

DESPLAZAMIENTOS DE SENTIDOS Y APROPIACIÓN DE CATEGORÍAS CIENTÍFICAS. UNA APROXIMACIÓN A PRÁCTICAS VINCULADAS A LAS TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN ARGENTINA.

Displacements of meaning and appropriation of scientific categories: An approach to practices linked to Assisted Human Reproduction Technologies in Argentina.

Deslocamentos de sentido e apropriação de categorias científicas: Uma abordagem às práticas vinculadas às Tecnologias de Reprodução Humana Assistida na Argentina.

Estefanía Victoria Ayala

Magister en Ciencias Antropológicas, UBA-UNPAZ

E-mail: estefaniaayala85@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8500-5852>

Alejandra Rosario Roca

Doctora en Ciencias Antropológicas, UBA-UNPAZ

E-mail: roca.ale@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2098-8311>

Áltera, João Pessoa, Número 21, 2026, e02108, p. 1-27

ISSN 2447- 9837



Resumen:

Las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA) despliegan múltiples potencialidades para que los cuerpos, las identidades y la vida puedan ser construidas mediante intervención tecnológica a partir de la movilización de entidades moleculares. Son tecnologías que involucran una articulación tensa y contradictoria de sentidos establecidos en sistemas de creencias y normas. A partir de experiencias etnográficas y de entrevistas en profundidad a profesionales vinculados con los procedimientos en clínicas de fertilidad en Argentina y usuarios/as que acudieron a estas prácticas, este trabajo analiza la circulación diferencial de información entre los sujetos intervinientes. Veremos que cuando las prácticas movilizan actores ‘aliados’ al proyecto de paternidad y maternidad, los/las profesionales realizan un doble mecanismo en el tratamiento de la información oficial, entendida como científica, en el que buscan restarle o sumarle importancia a la ‘herencia genética’ dependiendo de los/as pacientes usuarios/as y de los cuerpos - o biofragmentos- involucrados (donantes y gestantes). Es así que las prácticas y sentidos de la reproducción humana asistida son coproducidos, es decir que resultan de un ensamble dinámico de aspectos técnicos, científicos, de parentesco, de género, emocionales, legales, políticos y económicos.

Palabras clave:

Tecnologías reproductivas. Información. Genética.

Abstract:

Assisted human reproduction technologies unleash multiple potentialities for bodies, identities, and lives to be constructed through technological intervention based on the mobilization of molecular entities. These technologies involve a tense and contradictory articulation of meanings established in belief systems and norms. Based on ethnographic experiences and in-depth interviews with professionals involved in fertility clinic procedures in Argentina and users who have used these practices, this paper analyzes the differential circulation of information among the participating subjects. We will see that when practices mobilize actors “allied” to the project of parenthood, professionals employ a dual mechanism in the treatment of official information, understood as scientific, in which they seek to minimize or



increase the importance of “genetic inheritance” depending on the patient users and the bodies—or biofragments—involved (donors and surrogates). Thus, the practices and meanings of assisted human reproduction are co-produced, meaning they result from a dynamic interweaving of technical, scientific, kinship, gender, emotional, legal, political, and economic aspects.

Keywords:

Reproductive technologies. Information. Genetics.

Resumo:

As tecnologias de reprodução humana assistida liberam múltiplas potencialidades para a construção de corpos, identidades e vidas por meio de intervenções tecnológicas baseadas na mobilização de entidades moleculares. Essas tecnologias envolvem uma articulação tensa e contraditória de significados estabelecidos em sistemas de crenças e normas. Com base em experiências etnográficas e entrevistas em profundidade com profissionais envolvidos em procedimentos de clínicas de fertilidade na Argentina e usuários que utilizaram essas práticas, este artigo analisa a circulação diferencial de informações entre os sujeitos participantes. Veremos que, quando as práticas mobilizam atores “aliados” ao projeto de parentalidade, os profissionais empregam um mecanismo duplo no tratamento da informação oficial, entendida como científica, no qual buscam minimizar ou aumentar a importância da “herança genética” dependendo dos usuários pacientes e dos corpos — ou biofragmentos — envolvidos (doadores e barrigas de aluguel). Assim, as práticas e os significados da reprodução humana assistida são coproduzidos, ou seja, resultam de um entrelaçamento dinâmico de aspectos técnicos, científicos, de parentesco, de gênero, emocionais, jurídicos, políticos e econômicos.

Palavras-chave:

Tecnologias reprodutivas. Informação. Genética.



Introducción

El conjunto de prácticas y procedimientos que integran las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida (TRHA) lograron la producción material de embriones humanos en el laboratorio, en línea con los propósitos más generales de los desarrollos de la ciencia y la tecnología moderna: el progresivo control y manipulación de la naturaleza. El punto de partida de esta contribución son los procesos de biomedicalización de la vida y de la reproducción, así como la relación entre la producción de identidades y la producción material de personas. De esta manera, las tecnologías reproductivas desplegaron múltiples potencialidades para que los cuerpos, las identidades y la vida puedan ser construidas, recombinadas y proyectadas a partir de la movilización de entidades moleculares, mediante prácticas de intervención tecnológica.

Las TRHA trastocan aquello que culturalmente ha sido concebido como ‘natural’, producen quiebres en los dualismos ontológicos que han organizado la comprensión moderna de la reproducción -naturaleza/cultura, biológico/social, cuerpo/tecnología y humano/no humano- y fragmentan las subjetividades: los cuerpos se ven gerenciados y (bio)medicalizados a través de innovaciones tecnológicas que proponen una reescritura de la ‘biología’. Este universo de posibilidades incluye sucesivas fragmentaciones a partir del uso de gametos y vientres ‘ajenos’ al proyecto de maternidad, así como la disociación temporal a través de la criopreservación teóricamente ilimitada.

Uno de los aspectos más significativos de estos procedimientos es el amplio abanico de actores -humanos y no humanos- que la conforman y las nuevas formas de relación entre los mismos. Con actores no humanos nos referimos a las sustancias y fragmentos biológicos (hormonas sintéticas, semen, óvulos, medios de cultivo, entre muchos otros) que se ensamblan en estas tecnologías; en tanto los embriones mismos se encuentran en la encrucijada de los híbridos, es decir un artefacto coral que corresponde a ambos mundos y cuya inestabilidad ontológica ha sido ya tratada en contribuciones anteriores (Ayala y Caruso, 2025; Ayala y Roca, 2023; Ayala, et.al, 2022). Esta red de actores genera negociaciones, desplazamientos y/o resignificaciones de los vínculos que se van construyendo, afirmando y/o apagando, donde la propiedad de las biomaterias primas, la ‘sangre’, la expresión fenotípica, la ‘experiencia’ de transitar un embarazo y la ‘epigenética’, entre otras, redundan en la elaboración de nociones respecto de las parentalidades y el parentesco, que resultan apropiadas y resignificadas dinámicamente por los sujetos, según su lugar en la red.

Nuestra experiencia en el campo de las TRHA da cuenta cómo estas nuevas materialidades se construyen en torno de la circulación de biomaterias primas en la que conviven dinámicas de intercambio comercial, propiedad y estrategias nutridas



por sentidos tanto altruistas y comunitarios como individualistas, sostenidas y ampliadas por los discursos médicos y legales. Esta presentación pone en diálogo nuestros trabajos de campo y las etnografías realizadas en el campo de las TRHA con parejas heterosexuales, parejas homosexuales, mujeres donantes de óvulos y mujeres gestantes, profesionales de la embriología, ginecología, psicología y el derecho; en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores.

