



MATERNIDAD Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

UN ANÁLISIS, DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO, DE LOS CONFLICTOS Y EXPERIENCIAS
DE LAS MUJERES USUARIAS

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:
Ana Martí Gual

DIRECTORA:
Mercedes Alcañiz Moscardó

Castelló, febrero de 2011
Departament de Filosofia i Sociologia

Portada: Ana Martí



“Instrucciones para dar cuerda al reloj”

© Alba de la Asunción (2008)

<http://www.flickr.com/photos/aldasla/3081606343/in/pool-52239733174@N01/>.

Reproducida con autorización

Siglas y abreviaturas utilizadas:

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

DGP: Diagnóstico Genético Preimplantacional

ESRHE: European Society of Human Reproduction and Embryology

FINRRAGE: Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering

FIV: Fecundación In Vitro

IA: Inseminación Artificial

IAD: Inseminación Artificial [con semen de] Donante

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (Intracytoplasmic Sperm Injection)

NTR: Nuevas Tecnologías reproductivas

OVODON: Ovodonación

SEF: Sociedad Española de Fertilidad

SEF: Sociedad Española de Fertilidad

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

Agradecimientos	11
Prefacio	15
1. Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida	21
1.1. La delimitación del objeto	27
1.2. Estructura de la tesis	30
Primera parte. Las bases del enfoque y el planteamiento de la tesis	35
2. Ciencia, Tecnología y Sociedad	41
2.1. Tecnología y Sociedad	43
2.1.1. El estudio social de la tecnología.	43
2.1.2. Planteamientos y conceptos destacados de los estudios sociales de la tecnología europeos.	44
2.1.3. Planteamientos y conceptos destacados de la tradición americana.	49
2.2. Enfoques feministas sobre Tecnología y Sociedad.	53
2.2.1. La incorporación de la perspectiva de género.	54
2.2.2. La preocupación por la exclusión de las mujeres del campo científico y tecnológico. El feminismo liberal de segunda ola.	54
2.2.3. La crítica a la tecnociencia patriarcal. El carácter 'generizado' de la tecnología	56
2.2.4. Propuestas tecnofeministas	60
3. Enfoques y posiciones feministas sobre Técnicas de Reproducción Asistida	67
3.1. Las primeras reflexiones. Posiciones, temas y argumentos	69
3.1.1. La realización de ¿la revolución feminista?	69
3.1.2. La oposición a las nuevas tecnologías de reproducción.	72
3.1.2.1. La respuesta del feminismo cultural y del ecofeminismo	73
3.1.2.2. La(s) postura(s) de FINRRAGE	75
3.1.2.3. Principales temas y argumentos desarrollados desde posiciones críticas de oposición a las NTR.....	80
3.1.3. Posiciones y argumentos de defensa de las NTR	90

3.2. Permanencia temática y cambio de orientación en las reflexiones posteriores ...92

Segunda Parte. La configuración, desarrollo y aplicación de las Técnicas de Reproducción Asistida.....99

4. La medicalización como proceso central en la configuración y desarrollo de las Técnicas de Reproducción Asistida.....101

4.1. La medicalización de la vida y el consumo de servicios sanitarios 104

4.2. La medicalización de la concepción, un salto cualitativo en un proceso secular. 109

4.2.1. La medicalización de la reproducción 110

4.2.2. El salto cualitativo que comporta la medicalización de la concepción..... 116

4.3. La asimetría sexual inherente a las TRA. Una lectura en clave de género 120

4.4. Reducción al cuerpo, fragmentación del cuerpo, subjetividad y capacidad de acción de las mujeres 126

4.4.1. La 'metamorfosis' del cuerpo femenino 129

4.4.2. La orquestación de una coreografía ontológica 130

4.5. Las relaciones médico-paciente en las Técnicas de Reproducción Asistida. El variable estatus de la mujer objeto de tratamiento..... 135

5. La construcción del problema desde las instancias médicas. Las TRA como terapia para combatir la esterilidad141

5.1. El tratamiento de la esterilidad por parte de la medicina. 144

5.2. Las múltiples definiciones de una entidad resbaladiza. 147

5.2.1. Definiciones médicas. De la teoría a la clínica. Del organismo al calendario. 148

5.2.2. Las causas de la esterilidad y su papel en las tra..... 151

5.2.3. La edad como factor de riesgo. Del organismo a la sociedad; de la prevención al combate contra el tiempo. 154

5.3. El retraso en la edad de la maternidad. 157

5.3.1. Aproximación demográfica..... 157

5.3.2. Tendencias sociales y aumento de la demanda de TRA..... 162

5.4. La infertilidad: ¿enfermedad, problema de salud o contratiempo? 169

5.5. Prevalencia de la infertilidad 171

6. Las prácticas de reproducción asistida en España175

6.1. Una práctica en aumento. Una información imprecisa. 177

6.2. El registro de actividad de los centros 182

6.3. Principales resultados según los datos de los registros anuales de la SEF 184

6.3.1. Consideraciones metodológicas.	184
6.3.2. Datos de actividad y resultados de los centros.....	185
6.3.3. La edad de las mujeres usuarias de las TRA	201
6.3.3.1. La evolución de la composición por edad de la población de mujeres usuarias.....	201
6.3.3.2. Los resultados en función de la edad	207
6.3.4. Los cambios de orientación en las políticas de actuación de los centros. .	211
7. La construcción social de la maternidad	219
7.1. La reproducción, clave de la organización social y de la construcción de las relaciones de género	221
7.2. Maternidad e identidad femenina. De madres a mujeres	223
7.2.1. Algunas reflexiones feministas sobre maternidad e identidad femenina	225
7.2.2. Cambios sociales y referentes ‘normalizados’ de identidad femenina	234
7.2.3. La incidencia de los cambios en los modelos de familia. El papel jugado por las TRA.....	240
Tercera parte. Representaciones, actitudes, opniones y experiencias de las mujeres en relación con las Técnicas de Reproducción Asistida	245
8. Objetivos, hipótesis y metodología	247
8.1. Objetivos.....	249
8.2. Principales hipótesis.....	252
8.3. Metodología.....	254
8.3.1. La elección de la técnica de la entrevista abierta.	255
8.3.2. El diseño muestral y la realización de las entrevistas.....	258
9. La voluntad de tener hijos/as y su canalización hacia las TRA	261
9.1. La decisión de tener hijos/as. Inscripción de la maternidad en el curso-proyecto vital	265
9.1.1. “Si no puedo ser madre, pienso que no valgo para nada”. Discurso tradicionalista.....	266
9.1.1.1. Parámetros y articulaciones básicas	266
9.1.1.2. Motivaciones e imagen de las TRA vinculada a ellas.....	268
9.1.1.3. El eslabón ‘débil’ de la cadena. La emergencia del conflicto	270
9.1.2. “Parece que a veces lo haces más por los demás, por una familia, por unos suegros, por tus padres, pues lo típico ¿no?”. Discurso inercial-adaptativo	272
9.1.2.1. Parámetros y articulaciones básicas	272
9.1.2.2. Motivaciones e imagen de las TRA.....	274

