): *Genealogía del racismo*, Buenos Aires, Altamira.
- Garay, R. (2004): «Control Jurídico y relaciones de género en los proyectos de ley sobre fertilidad médica asistida», Ponencia presentada en el V Congreso Argentino de Antropología Social, Córdoba, 25 al 28 de Mayo.
- (2008): «El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas», en Tarducci, M. (org.) *Maternidades en el S. XXI*, Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Herrera, M. Y Lamm, E. (2013): «Cobertura médica de las técnicas de reproducción asistida. Reglamentación que amplía el derecho humano a formar una familia». *Revista La Ley*, Ciudad de Buenos Aires; Año: 2013 vol. 2013 p. 1-1.
- Kishore J. (2002): *A dictionary of Public Health*. New Delhi: Century Publications.
- Luna, F. y Vázquez, R. (eds.) *Género y Bioética*, Editorial Fontamara y Suprema Corte de Justicia de la Nación, México.
- (2008): *Reproducción asistida, género y Derechos Humanos en América Latina*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), San José, C.R.
- Palopoli, A. (2011): «Discursividades sobre la fertilización asistida: entre el derecho reproductivo y la despolitización», Ponencia presentada en las VI Jornadas de Jóvenes Investigadores, IIGG, 10-12 de Noviembre de 2011.
- Palopoli, Cuberli y Lois (2011): «Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida», en Petracci, M. (Comp.): *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Pecheux, M. (1978), «Hacia el análisis automático del discurso», Gredos, Madrid
- Petracci M. (Coord.) y Pecheny M. (2007): *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES.

entramados y perspectivas, vol. 5, núm. 5, págs. 135-152 (oct. 2014/sept. 2015)

- Petracci, M. (2011): «Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos» en M. Petracci (Comp.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. (Comp.): *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. (2007): «Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América latina» en Hoja Informativa N°1, Abril 2007. www.despenalizacion.org.ar
- Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras) (2006): *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES-UNFPA.
- Propp, V. (1971): *Morfología del cuento*, Madrid, Fundamentos.
- (1983): *El epos ruso*, Fundamentos, Madrid.
- Raymond, J.: (1989): «At issue. Reproductive technologies, radical feminism, and socialist liberalism», en *Journal of International Feminist Analysis*, Volume 2 Number 2, University of Massachusetts, Amherst.
- Richardson, L. (2003): «Writing. A Method of Inquiry», en Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Thousand Oaks, California: Sage.
- Rose N. (2007): «Beyond medicalisation», www.thelancet.com. Vol 369 February 24, 2007.
- (2012): *Políticas de la vida: Biomedicina, Poder y Subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.
- Sibilia, P. (2008): *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Vecslir, L. (2014): «Tecnologías de reproducción asistida y experiencias de infertilidad en la ciudad de Bahía Blanca: un abordaje desde el enfoque de género y salud», ISBN 978-987-1907-92-2, Bahía Blanca EdiUNS.

Legislaciones

Ley N° Ley de Fertilización Asistida de la provincia de Buenos Aires n.º 14 208, extraído de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/tag/fertilizacion-asistida/page/2>.