Algunos autores han analizado la donación de gametos, embriones y vientres y otros biofragmentos en tanto procesos de mercantilización (commodification) en un mercado internacional (Rabinow, 1997); ligado no sólo a la expansión tecnológica de los recientes avances en biomedicina, trasplantes y experimentación genética, sino también al despliegue del capitalismo global. Para autores como Mamo (2010), en tanto la biomedicina de la fertilidad es constitutiva del discurso neoliberal, los ideales de propiedad e individualismo marcan las prácticas y servicios reproductivos. Estudios cualitativos en bancos de semen y óvulos (Tober, 2001; Almeling, 2011) han caracterizado los procesos de reclutamiento, selección, comercialización y compensación a los/as donantes. En ellos se señala cierta estandarización de prácticas y discursos en las clínicas y los bancos de gametos, reproduciendo las normas culturales atribuidas a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

El problema de la circulación de información en salud y las tensiones que genera en las prácticas de la biomedicina ha sido objeto de análisis de estudios provenientes de la antropología de la salud, los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología y los estudios de comunicación pública de la ciencia. Posteriormente el surgimiento y la masificación de Internet y redes sociales revelaron ‘nuevos problemas’ que no pasan inadvertidos para quienes imparten tratamientos en los centros de fertilización asistida, los propios profesionales expresan inquietudes y malestar con lo que consideran un bombardeo constante y una ‘contaminación’ de ‘hiper información’. En otras instancias (Roca, 2010; 2025; Ayala y Caruso 2025) hemos examinado algunos foros de Internet donde las pacientes sostienen una comunicación horizontal y sin restricciones, en contraposición a los dispositivos que diseñan los centros para controlar el flujo de la información ‘oficial’ y ‘adecuada’. Los actores -médicos, embriólogos y pacientes- construyen sentidos divergentes y disputan la autoridad para designar, intervenir y tomar decisiones. La ‘confianza’ es la fórmula con la que se neutralizan ‘confusiones’ y ‘ansiedades’ y con la que se intenta evitar las situaciones ‘complicadas’; que más temprano que tarde plantean fugas y ambigüedades que derriban protocolos y declaraciones oficiales de ‘principios’ de las clínicas. Para estas intervenciones en particular, los consentimientos informados asumen un rol central debido a los eventuales litigios y su potencial trascendencia mediática. La producción

de embriones requiere -además de pacientes dóciles y adecuadamente informados, jerarquías estables, cobertura legal y estandarización de procedimientos-, de la extracción de óvulos y semen para su fecundación. En ocasiones estos materiales deben proveerse de otras personas. Los procesos de selección y control de calidad que se expresan en los procedimientos realizados sobre donantes y fragmentos permiten comprender algunos aspectos del significado político de las intervenciones tecnológicas (Roca, 2010; Ayala, *et.al.*, 2023)

Existe una gran cantidad de cláusulas y consentimientos que los pacientes y donantes deben autorizar y firmar, para los profesionales la información es entendida como parte de un aspecto sustantivo del proceso de atención, es decir que “se trata de un ‘paso’ clave para iniciar el procedimiento” (Roca, 2010). Sin embargo, la información fuera del control profesional representa al mismo tiempo un factor de ansiedad y preocupación para los profesionales.

En estos procesos se producen desplazamientos de sentidos entre los sujetos involucrados, quienes procesan, negocian y resignifican la maternidad/paternidad, la definición de la ‘sangre’, lo ‘natural’, lo ‘genético’, lo ‘fisiológico’ y lo ‘biológico’. A partir del análisis de experiencias etnográficas, exploramos cómo los profesionales de la salud utilizan algunas de estas categorías para gestionar las expectativas y emociones de los usuarios/as, así como para legitimar y regular estas prácticas, atendiendo a la información ‘oficial’ y ‘extraoficial’ que circula en este contexto. Asimismo, examinamos cómo los usuarios/as se las apropian adaptándolas a sus propias necesidades y valores, y cómo tensionan y resignifican estos sentidos a través de sus experiencias y sus proyecciones.

El análisis involucra el tratamiento diferencial y la dosificación de la información oficial, entendida como científica, consideramos que existe un doble mecanismo por parte los profesionales que buscan restarle o sumarle importancia a la herencia genética dependiendo de los usuarios comitentes o de los cuerpos involucrados (donantes y gestantes). Por el lado de las parejas de usuarios (heterosexuales y homosexuales), se refuerzan nociones ligadas a la construcción del parentesco y el vínculo filial en función de qué tipo de relación con el bebé intenten construir u opacar. Dichas prácticas y sentidos de la reproducción humana asistida son coproducidos, es decir que resultan de un ensamble dinámico de aspectos técnicos, científicos, de parentesco, de género, emocionales, legales, políticos y económicos.

Dimensiones conceptuales y metodológicas

Las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida (TRHA) movilizan las re-



presentaciones y las prácticas respecto del cuerpo, la sexualidad, la identidad de género y la noción de salud enfermedad. Estas redefinen las relaciones y fronteras entre naturaleza y cultura, humanos y no humanos, natural y artificial, vivo y muerto y nos brindan la oportunidad de revisar las formas de pensar y producir la constitución misma de las personas (Haraway, 1995; Rabinow, 1996, 1999; Roca, 2010).

En esta misma línea, Strathern (2005) propone comprender el parentesco como un conjunto de relaciones que no se derivan exclusivamente de la biología, sino que son producidas y reorganizadas mediante prácticas sociales, jurídicas y tecnocientíficas. Desde esta perspectiva, las tecnologías reproductivas no alteran únicamente los procesos biológicos de la reproducción, sino también las formas de producir conocimiento sobre las personas y de establecer quiénes son considerados parientes. Así, las TRHA hacen visibles nuevas formas de relacionalidad en las que intervienen cuerpos, material genético, dispositivos biomédicos, marcos legales y decisiones individuales, desafiando las categorías tradicionales mediante las cuales se definían la filiación y el parentesco.

Los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (ESCyT) brindan herramientas para comprender los procesos de producción de conocimientos e intervenciones tecnológicas situados en su contexto socio-histórico. Las ‘naturalezas-sociedades’ y los cyborgs/ híbridos, que cuestionan la ‘verdad natural’ del cuerpo y del sexo, dan lugar a subjetividades mediadas tecnológicamente con una impronta política y ‘situada’ (Haraway, 1995). Su análisis excede los espacios científicos y médicos, más bien los colectivos biosociales producen identidades en el fluir y la circulación de nociones y prácticas, enriquecidas en diálogos y demandas en el que confluyen una inmensa diversidad de actores humanos y no humanos.

Nuestro trabajo se inscribe en una línea de investigación desde los ESCyT, con un énfasis particular en los enfoques de parentesco en relación con las TRHA. Los datos de campo incluyen análisis centrados en la producción de vida mediante biofragmentos corporales y en la práctica de la gestación por sustitución. Nos valemos de los aportes que buscan comprender las relaciones entre el biopoder contemporáneo y los desarrollos científico-tecnológicos en el ámbito de la biomedicina, entendiendo que estos son coproducidos, es decir, inseparables de las dinámicas políticas, de poder y culturales en las cuales se inscriben, cuestionando concepciones de ciencia y tecnología como neutrales y ajenas a la sociedad de las que forman parte y sus contradicciones inherentes.

El término ‘biomedicalización’ (Clarke *et al.*, 2010) nos acerca a pensar en una nueva economía biopolítica donde la diversidad de innovaciones tecnocientíficas en varios niveles ha provocado cambios en la constitución, organización y prácticas de

la biomedicina contemporánea. Un giro importante provocado por tales modificaciones es el paso del control sobre los fenómenos, traduciéndose como biomédicos, a la transformación de los fenómenos vitales en sí mismos, posibilitada por la tecnociencia. Es en este sentido que se desarrolla un nuevo ‘régimen de verdad’ que se erige y recae sobre la responsabilización individual. Como se verá, esta nueva conceptualización se constituye en tanto preocupación a cargo de la gestión de los sujetos para quienes se vuelve necesario contar con la información relativa a los nuevos conocimientos del campo para conformar ‘identidades tecnocientíficas’ (Clarke *et al*, 2010).