9.1.3. El tiempo es un perro que muerde, sobre todo, a las mujeres. Discurso racionalista-conciliador	276
9.1.3.1. Parámetros generales.....	277
9.1.3.2. Maternidad tardía versus maternidad temprana. Conflictos de calendario.....	282
9.1.3.3. Variaciones en la intensidad del deseo de ser madre y en la presión de la pareja. Actitudes y experiencias.....	286
9.1.3.4. Motivaciones e imagen de las TRA vinculada a ellas.....	290
9.1.4. En femenino. Discursos autonomistas-independentistas	292
9.1.4.1. La maternidad ‘en solitario’	293
9.1.4.2. La maternidad en pareja lesbiana.....	301
9.2. La construcción del problema. Las TRA como solución	309
9.2.1. Maternidades y ¿paternidad(es)? Dimensiones de la maternidad y de la paternidad.....	309
9.2.1.1. Maternidades. Distintas valoraciones de las dimensiones de la maternidad por parte de las mujeres	312
9.2.1.2. Paternidad (es).....	318
9.2.2. La percepción del problema y el recurso a las TRA	324
9.2.2.1. Sobre lo fácil y/o lo difícil de quedar embarazada ‘enseguida’	325
9.2.2.2. La asunción de la referencia temporal para definir ¿la esterilidad? ...	330
9.2.2.3. Prevalencia de la infertilidad, presencia social de las TRA y procesos de normalización	334
9.2.2.4. ¿Juegos de poder?	340
10. Las experiencias de tratamiento.....	345
10.1. El “mundo” de la reproducción asistida	347
10.1.1. El ambiguo papel del diagnóstico	349
10.1.2. Recorriendo el laberinto. El itinerario público y los atajos privados.....	355
10.1.3. Estableciendo límites. ¿por qué seguir, cuándo y cómo parar?	365
10.1.3.1. Las heroínas.....	367
10.1.3.2. Las que intentan controlar.....	370
10.1.3.3. Las heroínas forzadas por el saber-poder y las hormonas	372
10.1.4. Entre la ciencia, el azar y la providencia.....	374
10.1.4.1. Probando suerte.....	375
10.1.4.2. El silencio médico ante el fracaso.....	376
10.1.4.3. El protagonismo del azar, la naturaleza y el destino. La responsabilidad de las mujeres.....	378
10.1.4.4. El riesgo de ‘engancharse’ en el juego. Entre la perseverancia y la ludopatía.....	380
10.2. Trazos sexistas y relaciones de poder en las dinámicas de tratamiento.....	383

10.2.1. El peso de la asimetría. Diferencias biológicas y relaciones sociales	383
10.2.1.1. El “botecito” y “todo lo demás”. Percepción de la desigualdad en el grado de intervención que suponen los tratamientos	384
10.2.1.2. El poder de decisión derivado de la asimetría	388
10.2.1.3. Entre la justificación y la denuncia	392
10.2.2. Percepción y valoración de los costes físicos y emocionales.....	395
10.2.2.1 Inmersas en una ‘carrera de obstáculos’	395
10.2.2.2. Costes y efectos físicos durante las distintas etapas	394
10.2.2.3. Costes psíquicos. El ‘carrusel emocional’	403
10.2.2.4. Fuentes de estrés específicas, relacionadas con la fase del ciclo ...	407
10.2.2.5. Estatus ontológicos de los gametos y los embriones. La tensión de la disonancia	414
10.2.2.6. La falta de apoyo psicológico.....	416
10.2.3. La relación médico-paciente. Percepción y valoración del trato recibido	419
10.2.3.1. El peso de la distancia social y las características ‘personales’ en las interacciones médico-paciente	420
10.2.3.2. Experiencias, opiniones y actitudes ante el trato recibido	422
10.2.3.3. Objetivación, subjetividad y agencia, desde la condición de paciente	428
11. El balance global. Opiniones sobre las TRA: de la tecnofilia al discurso crítico	437
11.1. La defensa incondicional de las TRA.	440
11.2. Posiciones críticas	444
11.2.1. El nivel de eficacia.....	445
11.2.2. Los costes que representan para las mujeres.	446
11.2.3. El refuerzo de la importancia de la maternidad.....	449
11.2.4. El uso innecesario o abusivo de las TRA.....	452
12. Conclusiones y propuestas.....	463
Referencias bibliográficas.....	481
Anexo I. El diseño de las entrevistas	505
Anexo II. Descripción divulgativa de tratamientos y técnicas.....	521
Anexo III. Índice de gráficos y tablas.....	537

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en este largo y, en muchas ocasiones, solitario camino.

A Mercedes Alcañiz, por acoger el proyecto con el convencimiento de que “esta vez sí”. Su atención, energía y dinamismo han sido una ayuda inestimable para cumplir con mi compromiso.

A mis compañeras y compañeros del Área de Sociología, por el apoyo y la confianza que me han transmitido y, en particular, a Vicent Querol, Paula Carballido y Reis Lloria por el cariño y el buen humor con el que han soportado mis intrusiones en su despacho para compartir mis inquietudes en los últimos momentos del trabajo

Al Departament de Filosofia i Sociologia, por el soporte que me han prestado y a su director, Domingo García Marzá por el interés y la confianza mostrados.

A M^a Jesús Sales, por su amistad cotidiana y por su incondicional disponibilidad para acometer las duras tareas burocráticas que comportan la gestión y los trámites.

A Màxim Albella, por sus consejos sobre maquetación y edición del trabajo.

A Alba de la Asunción, por darme autorización para incluir su foto “Instrucciones para dar cuerda al reloj” en la portada de la tesis.

A María Poveda, con la que he compartido docencia, investigación y amistad desde hace muchos años, por su insistencia en que acabara la tesis de una vez por todas, alentándome en todo momento.

A Ana Sánchez, por todo lo que he aprendido con ella y por los buenos momentos que pasamos durante la realización del proyecto de investigación que tan importante ha sido para llevar adelante esta tesis.

A Françoise Laborie, cuya influencia fue determinante en mi entrada en el tema, por el interés que mostró por mi trabajo durante su estancia en València.

A Carmen Fenollosa, compañera y amiga, por leer los borradores y por los comentarios y ánimos que tanto me han ayudado.

A todas las personas que han colaborado facilitándome contactos para la realización de las entrevistas, en particular Carmen, Olimpia, Cristina, Pepi, Mariana, Mamen, Merce, Mercedes, Marta y Lucila.

De modo especial, quiero agradecer a todas las mujeres entrevistadas su gran generosidad al dejarme entrar en su vida y en su intimidad: Ana, Àngels, Asun, Aurora, Bea,

Carmen, Cristina, Dolores, Esther, Isabel, Joana, Josefa, Julia, Lidón, Loli, Lourdes, Lledó, María, M^a Ángeles, M^a Carmen, M^a Pilar, Mamen, Manuela, Maribel, Mayte, Merce, Olga, Paquita, Pepa, Pilar, Reyes, Rosa, Sílvia, Susi y Teresa. Sin su colaboración, no hubiera sido posible este trabajo.

A Ángeles Aparici, por las conversaciones que hemos mantenido sobre la tesis y por la cálida hospitalidad que me ha brindado en los viajes a Madrid para realizar parte del trabajo de campo.

A Lucila Corral, por el interés mostrado y por la información y los contactos que me ha proporcionado.