La biomedicalización conduce a la transformación de los cuerpos y a la creación de nuevas identidades, ya sean individuales o colectivas, de manera que incide en la formación de biosocialidades. En la conformación de estas identidades, los diagnósticos y las categorías que despliegan, la tecnociencia y las tecnologías biomédicas tienen un rol capital, porque se inscriben en múltiples aspectos de la vida diaria e inciden en las formas en las que se vivencian las experiencias acerca de la salud y la enfermedad. Rabinow (1996) afirmaba que frente a las clasificaciones biomédicas funcionan como organizadoras de nuevas identidades y grupalidades que involucran de algún modo conocimiento médico y científico, dando lugar a espacios tanto de negociación individual y gestión privada de opciones, como a espacios de disputa pública sobre experiencias corporales mínimas.

En esta línea, los usuarios informados, están en mejores condiciones para negociar con los profesionales respecto de las posibilidades de intervención. En este sentido Rose y Novas (2004) refieren a un creciente compromiso de algunas personas, en un proceso de (auto)formación biomédica, proceso que se encuentra ampliamente potenciado por las posibilidades que habilitan las nuevas tecnologías como fuentes de recursos e información. Como sintetiza Fabíola Rohden (2025):

En ese proceso, muchas intervenciones médicas se han acercado a la búsqueda de la mejora individual, formando una nueva cultura o “régimen de verdad”, centrado en la responsabilidad individual. La búsqueda de la mejora revela una ampliación de las posibilidades de intervención más allá del mantenimiento de la salud o la reparación del cuerpo, a través de procedimientos estéticos, prótesis, medicina regenerativa, mejora genética, responsabilidad por la descendencia o el futuro de las próximas generaciones. El cuerpo, antes visto como un lugar de resistencia a la intervención y un foco de control, se está convirtiendo cada vez más en una materia flexible susceptible de ser transformada y reconfigurada (Rohden, 2025, p. 270).

Por otro lado, en lo que respecta al impacto de la democratización de los procesos de producción de conocimiento en la subjetivación de los ‘pacientes’, o en nuestro caso ‘usuario/os’, las personas mejoran sus experiencias y aprenden a vincular la experiencia individual y las relaciones sociales, con los datos biomédicos y las tecnologías disponibles en una relación dinámica. Dicho discurso combina lo biológico y lo social para producir biosociabilidad. La identidad individual y la del colectivo, de la que el sujeto pasa a ser un miembro, se configuran simultánea y mutuamente. En esta línea, Rose (2012) retoma la propuesta y sostiene que la política de la vida actual se ocupa de nuestra capacidad de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales. Son políticas posibles a partir de la construcción de una ‘ciudadanía biológica’ (Rose y Novas, 2004), una ciudadanía supranacional vinculada con los desarrollos de la genómica, la biomedicina y la biotecnología.

En el marco de estas propuestas, las TRHA son ‘tecnologías de optimización’ que suponen mucho más que la destreza y el conocimiento de los profesionales, son tecnologías que modelan la forma en que pensamos la reproducción, las rutinas y rituales, técnicas de examen, prácticas, etc. Estas biotecnologías son ‘ensambles híbridos orientados al objetivo de la optimización, ‘tecnologías de la vida’ (Rose, 2012) con una característica fundamental: la visión de futuro, por lo que podrían interpretarse como ‘tecnologías de la esperanza’, resultado de una histórica educación-disputa y negociación de actores y colectivos. En este sentido, con las TRHA la biología ya no es un ‘destino’ sino más bien un punto de partida del cual se pueden construir y diseñar con nuevas expectativas la vida misma.

Este artículo surge de experiencias etnográficas llevadas a cabo en el seno de un equipo de investigación conformado a lo largo de más de una década. La primera durante los años 2009-2013 centrada en un estudio etnográfico en el campo de la embriología humana, en laboratorios de reproducción asistida de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. De esta resultó una tesis doctoral y un libro en los que se exploran la producción de embriones, a partir del análisis de la construcción de los saberes profesionales, rutinas de intervenciones biomédicas y prácticas de los sujetos, resistencias y significaciones del cuerpo.

La segunda investigación se llevó adelante en el periodo 2019-2023, también en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, región donde se encuentran las principales clínicas de reproducción asistida del país. En esta oportunidad participaron profesionales de la salud reproductiva (médicos, psicólogos y abogados) y parejas homoparentales (hombres cis de entre 35 y 55 años que viven en Buenos Aires, profesionales de clase media, de más de 5 años en pareja.). El resultado de esta investigación fue presentado en una tesis de Maestría en donde se da cuenta de las formas en que los

usuarios experimentan y resignifican los sentidos de las parentalidades, a partir de los procesos de apropiación de concepciones y discursos sobre el deseo, la familia, la reproducción, las sexualidades, la filiación, lo biológico y las identidades en el marco de a gestación por sustitución (GS).

La tercera experiencia etnográfica corresponde a una investigación en curso en una clínica de reproducción asistida de CABA en donde se observa y entrevista a profesionales (psicólogos y médicos) y a parejas heterosexuales receptoras de ovodonación. Esta investigación en proceso analiza los procedimientos de la ovodonación en parejas heterosexuales usuarias de este tratamiento. Se busca comprender cómo los diferentes actores involucrados experimentan y resignifican sus prácticas en relación con el parentesco, la identidad y la noción de altruismo asociada a la donación.

En el presente trabajo retomamos aspectos de estas investigaciones. Hasta el momento se llevaron adelante 54 entrevistas abiertas en profundidad a partir la técnica ‘bola de nieve’. Todas se realizaron respetando la confidencialidad de lo relatado por los entrevistados y protegiendo sus identidades, con previo consentimiento.

El abordaje seleccionado abre a la reconstrucción de prácticas y sentidos en disputa a partir del análisis de experiencias y de la reconstrucción de trayectorias de vida. El corpus empírico sobre el que trabajamos en este artículo en particular abarca una diversidad de actores: médicos, embriólogos, psicólogos, abogados, parejas heterosexuales receptoras de ovodonación y parejas de varones cis homosexuales que han realizado GS.

Sobre la base de estas consideraciones teóricas y metodológicas, el artículo se organiza del siguiente modo. En el siguiente apartado se expone de manera sintética el marco normativo de las TRHA en Argentina, enfatizando el lugar de la voluntad procreacional y las particularidades de la gestación por sustitución. A continuación, se analizan las estrategias mediante las cuales los y las profesionales movilizan, jerarquizan u opacan diferentes categorías biomédicas en función de las trayectorias reproductivas y de los procedimientos involucrados. Seguido a ello, se examina cómo los y las usuarios/as se apropian, negocian y resignifican esas categorías para construir y legitimar sus vínculos de parentesco y sus proyectos de parentalidad. Finalmente, se presentan las reflexiones finales, donde se recuperan los principales hallazgos y se discuten sus implicancias para comprender las transformaciones contemporáneas del parentesco en el contexto de las TRHA.

Marco normativo de las trha en argentina

En Argentina, la Ley N.º 26.862 (2013) garantiza el acceso integral a las técnicas



de reproducción humana asistida (TRHA), estableciendo su cobertura por parte del sistema público de salud, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Posteriormente, el Código Civil y Comercial de la Nación incorporó las TRHA como una tercera fuente de filiación, junto con la filiación por naturaleza y la adopción, otorgando centralidad al principio de la voluntad procreacional. En este marco, el consentimiento previo, libre e informado constituye el fundamento jurídico del vínculo filial, con independencia del aporte genético de quienes intervienen en el tratamiento.

No obstante, la GS no cuenta con una regulación específica en el ordenamiento jurídico argentino. Si bien el anteproyecto de reforma del Código Civil y Comercial contemplaba esta práctica, su regulación fue excluida del texto finalmente aprobado. En consecuencia, su realización se desarrolla en un escenario de vacío normativo: no existe una prohibición expresa, pero tampoco una ley que establezca las condiciones para su implementación. En la práctica, los casos son resueltos mediante intervenciones judiciales que, con base en la voluntad procreacional y en principios constitucionales y convencionales, habilitan el reconocimiento de los vínculos filiatorios. De este modo, la ausencia de una regulación específica configura uno de los principales ejes de debate jurídico y bioético en torno a esta práctica.