A mis amistades y a mi familia, por el tiempo que les he negado durante mi encierro para la realización de la tesis. A mi hermana Saro por haberse prestado, además, a la lectura de parte del trabajo, sirviéndome de espejo desde fuera del campo especializado. De modo especial a mi hermano Santi, al que le he robado gran parte de la atención que quería dedicarle en un momento tan difícil como el que está pasando.

A Artur Aparici, compañero en el trabajo y en la vida, por todas las aportaciones que me ha hecho y por la paciencia con la que se ha prestado a la lectura y discusión de todos y cada uno de los capítulos de este trabajo; gracias también por acogerme en los momentos de incertidumbre, transmitiéndome seguridad y apoyo incondicional.

Por último, quiero dedicar la tesis a la memoria de mi madre, cuyo cariño me ha hecho sin duda mejor persona y a mi hija Lía, animándola a que no se deje enredar por los vestigios patriarcales y a que sepa sortear los obstáculos que la vida le plantee.

PREFACIO

Regreso a casa tras haber impartido una clase de opinión pública a mis alumnos/as de publicidad y escucho distraídamente la radio del coche. Es 4 de octubre de 2010 y la noticia llama poderosamente mi atención: el embriólogo británico Robert Edwards ha sido galardonado con el Premio Nobel de Medicina por su decisiva contribución al desarrollo de la Fecundación in Vitro. Acude a mi memoria el recuerdo de su presencia en unas jornadas celebradas en la Universitat de València hacia finales de la década de 1980 sobre los retos de la medicina de la reproducción en el siglo XXI. No consigo ubicar la fecha concreta del evento, pero sí que revivo el enorme impacto que me causó escuchar, en una de las intervenciones, la previsión de que las Técnicas de Reproducción Asistida serían en el año 2020 un recurso utilizado por al menos una de cada tres de las mujeres y/o parejas que desearan tener hijos/as, así como el vaticinio de que acabaría convirtiéndose en el medio normalizado de reproducción a lo largo de la -entonces- próxima centuria. No se referían tan sólo a que se lograría vencer las posibles resistencias a su aceptación social, sino también y sobre todo a que un número creciente de parejas y de mujeres ‘necesitarían’ o encontrarían ventajas en su utilización.

En aquellas lejanas fechas mi interés por las Técnicas de Reproducción Asistida estaba cobrando forma. El acceso a los planteamientos de FINRRAGE, que en octubre de 1986 celebró en Mallorca la I Conferencia Feminista Europea sobre Tecnologías Reproductivas e Ingeniería Genética, y la lectura del libro de Leonor Taboada *La maternidad tecnológica* (1986), despertaron en mí la inquietud por profundizar en el tema. Fue mi primer encuentro con las posiciones feministas que denunciaban la utilización de la que estaban siendo objeto las mujeres y lo fuertemente generizadas que estaban estas tecnologías, desarrolladas en el seno de una sociedad y una tecnociencia configurada desde parámetros patriarcales.

Al pensar en cómo escribir estas líneas introductorias, me di cuenta de el trabajo que aquí presento recoge interrogantes y reflexiones que me han acompañado desde hace muchos años. La preocupación por cómo la maternidad condiciona y está presente en la vida de las mujeres -sean o no, deseen o no ser madres- lleva conmigo más de 25 años y, en cierto modo, ha atravesado mi trayectoria como socióloga, como investigadora, como docente y como persona. No es el momento de reproducir dicha trayectoria, pero sí que desearía señalar algunos de los hitos que han jalonado el proceso que culmina en la elaboración de esta tesis.

Entre 1984 y 1986 participé, junto con Fátima Perelló, en la elaboración del capítulo “Familia: roles y actitudes” inserto en *Las mujeres en la Comunidad Valenciana. Informe Sociológico 1986*. A través de este trabajo, tuve la oportunidad de explorar empíricamente las representaciones y actitudes de las mujeres valencianas acerca de la maternidad, mediante la realización de grupos de discusión. Pude comprobar la pluralidad de las mismas y la existencia de posiciones que marcaban una clara distancia con la atribución del carácter instintivo de la maternidad -propio del discurso patriarcal-. Estas últimas, denunciaban la coerción social y simbólica que implica para las mujeres y reivindicaban la creación de unas condiciones sociales y culturales que permitieran a las mujeres llevar a cabo su decisión de ser o no ser madres, sin que ninguna de ellas comportara menoscabo para su identidad y/o sus oportunidades sociales. Otra de las constataciones destacables fue la desigual importancia que las mujeres atribuían al vínculo genético y biológico con los/las hijos/as. Desde este conocimiento, las reiteradas alusiones al universal e irreprimible deseo de maternidad de las mujeres, evocado por el discurso médico-mediático al hablar de la labor social de las Técnicas de Reproducción Asistida, generaban en mí un profundo desasosiego.

Como docente, tuve la oportunidad de impartir entre 1992 y 2008 la asignatura “Sociología del trabajo de las mujeres” en la Universitat Jaume I. En ella compartí con distintas oleadas de jóvenes el análisis de la desigualdad social entre mujeres y hombres, y los avances, permanencias y retrocesos que estaba experimentando la sociedad española en este terreno. Pude conocer de primera mano la presencia en el imaginario de muchas jóvenes universitarias de la representación de que los conflictos entre actividad laboral y maternidad formaban y forman parte de ‘las circunstancias en las que les ha tocado vivir’, ante las que ‘en términos realistas’ sólo cabe la búsqueda de soluciones individuales y la esperanza en la suerte personal.

En los primeros años, la perspectiva sociológica que les ofrecía la asignatura actuaba en ellas como un revulsivo, desvelándoles claves de interpretación que desconocían. El optimismo derivado de sentirse integrantes de una generación nacida ‘en la igualdad’, con acceso a la formación y en la que orientación de las mujeres hacia la actividad laboral estaba normalizada, alimentaba una visión de la realidad en la que los problemas percibidos se pensaban como residuos del pasado que el tiempo se encargaría -en breve plazo- de eliminar por completo. El descubrimiento del carácter estructural de la incompatibilidad entre actividad laboral y doméstica, el peso de los estereotipos y la permanencia de la maternidad como factor de riesgo de fragilidad laboral se acogía con perplejidad, generando actitudes diversas, entre la desesperanza y la combatividad.

Con el tiempo, fui observando cómo el análisis feminista iba permeando el discurso social, de modo que cada vez más jóvenes eran conscientes de la permanencia de rasgos sexistas en la organización social y, en particular, en el mercado laboral, a pesar de los cambios y de las crecientes iniciativas políticas. Muchas de ellas acudían a la asignatura en busca de recursos con los que enfrentarse a la desigualdad en el mundo laboral, tanto

en el plano personal como colectivo, en la medida en que su actuación profesional les pudiera permitir incidir en ello.