Los múltiples sentidos de la vida

Nosotros nos tenemos que asegurar que no haya riesgos (...)
¿Qué sería un riesgo? que sienta que está donando un hijo...
si siente que está donando un hijo las rechazamos porque
puede hacerle mal.
(Psicólogo especialista en Reproducción Asistida)

La metáfora troncal del cuerpo como máquina, junto a una concepción de la naturaleza como materia prima maleable, productora de riqueza y perfectible, autorizan estas prácticas en las que subyace la noción del cuerpo como ‘suma orgánica’ de fragmentos ensamblados. De allí que Haraway (1995) entienda que la biología contemporánea ha sufrido una transformación de ciencia de organismos sexuales a ciencia de ensamblajes genéticos.

A lo largo de varias producciones (Roca, 2010; Ayala y Roca, 2024; Ayala, et al., 2022) hemos destacado que un interrogante latente en las prácticas de las tecnologías reproductivas es: ¿quién diseña las TRHA? Desde nuestros respectivos campos podemos argumentar que los profesionales enfatizan u omiten cuidadosamente cierta información, pero, asimismo, la jurisdicción de cierta información o conjunto

de decisiones es difusa. Más bien, la información circula en una frontera dinámica y negociada en donde los pacientes-clientes-usuarios exigen, demandan y tienen iniciativas propias.

En estas líneas intentaremos desafiar cualquier distinción a priori entre usuarios/as y tecnologías enfatizando las múltiples formas en que las identidades de la/os usuaria/os se articulan, realizan y transforman durante el desarrollo y uso de las tecnologías. A su vez, estas identidades se materializan en el diseño de artefactos, de discursos biomédicos y políticos.

En trabajos anteriores (Ayala y Roca, 2024; Ayala y Caruso, 2025) hemos identificado como en la demanda de procedimientos reproductivos, los usuarios y usuarias se involucran en las dinámicas de la biomedicina que opera en la prescripción de tratamientos y tecnologías, prácticas de cuidado y disciplina corporal, modelando pacientes activos y responsables, como lo expresaba un embriólogo: “hay bastante presión de los pacientes... quieren lo último (...) estos pacientes ‘no toleran frustraciones’, ‘reclaman’ certezas y exigen disponer de lo ‘último’ incluso ‘por capricho’”. En la mirada de los profesionales, las pacientes demandan, presionan y muchas veces ‘ganan’:

Nosotros tuvimos un caso de una señora que vino a buscar el semen de su marido fallecido y no se lo dimos... Si no viene con una orden judicial, nosotros no se lo podemos dar... ¡Entonces... vino con una orden judicial... y se lo dimos! (risas) (E., embriólogo en Roca, 2010).

Estas interacciones desde el punto de vista de los profesionales refuerzan la idea de las “pacientes-impacientes” que describía Price, en uno de los primeros estudios antropológicos en el Reino Unido (1999). En nuestra investigación se adicionan otras dimensiones observadas, gran parte de la/os pacientes/usuaria/os de nuestros estudios, suelen contar con abundantes recursos cognitivos, económicos, legales y simbólicos que les prestan autonomía para disputar decisiones, en tanto, los profesionales parecen aceptar el rol de ‘prestatarios’, ‘mediadores’ de tecnología y de ‘administradores’ de materiales biológicos ajenos. Se trata de ‘usuaria/os’ que consumen la información y la tecnología disponible, bajo un criterio de ‘instrumentalismo fundacional’ (Franklin, 2003, 2006), resulta así más comprensible entender la dinámica de las interacciones entre médicos, embriólogos y ‘pacientes’, como un terreno de negociaciones, en donde los últimos participan activamente de estos ‘imperativos tecnológicos’ (Koenig, 1988) que promueven la corrección o reescritura de la ‘naturaleza’ (Rabinow, 1992). A la vez toman iniciativas, incluso desafiando el control de los

profesionales, que son quienes, a veces, ‘resisten’ las presiones:

Digamos... todo, todo lo que se puede hacer... no significa que sea posible o que uno... deba acceder a lo que exige un paciente. (...) Entonces... introducir una práctica médica porque es factible de hacer... o sea... se puede hacer, pero yo no estoy de acuerdo. (O., médico.)

P: “(...) y yo vine acá porque me lo quiero hacer! ¡y a mí que me importa! Entonces no es tan fácil, digamos (...) la paciente insiste, digamos, ¡es como que yo voy a ... no sé ... a un odontólogo y le digo ‘quiero hacerme un implante’ y me dice ‘no usted tiene poco hueso’ y le digo ‘bueno hágamelo igual!’ que se yo? (...) nosotros le informamos bien que no tiene mejores resultados, sólo que es informativo digamos... pero ...

A: ¿Pero?

P: ¡Pero igual lo hacen! (risas) (E., embriólogo.) (en Roca, 2010).

Los senderos que se bifurcan

La bifurcación implica el despliegue de información, categorías y discursos científicos diferentes ante distintas instancias de los procedimientos. Nuestro campo se nutre de sujetos y experiencias variadas, donde la condición socioeconómica y de género de la/os usuaria/os condiciona la forma en la que se vinculan con las TRHA. Dentro de este abanico, muchas de las parejas heterosexuales han relatado haber accedido a los tratamientos luego de años de búsqueda de un embarazo ‘natural’, primero sin mediación tecnológica y luego con una gran cantidad de intervenciones reproductivas de baja y alta complejidad. En tanto a las parejas conformadas por personas del mismo sexo, específicamente varones cis, la práctica denominada ‘gestación por sustitución’ (GS) es su primera y ‘única’ opción para tener descendencia genéticamente vinculada. Ahora bien, para las usuarias y usuarios con los que hemos trabajado, el acceso a estas tecnologías está muchas veces condicionado por factores económicos, de acceso de derechos y de condiciones fisiológicas. Durante todo el lapso previo a los tratamientos, la asesoría de profesionales del ámbito de la fertilidad y la asistencia a grupos de personas en la misma situación fueron guías fundamentales en el recorrido de los usuarios.

En los casos de los sujetos con los que hemos trabajado, la incapacidad reproductiva -ya sea por cuestiones de orientación sexual o problemas de fertilidad- parten



de evocar creencias en torno a la familia, el deseo y el derecho, lo que se materializa debido a la movilización de diferentes conocimientos, procedimientos y prácticas tecnológicas que son producto de procesos de biociudadanía, es decir de la agrupación con pares a fin de demandar reconocimiento y cobertura de cuestiones médicas, y en nuestros caso a las TRHA (Ayala y Roca, 2024). La incapacidad reproductiva, en los casos de los usuarios y usuarias con quien trabajamos, configura las experiencias de las personas que lo atraviesan porque existe la tecnología y los conocimientos de las prácticas de reproducción asistida. Es decir que, en la producción de identidades políticas se entremezclan los espacios, el cuerpo, los artefactos, la memoria y la narrativa.

Ahora bien, una vez que llegan a las clínicas los caminos de estos grupos se bifurcan, no solo por las técnicas que cada uno requerirá para llevar adelante su proyecto parental, sino porque el tratamiento de la información desde y con los profesionales será diferencial, como así también sus decisiones y elecciones respecto de la diversidad de actores intervinientes.

En el caso de las parejas heterosexuales, la imposibilidad de concretar un embarazo les marcó un camino cargado de tratamientos e intervenciones de forma progresiva y como parte de un sendero abundantemente descrito y cargado de tensiones. El sufrimiento, el agobio y la frustración son dimensiones con las que conviven los profesionales de la especialidad: “esta es gente que vive estresada, vive angustiada, vive ansiosa” (C, embrióloga). Mucha/os médicos/as reconocen que estas circunstancias, imprimen una dosis de contención extra en la atención, como lo expresa el director de un centro:

La situación de no logro de embarazo, es complicada, para una mujer... para una pareja, para todo lo que los rodea... y uno tiene que estar atento a eso (...) Sí, creo que es muy complejo el tema de la maternidad como modelo de sociedad (en Ayala y Caruso, 2025).

Cuando se recurre a la práctica de la ovodonación entre parejas heterosexuales, esta “última chance” u opción entraña varias complejidades en diferentes aspectos. En un sentido técnico, para la donante requiere de una intensa estimulación ovárica, de la extracción de ovocitos para su inseminación, de su criopreservación o inseminación ‘fresca’ mediante Fertilización In Vitro y, finalmente de la preservación del embrión hasta que llegue a la etapa de blastocisto. En esta instancia estará listo para ser transferido al cuerpo de la persona que lo gestará.

Por otro lado, la complejidad de esta práctica se debe a la convergencia de

sujetos dispuestos a atravesar todo el procedimiento: en este caso una pareja heterosexual que se encuentre en la búsqueda de un hijo/a por vías fisiológicas, no genéticas e intervenidas tecnológicamente y, por otro lado, una donante en condiciones de seguir todas las etapas necesarias del procedimiento.

La/os profesionales entrevistados señalan que informar a una pareja heterosexual acerca de la necesidad de recurrir a óvulos donados para proseguir, no es una tarea sencilla. Estas parejas han recurrido a una multiplicidad de intentos ‘naturales’- o sin intermediación tecnológica- como a múltiples intentos a través de intervenciones reproductivas -de alta y baja complejidad- y variedad de estudios para poder diagnosticar los motivos de la infertilidad.

Este camino es largo y “en el mundo de la medicina reproductiva, el tiempo es tirano”. La cantidad y calidad de los óvulos disminuye a partir de los 35 años y con ello las chances de embarazo. Por lo tanto, la búsqueda de una descendencia con vinculación genética con esas ‘madres’ se transforman, y en ese ‘deseo’ truncado tramitado en ‘duelo’; los profesionales, en ocasiones, seleccionan los ‘modos’ de utilización de ciertas categorías para informar a las usuarias:

Lo nuestro no es matemática, sino biología, así que no nos manejamos con absolutos sino con estadística (...)Yo no le digo ovodonación como si nada, también les digo que lo que tiene de bueno la ovodonación es que no apura, así que tiene tiempo para procesarlo y aceptarlo... otro recurso es recordar que los seres humanos compartimos entre todos el 99% de los genes y que la particularidad que aportan los progenitores es solamente del 1% (Médica especialista en Reproducción Asistida en Ayala y Caruso, 2025)

La realidad es que cuando hay que recurrir a la donación tengo que ser algo cauteloso sobre lo que digo... porque hay una cuestión ahí con... con un ‘duelo’ que hacen las parejas, no es fácil decirles... sobre todo a las mujeres... sabes que hablar de ‘ovodonación’ es más complejo, aunque resalto que ella (la receptora) va a llevar al bebé en su vientre (Psicólogo especialista en Reproducción Asistida en Ayala y Caruso, 2025)

Apelar a ciertas estrategias para mencionar la necesidad de ‘donación’ de óvulos implica reconocer cierta sensibilidad, principalmente en parejas heterosexuales, para considerar que alguno de los miembros no tendrá un ‘vínculo genético’ con el futuro bebé. La antropología clásica entendió el sistema de parentesco como la ar-



ticulación entre lazos de sangre y lazos sociales develando, en el estudio de las sociedades no occidentales, la diversidad y complejidad de la construcción social del parentesco como central en la producción de significados poderosos respecto de la persona, las formas de ordenamiento social y natural, la sangre, la herencia, la identidad y la filiación. La materia prima del orden social eran los ‘hechos’ naturales (la ‘tradicional’ relación sexual y concepción) traducidos al lenguaje flexible de las normas y obligaciones culturales, exhibiendo formas y posibilidades diversas en el establecimiento de los sistemas de parentesco.

Con las TRHA, al introducir material genético de terceros ajenos al proyecto de paternidad, la construcción material del embrión implica una serie de fragmentaciones y desplazamientos de sentidos entre los sujetos involucrados quienes procesan, negocian y resignifican qué es la maternidad y qué es la paternidad, así como también los sentidos y significados en torno a los ‘hechos’ naturales de la reproducción. La pluralidad de actores que involucran estos procesos muestra que, dependiendo de a quién se dirigen o qué tipo de ‘lazo’ se pondere, los discursos, estrategias y categorías científicas utilizadas por la/os profesionales varían diferencialmente para apagar o aminorar la centralidad de la herencia genética. La siguiente cita revela ciertas estrategias argumentativas de un profesional hacia parejas heterosexuales que recurren a la ovodonación y se enfrentan a la ‘paradoja del vínculo genético’. De acuerdo a su testimonio, lo primordial para llevar adelante el tratamiento es “sacar a la mujer del síndrome de la incubadora” a través de la mención de la epigenética:

Con las mujeres hablamos un montón de epigenética, es una manera de sacarlas del complejo de la incubadora... una vez una mujer me dijo que en esta historia era solamente la incubadora (...) le dedico unos 40 minutos fáciles a hablar de epigenética... les produce un alivio... porque les ayuda a apropiarse de ese bebe... una idea de trabajo central para mi es que el linaje familiar no se corta porque no está en la genética, sino en el alma (...) me gusta “alma” porque deja entrar lo misterioso pero también diría “lo psicológico”... lo familiar está en lo psicológico... nosotros compartimos 99% de genes... la identidad familiar no está en lo genético, sino en lo psicológico y de eso no pierden nada (psicólogo especialista en Reproducción Asistida en Ayala y Caruso, 2025)

El recurso mencionado en este fragmento tiene la intención de que la usuaria



‘crea’ o ‘confíe’ en un vínculo biológico con un bebé que no tendrá su material genético, pero que se desarrollará en su cuerpo, en su útero, lo que, desde la perspectiva de la epigenética, nutren esa gestación y le imprime características únicas que los ‘unen’ indefectiblemente, otorgándole estatus científico y por lo tanto ‘verdadero’. Asimismo, se busca minimizar ‘el gen’ ponderando este lazo fisiológico contribuyendo al lazo social y psicológico, es decir que la inexistencia del vínculo genético no sea una frontera: “la identidad familiar no está en lo genético”. En palabras de una usuaria:

La epigenética es... el bebé está en tu cuerpo los 9 meses y el bebé toma tu sangresi vos ves a mi hija... las características en tema de salud son igual a mi marido y las características físicas es igual a mí... si yo te muestro una foto a los tres años míos somos iguales... entonces la epigenética tiene que ver con eso, que el bebé toma tu sangre de tu panza es tu bebé, no hay una cosa de que no se parezca (Fragmento de Entrevista con J, madre por ovodonación)

La entrevistada entiende la epigenética como un concepto que refiere a la conexión de sangre que se establece con su hija por llevarla en su vientre durante 9 meses, es una reapropiación de un conocimiento científico-tecnológico en la construcción de su maternidad. De acuerdo a las palabras de una de las médicas entrevistadas la epigenética es:

La capacidad del cuerpo gestante de ‘imprimirle’ características al embrión: los seres humanos tenemos genes ‘silenciados’ y ‘prendidos’... esta marca de prendido/apagado se produce en el útero, de manera que cada útero imprime ciertas particularidades en lo que respecta a estas marcas epigenéticas., es decir, el cuerpo gestante es el que le imprime estas características únicas al embrión.