Durante este periodo fui cotidianamente consciente -a través de las conversaciones con las alumnas- de que la maternidad no formaba parte de la proyección vital de todas las jóvenes, aunque sí de la mayoría, y de que estas últimas, con toda probabilidad, aplazarían su ejecución al logro -o al menos al intento- de la inserción laboral. Desde esta perspectiva, iba acogiendo los mensajes emitidos por los centros de fertilidad en los que se informaba del aumento de la demanda, de que el perfil predominante y creciente de las usuarias era la de las mujeres mayores de 35 años, y la publicación de los sucesivos avances en las Técnicas de Reproducción Asistida -en particular el anuncio de la técnica de vitrificación de óvulos y embriones- que permitirían a las mujeres gestionar su ‘tiempo reproductor’ adaptándolo a sus deseos o necesidades. Como socióloga y como feminista se acrecentó mi preocupación al ver que la principal respuesta a problemas derivados del orden social procedía de la medicina, y que la oportunidad de vencer los escollos para acceder a la maternidad se situaba en el terreno individual y al precio de la dependencia tecnológica.

Estas inquietudes iban discurriendo en paralelo a una intensa dedicación docente y a la participación en distintas investigaciones sobre otros temas. La idea de centrar mi tesis doctoral en el estudio de las Técnicas de Reproducción Asistida desde una perspectiva sociológica feminista fue temprana y cobró un fuerte impulso ante la oportunidad de participar en un proyecto de investigación financiado por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología y el Instituto de la Mujer en el año 1996. Entré en contacto con la profesora de Filosofía de la Ciencia Ana Sánchez Torres y decidimos preparar una propuesta que fue aprobada. El proyecto, con el título “Técnicas de Reproducción Asistida y relaciones de género. Un estudio pluridisciplinar sobre la configuración social de las Técnicas de Reproducción Asistida y sus efectos en la configuración de la demanda”, se llevó a cabo entre los años 1996 y 2000, y estuvo dirigido por Ana Sánchez.

En el equipo -pluridisciplinar- compartimos el interés por trabajar en la elaboración de un marco epistemológico y teórico para el estudio social de las Técnicas de Reproducción Asistida, al que dedicamos diversos seminarios que supusieron una aportación inestimable para mi formación en Ciencia Tecnología y Sociedad y en los que tuvimos ocasión de conocer y debatir las principales aportaciones que, desde el feminismo, se estaban haciendo sobre Maternidad, Salud y Técnicas de Reproducción Asistida. Otro de los objetivos centrales del proyecto consistió en la realización de una investigación empírica para conocer las representaciones, actitudes y opiniones de los/las usuarios/as y demandantes de este tipo de tecnologías. Esta tarea me permitió transformar lo que hasta el momento habían sido interrogantes e inquietudes en objeto concreto de investigación en busca de repuestas. Me ocupé del diseño metodológico y técnico de esta parte del proyecto, que se materializó en la realización de 30 entrevistas abiertas a mujeres de distintos perfiles sociales, que estuvieran utilizando, o lo hubieran hecho y con diverso resultado, la repro-

ducción asistida. La experiencia resultó enormemente interesante y se produjo un material de una riqueza extraordinaria. Aunque el proyecto estaba orientado fundamentalmente a conocer los motivos de la demanda y las opiniones y actitudes de las mujeres sobre las TRA, el diseño de la guía de la entrevista contemplaba otros aspectos, como la experiencia de los distintos tratamientos, los posibles costes físicos, emocionales y económicos, etc. En definitiva, tanto el diseño de la guía como el planteamiento -abierto- de la realización de las entrevistas estuvieron orientados a captar íntegramente las experiencias de las mujeres usuarias. El resultado del análisis quedó recogido en el informe y se divulgó a través de distintos cursos, seminarios y conferencias que llevamos a cabo Ana Sánchez y yo. El balance del proyecto fue muy positivo, aunque gran parte del material quedó sin explotar, puesto que desbordaba los objetivos que nos habíamos planteado cubrir.

La vinculación del proyecto a la realización de mi tesis estuvo explícitamente presente desde el inicio del mismo y recibí el apoyo y el aliento permanente de todo el equipo, en particular de Ana Sánchez y de Carmen Fenollosa. Tras la finalización del proyecto, estaba en las condiciones idóneas para llevarla a cabo y seguí trabajando en ella, pero, por diversas razones que no intento justificar, transcurrió demasiado tiempo y no llegué a culminar el proceso.

Continué mi trayectoria docente e investigadora con el permanente acecho de mi 'asignatura pendiente', sin dejar de pensar en que debía acometer su finalización tanto por motivos académicos, como investigadores, sociales y personales.

Cuando parecía que el tiempo iba a cerrar definitivamente la puerta a mis intenciones, la Universitat Jaume I tomó la iniciativa, en el curso 2007-2008, de abrir la convocatoria de concesión de semestres sabáticos -a partir del curso siguiente- al profesorado Titular de Escuela Universitaria, con el fin explícito de avanzar en la realización de la tesis doctoral. Mi 'excusa' por excelencia, la intensa dedicación docente, que se traducían en la diversidad de asignaturas a impartir, el elevado número de créditos y de alumnado, quedaba disipada con dicho ofrecimiento. Se me presentó, de este modo, una ocasión que no podía desaprovechar y, con el apoyo del Departamento de Filosofía y Sociología, del Área de Sociología y de mi directora de tesis -Mercedes Alcañiz- decidí solicitar dicho permiso, que me fue concedido para el curso 2009-2010. Rehíce el proyecto de la tesis -actualizando el planteamiento, los objetivos, la bibliografía y el trabajo de campo- y me dediqué intensamente a la tarea, cuyo resultado es la tesis que ahora se presenta.

CAPÍTULO 1

MATERNIDAD Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Las TRA se han integrado en nuestra sociedad como un recurso normalizado en el campo de la reproducción humana. Su utilización ha crecido a un ritmo acelerado y, si bien quizá no ha alcanzado las cotas que se vaticinaban a finales de la década de 1980, no cesa de aumentar.

La concesión del Nobel de Medicina a Robert Edwards ha vuelto a ponerlas en el centro de la escena mediática, espacio que, por otro lado, siempre las ha acogido en tono de franca celebración. Los titulares de las noticias aparecidas con motivo de este acontecimiento subrayan que más de cuatro millones de personas han nacido gracias a los descubrimientos de Robert Edwards¹ -y del ginecólogo británico Patrick Steptoe- a los que atribuyen, retórica pero significativamente, la “paternidad” de estas personas. En el año 2008 la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) cifraba su estimación a nivel mundial en tres millones, como resultado de la aplicación de las diversas Técnicas de Reproducción Asistida. La diferencia entre ambas cifras da cuenta del carácter exponencial del ritmo de crecimiento de su utilización y sus resultados. Para Europa, la misma fuente calculaba que en 2008 estos procedimientos ya suponían el 4,2% de los bebés nacidos en Dinamarca, el 3,4% en Eslovenia, el 2,9% en Finlandia, el 2,8% en Noruega, el 2,4% en Bélgica, el 2% en Islandia, el 1,7% en Francia o el 1,6% en el Reino Unido o Alemania. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) ha reiterado estos días la destacada posición que ocupa España en el ranking europeo; es el tercer país en el que se realizan más tratamientos de fertilidad, sólo por detrás de Francia y de Alemania. En el año 2006 se llevaron a cabo 50.299 tratamientos de fecundación in vitro (FIV) y técnicas afines y 29.766 de inseminación artificial, según los datos del registro de la SEF².

A tenor de estos datos salta a la vista que las llamativas cifras de nacimientos empujados en comparación con las que se refieren al número de ciclos iniciados y al número de personas que han recurrido a la tecnomedicina en busca de asistencia. Se constata

¹ Esta afirmación forma parte del comunicado emitido por el Instituto Karolinska de Suecia con motivo de la concesión del Nobel. Ambos científicos formaron parte del equipo que consiguió en 1978 el nacimiento de Louise Brown, la primera “bebé probeta” nacida en el mundo mediante Fecundación in Vitro.

² Tal y como se expondrá con detalle en el capítulo 6, el registro de la SEF constituye la única fuente de datos sobre el conjunto de la práctica de la reproducción asistida en España. La participación de los centros es voluntaria y el año 2006 fue el que recogió la mayor cuantía de información. En 2007 y 2008 el número de centros participantes fue menor. En cualquier caso, estas cifras son indicativas y, en tanto que parciales, puede inferirse que la práctica real es superior.

de este modo la fuerte presencia de las TRA en nuestras sociedades y el progresivo auge de la oferta y de la demanda de las mismas; en definitiva, de su normalización en el escenario cotidiano.

Los trabajos de Edwards y Steptoe " suponen un hito en el desarrollo de la medicina moderna³" y el nacimiento de Louise Brown el 25 de julio de 1978 marcó el inicio de una carrera que se ha desvelado imparable. El 20 de diciembre de 2006 los medios de comunicación se hicieron eco de la llegada al mundo de Cameron, el hijo de Louise Brown que, señalan, fue concebido de "forma natural". Cameron no fue el primer bebé con estas características, el puesto de pionero fue ocupado por su primo Casey, nacido en 1999 de Natalie Brown, hermana menor de Lousie. Natalie Brown fue también concebida in vitro pero su nacimiento, en 1982, ocupó ya el puesto 40 en el ranking mundial. Antes que ella vieron la luz otras mujeres⁴, que fueron las primeras en sus respectivos países: Candice, Australia 1980; Amandine, Francia 1981; Elizabeth, EUA 1981...En España el acontecimiento fue protagonizado por Victoria Anna, nacida el 12 de julio de 1984 en el Instituto Dexeus de Barcelona.

Esta carrera ha estado jalonada por numerosos acontecimientos pioneros, convenientemente destacados por los media de cada país y por los equipos biomédicos y los centros de reproducción asistida protagonistas del evento: primer bebé nacido de un embrión descongelado; primer bebé procedente de de una fecundación in vitro con Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides(ICSI); primer bebé concebido a partir de un óvulo vitrificado; primer bebé procedente de un ovocito madurado in vitro (MIV), primer bebé libre del mal de Huntington gracias al Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP); primer bebé concebido para ayudar a su hermano mayor, enfermo de una anemia congénita severa; primera bebé sin el gen del cáncer de mama, y un largo etcétera.

Las noticias sobre los logros tecnocientíficos han venido acompañadas por otras que alertan de la creciente incidencia de los problemas de reproducción que aquejan a gran número de mujeres y parejas en el mundo, sobre todo en los países desarrollados. Se presentan vinculados a factores sociales, ambientales y/o médicos o incluso al hecho de que la esterilidad vaya perdiendo su carácter ancestral de tabú, permitiendo que salga a la luz el sufrimiento de las mujeres y o las parejas que se enfrentan a ella.

Son mensajes de conquista y esperanza. El avance de la biomedicina, el mayor conocimiento de los procesos de generación de la vida y de transmisión de la herencia y el desarrollo tecnológico derivado de él, permite dar cada vez mayor y mejor respuesta a problemas personales y sociales que afectan a millones de personas en el mundo. La sensación de vértigo que pudiera producir la proliferación de datos y noticias como las mencionadas anteriormente, ha devenido un sentimiento mayoritariamente positivo en términos de opinión pública. La imagen que prevalece es la de que la ciencia y el progreso

³ Literalmente en el comunicado del Instituto Karolinska.

⁴ Curiosamente los llamados "primeros bebés probeta" fueron en la mayoría de los casos niñas.

tecnológico ofrecen constantemente respuestas nuevas y alentadoras. Las técnicas de reproducción asistida están en la actualidad plenamente integradas en nuestra sociedad, y los avances en biomedicina regenerativa y en genética, si bien menos conocidos, son acogidos en general como logros y como fuente de esperanzadoras promesas.

En España, los datos de opinión pública sobre las TRA proceden en su mayoría de la encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas y muestran una actitud mayoritariamente favorable por parte de la población española. En 1996, el 76% se declaraba “más bien a favor” de dichas técnicas, el 14% se posicionaba “más bien en contra” y el 59% afirmaba que personalmente “recurriría a ellas si deseara tener un hijo y no pudiera”⁵ (CIS, 1996). En 2001 se mantiene la proporción de personas que se pronuncian en contra, el 14% y desciende en cuatro puntos la de quienes se sitúan más bien a favor, el 72%; también baja un poco el número de personas que muestran abiertamente su resolución de acudir a las técnicas en caso de no poder tener hijos, el 56%, aunque la cifra de quienes no lo harían aumenta en tan sólo un punto, hasta el 26% (CIS, 2001). Ambos estudios se centran en el sondeo de las opiniones y actitudes hacia los avances científicos y tecnológicos. En 2008, los datos disponibles proceden de un estudio sobre religiosidad y las preguntas que permiten obtener este tipo de información varían en cierta medida; cambian las respuestas entre las que se permite optar a las personas encuestadas y el resultado es que el 56% se muestra favorable “sin ningún tipo de reservas”, el 13 % lo hace con reservas, el 14 % lo acepta “en casos específicos” y el 10% las rechaza en cualquier caso (CIS, 2008).

La información producida por el CIS es coherente con la divulgada por los medios de comunicación. Habitualmente la cobertura informativa de todos los acontecimientos relacionados con la reproducción asistida transmite mensajes de conquista, esperanza y progreso. En el caso del Nobel recientemente concedido, por ejemplo, además de recrear el perfil biográfico e investigador de Robert Edwards y los méritos científicos que le han hecho acreedor del premio, los medios subrayan la labor social y humanitaria que sus aportaciones han permitido desarrollar, así como la perseverancia con la que consiguió vencer en su momento el insuficiente apoyo de las administraciones públicas y la oposición de los sectores más conservadores de la sociedad y de la jerarquía eclesiástica, encarnada en el Vaticano⁶. La importancia de esta labor queda destacada a través de la mención de mensajes escuetos, claros y afirmativos, que se centran en los siguientes aspectos: la posibilidad de superar la infertilidad que ofrece la fecundación *in vitro* y las técnicas derivadas o asociadas a ella, el sufrimiento y desesperación de las parejas que la padecen, la elevada prevalencia de la esterilidad y los resultados probados de la eficacia de las técnicas. Ofrecen de este modo una imagen incuestionablemente positiva que llega con

⁵ Los entrecomillados reproducen literalmente parte de los enunciados de las preguntas.

⁶ La única voz que ha acogido la noticia con críticas o, cuanto menos, con reservas.

facilidad a la opinión pública e integra la representación predominante en el imaginario colectivo.