Como hemos planteado en otros trabajos, la/os profesionales tienen un claro reconocimiento de la forma en que los comportamientos erráticos, ansiosos, demandantes o caprichosos de la/os pacientes pueden interferir en las rutinas; de tal forma, los centros producen dispositivos -como la entrega instructivos con ‘toda la información que necesitan’, charlas, talleres, asistencia psicológica y/o counseling. Cada uno de estos dispositivos opera en el sentido de mantener la confianza, la ‘obediencia’, controlar la incertidumbre y la ansiedad de los pacientes (Roca, 2010; Ayala y Roca,

2023; Ayala y Caruso, 2025).

El próximo sendero que examinamos se refiere a las parejas conformadas por varones, que recurren a la combinación de procedimientos FIV y GS, donde las trayectorias y las experiencias de los usuarios difieren sustantivamente de los casos anteriores. En este sendero, la perspectiva de la ‘epigenética’ se encuentra ausente y/o minimizada expresamente por los profesionales, la idea de la “incubadora” no precisa neutralizarse. El lazo fisiológico de la gestación se apaga significativamente, en tanto se enfatiza el control exhaustivo sobre la candidata y el protagonismo del lazo genético. De tal forma la epigenética es desplazada junto con todos los potenciales ‘vínculos’ entre la persona gestante y el embrión, quien, al no ser donante de óvulos, ‘no tiene conexión genética’ con el bebé. Las formas persuasivas son explícitas, tal como lo manifiesta uno de los profesionales entrevistados:

Nosotros a la gestante le hacemos una serie de exámenes, tanto psicológicos, laboratorios, genético, un montón de estudios, para ver que la gestante esté apta para llevar a cabo este procedimiento... una vez que pasó por la prueba psicológica y los estudios, nosotros lo presentamos a los comitentes y se les guía... y obviamente el tratamiento porque alguno de ellos va a aportar su gameto, y tienen que buscar una donante de óvulo que fenotípicamente se parezca a alguno de ellos, el que no esté aportando la genética... porque se hace un *matching*, fenotípicamente y genotípicamente para reducir los riesgos al máximo que el bebé nazca con un tipo de enfermedad, y obviamente fenotípicamente la parte física de la persona que no esté aportando su genética (...) la mujer gestante aporta solo su cuerpo, como una incubadora... si lo va a cuidar durante todo el proceso pero en bebé no tendrá una conexión genética con ella... vale aclarar que si o si se tiene por cesárea (G. médico especialista en Reproducción Asistida)

Como puede observarse, una de las principales tensiones que introducen las TRHA radica en que los distintos fundamentos sobre los cuales se construyen los vínculos de parentesco -genéticos, gestacionales, fisiológicos y jurídicos- no poseen un valor fijo ni uniforme, sino que adquieren distinta centralidad según las trayectorias reproductivas, el tipo de imposibilidad para la concepción y las alternativas tecnológicas disponibles. Más que constituir categorías excluyentes, estos fundamentos se



articulan de manera dinámica y relacional. En muchos casos, el vínculo biogenético ocupa inicialmente un lugar privilegiado; sin embargo, cuando éste no puede sostenerse, adquieren progresivamente mayor relevancia la experiencia gestacional y fisiológica y, posteriormente, el reconocimiento jurídico sustentado en la voluntad procreacional.

Esta plasticidad de la relevancia de los sentidos asignados a las distintas instancias de los procedimientos exhibe un nutrido abanico de posibilidades, que intervienen en la definición que los sujetos construyen respecto de esos vínculos. En este sentido, la existencia o la ausencia del lazo genético resulta paradójico, porque es a la vez significado como una poderosa conexión entre las personas o como irrelevante y universal: reúne individuos, crea vínculos y preserva fronteras sociales. Es posible decir, tal como lo sostiene Nara Milanich (2023) que la paternidad o maternidad se ‘hace’ a partir de la intención, del compromiso emocional y hasta económico. Según esta autora la biología es condición necesaria pero insuficiente ya que lo que “persiste es la lógica de lo social”. En este caso entendemos como la filiación resulta de una particular elaboración de lazos genéticos, fisiológicos o sociales que se priorizan de acuerdo a las circunstancias y los sentidos que ponen en juego los sujetos, tanto los profesionales como la/os usuaria/os.

En el siguiente apartado, nos centraremos en cómo las y los usuarios se apropian de la información o de ciertas denominaciones que los profesionales médicos utilizan discrecionalmente y cómo las mismas son adaptadas a sus propias necesidades y valores, tensionando y resignificando acorde a sus elecciones durante el tratamiento.

Resignificar lazos, construir parentesco

Haraway (1995), sostuvo que con las nuevas tecnologías aplicadas a la reproducción la biología ya no es destino, en tanto ha permitido abandonar la idea de la naturaleza como *factum* y disponer de repertorios de ensambles y elecciones que abren nuevas posibilidades y autonomías.

El campo explorado nos muestra que, si bien estos avances posibilitan un repertorio creativo de posibilidades para la reproducción, para muchos de los actores intervinientes es preciso a su vez crear y denominar social y legalmente esos vínculos. En este sentido, la ‘decisión’ legal sobre la definición de paternidad y maternidad no es certera ni unívoca, al punto que la ‘verdad’ producida en el laboratorio no alcanza a estabilizar un sentido político único y definitivo (Roca, 2010; Ayala y Roca, 2024; Ayala, et.al., 2022). Una dimensión problemática se refiere a la propiedad de los biofragmentos que gestionan las clínicas y los bancos de semen y óvulos.



Desde la perspectiva de los centros de reproducción asistida, es preciso estabilizar la certeza acerca de la propiedad de gametos y embriones, esto se plantea especialmente para la definición de los fragmentos que proveen las/os donantes. Si la noción de propiedad de los fragmentos se basará exclusivamente en la identidad genética las/os donantes podrían esgrimir ‘derechos inalienables’ sobre sus muestras, e introducir al mismo tiempo, una difícil encrucijada en la definición de los lazos de parentesco del futuro niño. Partiendo de esta misma lógica, los centros establecen un criterio diferencial entre ‘pacientes’ usuarios/as en tanto propietarios -receptores- prestatarios del servicio y ‘donantes’ o proveedores voluntarios de fragmentos, quienes bajo ninguna circunstancia pueden identificarse como ‘dueños’ de su material, debiendo renunciar expresamente a esgrimir cualquier tipo de vínculo futuro. La principal estrategia que preserva este régimen de propiedad diferencial de los gametos es el control -disputado- de la ‘mediación’ y la ‘confidencialidad’ del centro en esta circulación de biofragmentos (Roca, 2010; Ayala y Caruso, 2025)

En el desarrollo precedente hemos identificado como los profesionales de las clínicas mencionan u omiten ciertas categorías para ‘recrear’ u ‘anular’ los vínculos entre los ‘propietarios’ de los biofragmentos y el futuro bebe. Sin embargo, dichas categorías no son apropiadas de manera lineal por quienes recurren a las TRHA. Por el contrario, los usuarios las reinterpretan y resignifican a partir de sus propias experiencias, expectativas y proyectos de parentalidad, produciendo nuevas formas de comprender los vínculos de parentesco. Desde la perspectiva de los sujetos usuarios/as, hemos registrado que una de las estrategias que llevan adelante para generar vínculos de parentesco - o no- con los biofragmentos o personas donantes, es asignarles una ‘historia’ a un ‘fragmento corporal’ es reinscribir esos biofragmentos en una trama de relaciones personales, familiares y afectivas, restituyéndoles una historia, una intencionalidad y una identidad. Es decir, que resignifican lo que en la dimensión legal y científico-médica es un producto o un fragmento, y recuperan a las ‘personas’ -mujeres donantes y gestantes-, sus motivaciones, ideales, aspectos de sus biografías que son resaltadas en sus elecciones y en la construcción del parentesco.

En este sentido, mientras que las categorías expertas tienden a presentar a las personas donantes y gestantes a partir de las funciones que desempeñan dentro del procedimiento reproductivo, los usuarios reconstruyen sus trayectorias, imaginan sus motivaciones y las incorporan a la narrativa sobre el origen de sus hijos e hijas. De este modo, los biofragmentos dejan de ser concebidos exclusivamente como material biológico para adquirir un espesor social, afectivo y biográfico que resulta central en la construcción de los vínculos familiares.

Ahora bien, esta apropiación de categorías científicas no implica un rechazo

de los conocimientos biomédicos, sino un proceso de traducción y resignificación. Nociones como genética, donación, gestación o voluntad procreacional son reinterpretadas a la luz de las experiencias personales y articuladas con valores, afectos y proyectos familiares. Así, las clasificaciones biomédicas adquieren nuevos sentidos cuando son incorporadas por los actores, quienes producen categorías relacionales que les permiten explicar el origen de sus hijos, otorgar un lugar a las personas donantes y gestantes y construir formas de parentesco que exceden las definiciones estrictamente biológicas o jurídicas.

El campo nos ha mostrado que, si bien el acuerdo de donación de gametos niega explícitamente la relación social y jurídica de paternidad o maternidad, en muchas de las compañías que apuntan a parejas homoparentales se alienta la interacción entre donantes y receptores. En el caso de las parejas de varones con las que hemos trabajado, que llevan adelante la GS, vemos que para los usuarios es significativo recrear algún tipo de lazo con la mujer gestante. Los usuarios resignifican las nociones de reproducción, maternidad y filiación, y en esa negociación de sentidos le atribuyen a la mujer gestante alguna posición en la estructura de parentesco, que se traduciría al rol de/categoría de ‘una madrina’, ‘una tía’ (Ayala y Caruso, 2025; Ayala, 2023).

La mujer que gestó a mi hija, automáticamente pasa a ser parte de mi familia, no la podría concebir como meramente un instrumento de tener un hijo, es imposible, es un ser humano... es la madre de alguien, es la hija de alguien, creamos una amistad, un cariño, dónde compartimos los primeros latidos de mi hija, sus primeros movimientos los compartimos con ella, nos emocionamos juntos, están haciendo las ecografías, nos agarramos las manos en el parto porque este era de a tres, no era mi marido y yo y suerte, dormimos juntos en la habitación en la clínica, esas dos noches que la bebé... la mujer se queda para los chequeos médicos, dormimos juntos, porque éramos tres... entonces, me parece que es muy difícil considerando desde mi punto de vista pensar que no es parte de nuestra familia, es una tía quizás que vemos de vez en cuando pero familia al fin (F., usuario de GS).

Después que nació elegimos que ella sea la *madrina*, así va a estar presente el tiempo que ella quiera (M., usuario de GS).

Hemos denominado ‘lazo fisiológico’ (Roca, 2010) al que designa el vínculo ‘natural’ pero no genético, que establece la mujer que lleva el embarazo de un em-



brión producido con material ajeno; diferenciándose del ‘lazo biológico’, en los casos que la mujer que gesta es también quien aporta gametos, o el ‘lazo legal’, el reconocido socialmente como legítimo bajo el principio de la voluntad. Este tercer ‘lazo’, es un vínculo para el cual no existe una categorización estabilizada, tanto usuarios como mujeres gestantes lo tramitan como pueden. Esto implica una forma de relación y denominación no estipulada y que no se define ‘temporalmente’ ya que involucra mucho más que un contrato entre partes, su definición o clasificación involucra aspectos individuales y afectivos.

Asimismo, la noción de lo ‘genético’ que los profesionales opacan diferencialmente cuando se dirigen a las donantes o mujeres receptoras, en el caso de los usuarios varones de GS toma una significación liminal, en donde se activa o desactiva ocasionalmente. Los relatos de los usuarios muestran que lo ‘genético’ está presente con bastante frecuencia en formas complejas y controvertidas, y que la participación de un mayor número de cuerpos y biofragmentos en los procesos ha estimulado la redefinición del parentesco en términos de sustancias genéticas, las cuales son entendidas como referencias simbólicas de la dimensión natural del parentesco.

Mientras tanto el lazo genético retorna con protagonismo entre estos padres que dan varias explicaciones para la elección de quién será el ‘padre biológico’: el deseo personal -primando el de uno de los miembros de la pareja-, la voluntad de continuar un linaje familiar o simplemente el azar. Resaltamos que el ‘azar’ es determinado por el saber experto, son los médicos quienes comunican a los usuarios acerca de los embriones ‘más aptos’ y a que padre donante corresponde. Como así también el sexo de estos embriones, pudiendo los usuarios decidir entre las variables ‘sexo del embrion’, ‘embrion más apto’, ‘embrion de donante X’.

Pasamos por tres o cuatro elecciones que no pudimos concretar nada, pasó mucho tiempo entonces en definitiva ellos nos recomendaron una donante que ya había trabajado mucho tiempo (...) y la decisión de nosotros que cómo la elegimos fue... no lo elegimos, o sea fue mediante médicos, mediante estudios médicos y había más probabilidades de... tenía más chances y más probabilidades de que el tratamiento sea exitoso usando gametos de X...entonces bueno nos recomendaban que fuera así (L., usuario de GS).

Uno de los padres especificó:

La donante no la conocemos, no podemos saber quién es, sí la clínica buscó a alguien de acuerdo a la pareja, de acuerdo a nosotros como pareja, busca a alguien para que done el óvulo, es decir, no van a poner un óvulo de una chica oriental por cómo es nuestra pareja, digamos (...) nos preguntaron, como



Leo tiene ojos verdes, si queríamos que la donante tuviera ojos verdes, nosotros dijimos, no es condición, si está tal, sino no (M, usuario de GS).

Los y las entrevistadas nos muestran que el procedimiento está atravesado por una serie de elecciones y negociaciones en la construcción de parentalidades que toman como punto de partida la idea de compartir ‘genes’ o una sustancia con su bebé. Ahora bien, cuando esta posibilidad está vedada, ya sea porque intervienen cuerpos de terceros o gametos donados, los usuarios/as recurren a narrativas vinculadas a sus propias biografías para justificar sus decisiones y elecciones, o retoman y resignifican nociones o categorías biomédicas que les permiten ‘legitimar’ sus vínculos con el/la bebe.

Reflexiones finales

Hemos mencionado que el acceso a las TRHA para muchas parejas heterosexuales, es resultado de un largo camino, marcado por múltiples intentos de embarazos no logrados y deseos de mater/paternidad frustrados. En el caso de parejas homoparentales, se ve condicionado por una inequidad en el acceso. En ambos casos, la incapacidad reproductiva -ya sea por cuestiones de orientación sexual o problemas de fertilidad- parten de evocar las creencias que estas tecnologías invocan (deseo, familia, derechos) y se materializa debido a la movilización de diferentes conocimientos, procedimientos y prácticas tecnológicas que son producto de procesos de bio-ciudadanía.

En el presente trabajo hemos partido desde las herramientas de los ESCyT y de la antropología para analizar el tratamiento diferencial de la información oficial respecto a las TRHA, observando el doble mecanismo que llevan adelante los profesionales que buscan restarle o sumarle importancia a la herencia genética, dependiendo de los pacientes/usuarios/as a los que se dirigen o de los cuerpos involucrados. Asimismo, hemos recuperado los modos en que las parejas de usuarios/as (heterosexuales y homosexuales) refuerzan algunas de estas categorías utilizadas por los especialistas en la construcción del parentesco, dependiendo del tipo de relación que intenten construir u opacar con el/la bebé y los/as terceros/as intervinientes en el proceso reproductivo.

Para ello, recuperamos prácticas y estrategias discursivas atendiendo a los múltiples actores y factores involucrados en las TRHA que son coproductores en estas formas de reproducción humana asistida. Es decir que resultan de un ensamble dinámico de aspectos técnicos, científicos, de parentesco, de género, emocionales,



legales, políticos y económicos en contextos específicos.