Durante los ya más de treinta años de aplicación de las TRA, las sombras, incertidumbres, inquietudes e interrogantes que suscitan tanto la constatación del imparable aumento de la infertilidad, como la toma de decisiones por parte de las personas susceptibles de ser atendidas y las experiencias de tratamiento, han tenido menor eco social. Los cambios en las experiencias de concebir un hijo/a que supone la existencia de las técnicas de reproducción asistida, el tiempo invertido en los procesos; la incertidumbre y la ansiedad que generan en muchos casos; los costes físicos, emocionales y económicos que comporta –en particular para las mujeres–, la decepción cuando no se consigue el éxito esperado, son temas poco conocidos por las personas ajenas a la experiencia. Las principales protagonistas de los procesos de tratamiento, las mujeres, tan sólo ocupan el espacio de los medios cuando se trata de mostrar la –indudablemente positiva– cara del éxito o, en menor medida –y de modo a menudo implícito– cuando se hace referencia al sufrimiento experimentado por quienes se ven aquejadas por los problemas que las tecnologías intentan resolver.

Desde la investigación y el debate en el campo político y social, las TRA han sido a lo largo de estos años objeto de atención. Cuestiones como, por ejemplo, la ruptura de esquemas culturales y simbólicos muy arraigados acerca de la maternidad, la paternidad y la filiación, propiciada por la posibilidad de utilizar gametos o embriones de donantes; los dilemas éticos derivados de la producción y manipulación de gametos y embriones humanos con fines de reproducción o de investigación; la presencia de intereses distintos y potencialmente conflictivos; la necesidad de plantear ajustes normativos y de llevar a cabo iniciativas legislativas para regular y dar cobertura legal a todas estas prácticas, han sido estudiadas, analizadas y discutidas en círculos expertos en el campo de la antropología, la psicología, la bioética, el derecho, la política y la biomedicina, pero han suscitado, al menos en nuestro país, poco debate social. En el terreno de la opinión pública las posiciones normativas más o menos favorables o críticas se han asociado casi exclusivamente a planteamientos ideológicos o morales vinculados estrechamente, en el caso de las posiciones críticas, a creencias religiosas.

El mensaje mediático, antes mencionado, y los dispositivos de sondeo de la opinión pública se construyen sobre algunas premisas que son, cuanto menos susceptibles y merecedoras de discusión y matiz. Valga como ejemplo la formulación de la pregunta que en el cuestionario del CIS correspondiente al estudio 2.412 de cuyas respuestas se extraen los resultados acerca de la opinión favorable o desfavorable hacia las TRA. El enunciado es el siguiente:

“Hoy en día, las parejas que no pueden tener un hijo y lo desean, pueden recurrir a tratamientos médicos (técnicas de reproducción asistida) como la fecundación in vitro o la inseminación artificial, que les permiten tenerlo. En líneas generales, ¿está

Ud. más bien a favor o más bien en contra de que las parejas que no pueden tener un hijo recurran a alguna de estas técnicas de reproducción asistida?” (CIS, 2001)

En él se dan por sentadas tanto la esterilidad de la pareja como la disponibilidad y la eficacia de las técnicas para lograr tan legítimo deseo, el nacimiento de un hijo⁷. De este modo, se construye, en el breve espacio del enunciado, una imagen del problema -que actúa como justificación⁸- y de la solución inequívoca, el uso de las TRA. En un espacio semántico así configurado, tan sólo quien tenga poderosas razones de índole moral para censurar la tecnología en sí puede expresar una posición crítica hacia ella y el debate social queda notablemente restringido.

Desde el punto de vista social, sociológico y feminista los interrogantes que se pueden plantear⁹ son numerosos e importantes. El llamativo aumento de la ‘infertilidad’ se produce en un contexto social en el que las dificultades para tener hijos/as son notorias y conocidas. La tardía edad de emancipación de las personas jóvenes derivada -entre otros factores- de los problemas de inserción laboral no favorece en absoluto que la decisión tener descendencia pueda ni tan siquiera plantearse en las edades de máxima fertilidad. Y la situación se agrava en el caso de las mujeres, puesto que la maternidad continúa siendo un importante factor de fragilidad laboral, en una sociedad en la que la corresponsabilidad social en el trabajo familiar permanece todavía en el terreno de las intenciones y en las guías de buenas prácticas.

Por otro lado, en nuestro país se sabe muy poco acerca de la realidad de las prácticas de reproducción asistida desde la perspectiva de las mujeres usuarias. La tesis que aquí se presenta asume como uno de los retos principales el de constituir una aportación a esta tarea, tal y como queda reflejado a continuación

1.1. LA DELIMITACIÓN DEL OBJETO

La finalidad de esta tesis es realizar un análisis sociológico con perspectiva de género de las prácticas de reproducción asistida en España, centrando la atención en lo que signi-

⁷ En las noticias publicadas a raíz de la concesión del Nobel a Robert Edwards se cita una frase formulada por él en una entrevista realizada en 2008 en la que declaraba “tener un hijo es lo más importante en la vida”. No es mi intención minusvalorar el significado y el valor de los hijos/as para muchas personas, sino tan sólo apuntar que la mención a este sentimiento ‘universal’ tiene como efecto de comunicación la automática justificación de las prácticas de reproducción asistida.

⁸ Se transmite implícitamente la idea de que el uso de la reproducción asistida queda restringido a las parejas aquejadas de la imposibilidad de tener hijos, cerrando el espacio a otras opciones que podrían considerarse igualmente legítimas como, por ejemplo las mujeres sin pareja, las mujeres en pareja homosexual o las parejas heterosexuales que deciden recurrir a las TRA ante el retraso en la consecución de la concepción.

⁹ Y que se han ido planteando a lo largo de los años, como se expone en los capítulos 2 y 3 de este trabajo.

fican e implican para las mujeres. Se plantea, por tanto, en primer lugar, conocer cómo su configuración, disponibilidad y uso afectan y son afectados por las relaciones de género y por los modos en los que las mujeres se representan, deciden y viven la maternidad en la sociedad actual; en segundo lugar, se ocupa de analizar e interpretar las experiencias de las usuarias durante los procesos de tratamiento y las actitudes y opiniones sobre las TRA que de ellas se derivan.

El resultado intenta, en su conjunto, ofrecer una visión compleja y matizada de cómo y por qué se está produciendo en nuestro país un uso cada vez más frecuente de las técnicas de reproducción asistida, así como del modo en el que discurre la dinámica concreta de su aplicación, de las repercusiones sobre las mujeres y las relaciones de género; y esbozar las posibles vías de actuación destinadas a reducir los sesgos actualmente presentes, acercando las prácticas de reproducción asistida a los intereses de las mujeres, en su diversidad.