Como lo ha expresado el abanico de informantes a lo largo de estas páginas, la utilización de ciertas categoría o información médica se presenta de forma discrecional, dependiendo de los pacientes/usuarios a quienes se le brinden y del tipo de lazo que se intente construir. En ese camino, se ha mostrado cómo a pesar de los intentos que hacen los sujetos para restarle o sumarle importancia a las conexiones biológicas, opacando a los/las terceros intervinientes (donantes o gestantes), la continuidad genética o de ‘sangre’ es un recurso importante en la formación de sus familias.

En el caso de las familias heterosexuales, receptoras de óvulos, los profesionales entrevistados dieron muestras de sus estrategias para sugerir esta práctica a las parejas, lo que responde a la carga social y emocional que acompaña la relación genética o ‘de sangre’ en las parentalidades. Es así que, desde la clínica, los/as profesionales intentan ‘acompañar’ haciendo uso de herramientas del campo biomédico como información estadística, la epigenética y el acompañamiento psicológico. Sin embargo, en el caso de las parejas homoparentales, la epigenética es una noción ‘vedada’, se intenta desactivar una posible conexión entre la mujer gestante y el/la bebé.

Vemos así que para los/as profesionales y pacientes/usuarios/as ‘construir’ ciertas relaciones de parentesco frente a la ausencia de vínculo genético implica necesariamente desarticular otros tipos de relaciones genéticas. En este proceso, la clínica establece un trato diferente con mujeres donantes de óvulos y mujeres gestantes. De esta forma, se configura una “noción de propiedad asimétrica” (Ayala y Caruso, 2025), en la que la propiedad de los cuerpos y biofragmentos no se determina por criterios genéticos, sino por la existencia de compensaciones y por la relación social que se establece. Su objetivo es evitar futuros problemas legales tanto para las clínicas como para quienes serán madres y padres.

Consideramos que hemos analizado este modo diferencial en que los sujetos intervinientes, en los procedimientos de ovodonación y GS, construyen y resignifican el parentesco a partir de dimensionar la utilización y apropiación de cierta información ‘experta’.

En tanto intervención biopolítica en la constitución familiar, la mediación biotecnológica de la reproducción inscribe las nociones de lazos familiares y de la propia identidad en un circuito de elementos heterogéneos en el que se recombinan y negocian biofragmentos y artefactos que difumina las distinciones entre naturaleza y cultura. Al mismo tiempo, abren un campo de resignificación de las relaciones familiares que se articula con regímenes de intervención experta. En este proceso la “verdad biológica” se encuentra mediada por dispositivos expertos que exigen situar en primer plano de análisis las lógicas mediante las cuales estos regulan, construyen

y resignifican los marcadores que determinan la configuración de las filiaciones. Podríamos afirmar que hay una diferenciación intencionada de los expertos en la configuración de estos biomarcadores. Es así, que en ese juego de unir y separar permite a los sujetos negociar lazos, construir cercanía o distancia, configurando una forma de 'parentesco selectivo'. En consecuencia, el parentesco y los lazos que se construyen a partir de la incorporación de las TRHA son construidos por la gama de actores intervinientes, evidenciando la hibridez de los mismos.

Recibido 14/09/2025

Aprovado 22/07/2026

Referencias

- Ayala, E; Caruso Stefanini, M.; Izrael, E. y Roca, A. (2022) Parentalidades híbridas: circulación, apropiación y mercantilización de biomaterias primas. En: *Saúde e Sociedade. Publicación de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo*. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220077es>.
- Ayala, E. y Roca, A. (2023) Del azar a la planificación: La subrogación de vientres desde una perspectiva antropológica. En: *Las fronteras del campo Ciencia, Tecnología y Sociedad: reflexiones y casos de estudio*. Ediciones UTEM, Santiago de Chile. ISBN 978-956-9677-58-8.
- Ayala, E. (2023) Mujeres, tecnologías reproductivas y autonomía. Reflexiones feministas en el marco de la gestación por sustitución. En: Dossier temático Género, ciencia y poder: nuevas direcciones en los estudios feministas de ciencia y tecnología. *Revista Ucronías*. No 8 [julio-diciembre 2023] ISSN 2684-012X, p. 59-80 <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.10416782>
- Ayala, E. y Roca, A. (2024). Entre elecciones y decisiones. La genética en familias homoparentales por gestación por sustitución en Argentina. En: Dossier temático Homoparentalidade: desafios para a saúde coletiva. En: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Editada por: Associação Brasileira de Saúde Coletiva.



ISSN 1413-8123 v.29, n.4/ DOI: 10.1590/1413-81232024294.19122023

- Ayala, E. y Caruso Stefanini, M. (2025) Gameto no es maternidad: la ovodonación y los procesos de obtención de biofragmentos. En: *Políticas del conocimiento, naturaleza, salud, cuerpos e identidades*. EDUNPAZ, Editorial Universitaria, José C. Paz, ISBN: 978-987-8262-64-2.
- Almeling, R. (2011). *Sex cells: The medical market for eggs and sperm*. University of California Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2010). *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv125jk5c>
- Franklin, S. (2003). Re-thinking nature-culture: Anthropology and the new genetics. *Anthropological Theory*, 3(1), 65–85. <https://doi.org/10.1177/1463499603003001752>
- Franklin, S. (2006). The cyborg embryo: Our path to transbiology. *Theory, Culture & Society*, 23(7–8), 167–187. <https://doi.org/10.1177/0263276406069230>
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza*. Cátedra.
- Koenig, B. A. (1988). The technological imperative in medical practice: The social creation of a routine treatment. En M. Lock & D. Gordon (Eds.), *Biomedicine examined* (pp. 465–496). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-94-009-2725-4_18
- Mamo, L. (2010). Fertility, Inc.: Consumption and subjectification in U.S. lesbian reproductive practices. En A. E. Clarke, L. Mamo, J. R. Fosket, J. R. Fishman, & J. K. Shim (Eds.), *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S*. (pp. 173–196). Duke University Press.
- Milanich, N. (2023). *¿Quién es el padre? La pregunta por la identidad paterna a lo largo de la historia*. Siglo XXI Editores.

- Price, F. (1999). Beyond expectation: Clinical practices and clinical concern. En J. Edwards, S. Franklin, E. Hirsch, F. Price, & M. Strathern (Eds.), *Technologies of procreation: Kinship in the age of assisted conception* (2.^a ed.). Routledge.
- Ramírez-Gálvez, M. (2011). Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas? Adoção de crianças e uso de reprodução assistida. *Revista de Antropologia*, 54(1), 47–88.
<https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2011.38583>
- Rabinow, P. (1992). Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality. En J. Crary & S. Kwinter (Eds.), *Incorporations* (pp. 234–252). Zone Books.
- Rabinow, P. (1996). Science as practice: Ethos, logos, pathos. En P. Rabinow, *Essays on the anthropology of reason* (pp. 173–198). Princeton University Press.
- Rabinow, P. (1997). *Making PCR: A story of biotechnology*. University of Chicago Press.
- Rabinow, P. (1999). Cortando os laços. En *Antropologia da razão* (pp. 150–183). Relume Dumará.
- Roca, A. (2010). *Fragmentos, Fronteras y Cuerpos incógnitos: una mirada antropológica sobre la producción y criopreservación de vida en el laboratorio*. Tesis doctotal. Disponible en: <https://repositorio.filo.uba.ar/entities/publication/641d993f-d1a5-4cbf-842f-be239112a882>
- Rohden, F. (2025). Biotecnologías, escenarios de optimización y reinención corporal. En A. Roca & M. Lettieri (Eds.), *Políticas del conocimiento, naturaleza, salud, cuerpos e identidades* (pp. 269–286). EDUNPAZ.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPÉ: Editorial Universitaria.
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizenship. En A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439–463). Blackwell Publishing.



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

Strathern, M. (2005). *Kinship, law and the unexpected: Relatives are always a surprise*. Cambridge University Press.

Tober, D. M. (2001). Semen as gift, semen as goods: Reproductive workers and the market in altruism. *Body & Society*, 7(2–3), 137–160.