OBJETIVOS:

El presente trabajo articula la reflexión y elaboración teórica con la investigación empírica. El cumplimiento del objetivo global que se acaba de describir requiere el abordaje -encadenado y relacional- de los objetivos generales y específicos que se detallan a continuación:

1. Analizar el proceso de configuración sociotécnica de las Técnicas de Reproducción Asistida y de sus efectos sobre las mujeres y las relaciones de género a partir de las reflexiones teóricas y de la información empírica disponibles. Se trata de explorar, desde un enfoque tecnofeminista, los procesos que están en la base de la configuración social de las TRA para comprender tanto su dinámica de desarrollo y aplicación como los efectos que de ella se derivan. Esta tarea queda desglosada en los siguientes objetivos específicos:
 - 1.1. Analizar el desarrollo y aplicación de las TRA como proceso sociotécnico en el que se conjugan factores, actores e intereses diversos y cuya interacción está atravesada por las relaciones de poder.
 - 1.2. Inscribir la práctica de las TRA en el proceso general de medicalización de la vida y, en particular, de la reproducción, con el fin de rastrear las implicaciones que ello conlleva, como son, por ejemplo: la canalización de cualquier dificultad, problema o incidencia en materia reproductora hacia las instancias médicas, o la legitimidad que adquiere el discurso médico en una sociedad crecientemente medica-

lizada, que convierte a la tecnomedicina en la instancia privilegiada de resolución de conflictos para acceder a la maternidad y a la paternidad, en cuya génesis intervienen, de modo notable, factores sociales.

- 1.3. Reflexionar sobre el peso de las relaciones de género en el desarrollo de la teoría y la práctica médicas en el campo de la reproducción de cara a construir un marco que permita identificar tanto la presencia de sesgos androcéntricos en la implementación de las TRA, como la existencia de planteamientos y prácticas diversas entre los/as profesionales de la salud.
2. Describir y explicar los elementos y mecanismos a través de los cuales se construye e identifican los problemas a los que las TRA se presentan como respuesta, y sus consecuencias tanto en la percepción e identificación, por parte de la población, de los problemas reproductores, como en la dinámica de los procesos de aplicación de las TRA. El planteamiento de este objetivo parte de la consideración de que las instancias médicas ofrecen a la sociedad los principales argumentos que justifican la necesidad y conveniencia de las TRA, y a los/as potenciales usuarios/as los parámetros desde los que pueden identificar la necesidad o la conveniencia de recurrir a ellas.
3. Realizar una aproximación al conocimiento y evaluación de las prácticas de reproducción asistida en España y a la evolución temporal de su uso y aplicaciones, de su efectividad y del grado de transparencia con el que se difunde la información a la sociedad en general y a las personas potencialmente usuarias en particular.
4. Establecer los principales factores -materiales y simbólicos- que condicionan el ejercicio de la maternidad en la sociedad española actual, a partir de las reflexiones teóricas y las investigaciones empíricas realizadas en el ámbito de la Sociología del Género y describir y analizar los aspectos de las pautas de fecundidad de las mujeres españolas más directamente relacionados con el tema del presente trabajo, es decir, con el aumento de los problemas de infertilidad y su relación con el retraso en la edad reproductora.
5. Realizar un estudio en profundidad de las experiencias, motivaciones, expectativas, actitudes y opiniones de las mujeres que han utilizado las técnicas de reproducción asistida. El cumplimiento de este objetivo general intentará constituir la principal aportación de la tesis, por lo que será retomado y detallado en el la presentación del trabajo empírico (capítulo 8). Las líneas de concreción que se seguirán son las siguientes:

- 5.1. La demanda de TRA aumenta sin cesar, a pesar de los costes -de todo tipo- que representan para las mujeres, de la complejidad de los tratamientos y de su relativa efectividad. Por esta razón, se considera indispensable tratar de conocer los motivos que llevan a las mujeres a recurrir a ellas y los factores que propician la persistencia en su empeño a pesar de los reiterados fracasos que, en ocasiones, se producen.
- 5.2. Describir, analizar e interpretar la diversidad de experiencias de tratamiento en las distintas etapas del proceso por parte de las mujeres usuarias. Además de describir la tipología de experiencias se intentará establecer su vinculación, al menos, a los siguientes factores: titularidad del centro en el que se recibe la atención, número de intentos, tipo de técnica utilizada, resultado, y perfil social y actitudinal de las mujeres.
- 5.3. Desvelar, en su caso, la presencia de trazos sexistas y el peso de las relaciones de poder durante las dinámicas de tratamiento percibidas y experimentadas por las mujeres.
- 5.4. Analizar e interpretar el balance global que las mujeres usuarias realizan sobre las TRA y que se reflejan en sus opiniones sobre ellas.

1.2. ESTRUCTURA DE LA TESIS

Tras este primer capítulo en el que se ha definido el objeto de estudio, la presentación del trabajo realizado se estructura en tres partes, que reflejan de modo ordenado el enfoque de la tesis y el desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados:

La primera parte comprende los capítulos 2 y 3 y está destinada a presentar los rasgos principales de las aportaciones teóricas que sustentan el enfoque y planteamiento de la tesis.

En el capítulo 2 se aborda el que, sin duda, constituye el núcleo central del mismo y que toma como base y punto de partida los resultados del encuentro entre el feminismo y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Comienza con un breve repaso a las principales aportaciones teóricas y conceptuales en el campo del estudio social de la tecnología, con el fin de destacar la tendencia a la convergencia en el reconocimiento de la mutua capacidad conformadora de la sociedad y la tecnología. A continuación se contempla el recorrido realizado por el feminismo en el estudio de las relaciones entre género y tecnociencia. Finalmente, se presta especial atención al enfoque ‘tecnofeminista’, que es,

en definitiva, al que mejor se ajusta el planteamiento del presente trabajo y desde el que se han realizado las aportaciones más interesantes en el estudio de las tecnologías biomédicas.

El capítulo 3 se centra en describir y analizar tanto los ensayos y las investigaciones realizadas sobre técnicas de reproducción asistida desde una perspectiva de género, como las respuestas articuladas desde posiciones feministas ante su creciente desarrollo y aplicación. Se estructura en dos apartados, aunando dos criterios relacionados: el cronológico y el que alude al modo de enfocar el tema.

En el primero (3.1) se presentan las principales posturas, temas y argumentos que centraron los debates iniciales en el seno del feminismo. Al hilo de la exposición se realiza una reflexión acerca del alcance y las implicaciones de los temas y argumentos desarrollados por cada postura.

Factores de índole epistemológica, teórica y empírica propiciaron un progresivo cambio de orientación en los enfoques, de los que se da cuenta en el segundo apartado (3.2). El auge experimentado por las TRA, el avance del enfoque tecnofeminista -que se aleja de planteamientos deterministas, tanto tecnológicos como sociales- y las líneas de reflexión que critican la reificación del concepto de género, confluyen favoreciendo una perspectiva que insiste en la necesidad de profundizar en la investigación concreta, reconociendo la complejidad de los procesos de interacción entre las tecnologías relacionadas con la reproducción, el género y la estructura social. Esta necesidad de investigar cómo se producen en la práctica los procesos de configuración, aplicación y transformación de las tecnologías, entendidos como procesos relativamente abiertos fue alentada, asimismo, por la voluntad pragmática de favorecer la acción feminista. Si el rechazo frontal que caracterizó a las posiciones más críticas del primer periodo condujo -de hecho- a la impotencia en el plano político, los nuevos planteamientos consideran que para poder incidir en los procesos, favoreciendo cambios que defiendan y respeten los intereses de las mujeres, es indispensable esclarecer los criterios, los lugares y los modos de intervención.

En la segunda parte (capítulos 4, 5, 6, 7,8) se aúnan la dimensión de reflexión y construcción teórica con la dimensión empírica para desarrollar el análisis y la interpretación de la configuración social de las TRA. Los ejes teóricos se condensan y aglutinan en la referencia a los dos procesos que se consideran centrales para contextualizar la emergencia, desarrollo y extensión social de las TRA: el proceso de medicalización, que ofrece las claves para entender y caracterizar la oferta de ‘asistencia’ a la reproducción; y el proceso de construcción social de la maternidad, que permite reflexionar acerca de las condiciones materiales, culturales y simbólicas en las que las mujeres actuales pueden plantearse el ejercicio de la maternidad y articular respuestas diversas ante la emergencia -real o inducida- de ‘problemas reproductores’.

En el capítulo 4 se construye la parte principal del marco teórico que orienta el diseño de la investigación empírica sobre las experiencias de las mujeres y que servirá, asimis-

mo, como base para su análisis e interpretación. Se sitúa a las TRA en el contexto de creciente medicalización de la vida y, en particular, de la reproducción. Su emergencia y difusión pueden interpretarse como la culminación del proceso de intervención médica en el proceso reproductor. Si hasta su aparición la medicina jugaba un papel importante en la anticoncepción, el seguimiento del embarazo y la atención al parto, ahora se retrotrae hasta el momento de la concepción. La reflexión sobre el proceso de medicalización permite dibujar las líneas maestras del análisis de configuración social de las TRA: los agentes e intereses implicados, el peso de factores estructurales del contexto social, la herencia sexista de la teoría y la práctica médicas, así como la incidencia del discurso y la acción del feminismo en la modificación de las mismas.

El capítulo 5 retoma el hilo argumentativo iniciado en el capítulo anterior para analizar cómo se construyen, difunden y tratan los problemas de fertilidad desde las instancias médicas. En él, junto con la teórica, la dimensión empírica adquiere un peso importante y se trabaja a partir de informaciones y datos secundarios procedentes de fuentes médicas, demográficas y sociológicas. El análisis se centra en desentrañar y discutir el modo en el que el discurso y la práctica tecnomédicos contribuyen a establecer los parámetros desde los que se construye la percepción de las dificultades reproductoras como problema y las TRA como solución. El contenido de este capítulo resulta central en la tesis, puesto que, además de abordar el objetivo de contribuir a explicar el aumento de la oferta y demanda de tratamientos de reproducción asistida, proporciona claves fundamentales para la investigación empírica que se presenta en la tercera parte. En ella se tratará de verificar la incidencia del discurso y la práctica médicas -aquí analizados- en las representaciones, actitudes, comportamientos y experiencias de las mujeres usuarias de las TRA.

El contenido del capítulo 6 es eminentemente empírico y su importancia -en cuanto a los resultados- puede considerarse relativamente menor. Desarrolla el objetivo de realizar una aproximación al conocimiento de las prácticas de reproducción asistida en España. En él se trabaja a partir de los datos proporcionados por las dos principales fuentes existentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y, sobre todo, los Registros de la Sociedad Española de Fertilidad. Su principal aportación a la tesis es, quizá, que pone de relieve las dificultades para llevar a cabo un seguimiento de la evolución global de dichas prácticas. A pesar de ello, permite una aproximación que se considera valiosa, puesto que permite acceder a datos poco conocidos por la opinión pública y que resultan útiles en el desarrollo de la trama argumental de la tesis, como son, por ejemplo, los indicadores de efectividad diferenciados por edad y tipo de técnica aplicada.

La segunda parte finaliza con el capítulo 7. En él se exponen, de modo sucinto y resumido, algunas de las principales aportaciones teóricas que desde el ámbito del feminismo y, en particular -aunque no exclusivamente-, desde una orientación sociológica se han realizado sobre la maternidad. Las finalidades de este capítulo son, fundamentalmente,

dos: la construcción del marco para la formulación de las hipótesis que guían el trabajo de indagación empírica sobre de las representaciones acerca la maternidad de las mujeres que han pasado por tratamientos de reproducción asistida; y el de perfilar el horizonte teórico de interpretación y análisis de las mismas. En el camino se cubre un tercer objetivo: el de tratar de explicar la incidencia de las construcciones sociales sobre la maternidad en la configuración social de las TRA.

La tercera parte (capítulos 9, 10 y 11) constituye la que se considera la principal aportación de esta tesis: la investigación empírica realizada acerca de las experiencias de las mujeres usuarias de las TRA durante los procesos de tratamiento, y las actitudes y opiniones sobre dichas técnicas que de ellas se derivan.

En el capítulo 8 se detallan de forma pormenorizada los objetivos, la estrategia metodológica y las hipótesis que orientan la investigación.

El capítulo 9 se centra en indagar las diversas motivaciones que llevan a las mujeres a decidir ser madres y las razones y circunstancias que las conducen a utilizar asistencia médica. En él se intenta mostrar que las motivaciones hacia la maternidad, lo que las lleva a recurrir a las TRA y lo que las impulsa a seguir a pesar de las dificultades que puedan encontrar, ni es siempre lo mismo, ni se vive con la misma intensidad, ni se dispone de los mismos recursos para gestionarlo.

En el capítulo 10 se describen, analizan e interpretan las experiencias de tratamiento en las distintas etapas del proceso por parte de las mujeres usuarias. Se intenta captar el modo en el que algunos de los aspectos que caracterizan la configuración social de las TRA -enunciados y analizados en los capítulos 4, 5 y 6- se manifiestan en las prácticas concretas de aplicación y los efectos que producen en las vivencias de las mujeres.

En el capítulo 11 se presenta el balance global que las mujeres entrevistadas realizan sobre las TRA. Se recogen, de modo condensado y conclusivo, sus actitudes y opiniones hacia el recurso que representan las TRA. Se describen las distintas posiciones, los aspectos positivos y negativos que se señalan desde cada una de ellas, y las sugerencias que plantean para la posible mejora de las prácticas actuales.

La tesis finaliza con la exposición de las principales conclusiones y propuestas.

PRIMERA PARTE

LAS BASES DEL ENFOQUE Y EL PLANTEAMIENTO

El enfoque desde el que se orienta la tesis se ha construido a partir de los resultados del encuentro entre el feminismo y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología.

A pesar de la diversidad de tradiciones, escuelas y corrientes amparadas bajo la etiqueta CTS, y de las enriquecedoras y animadas controversias que han jalonado su desarrollo, la tendencia ha sido hacia la convergencia, destacando, sobre todo, la coincidencia en afirmar que sociedad y tecnociencia se configuran mutuamente. Se reconoce que una adecuada comprensión de esta relación, requiere prestar atención tanto al modo en que la sociedad modela la tecnociencia como a los efectos que el desarrollo tecnocientífico produce en la sociedad. Ambos procesos no son meramente bidireccionales sino que están interrelacionados dinámicamente, por lo que centrarse exclusivamente en el estudio de uno de ellos supone no sólo un reduccionismo sino que es también un error epistemológico.

La práctica tecnocientífica es una forma de actividad social que tiene lugar en un contexto social, histórico, político y económico dado. Por lo tanto, las características de este contexto van a condicionarla siempre y, en ocasiones, de forma considerable. Aunque a menudo son implícitamente presentados como tales en los discursos mediáticos o divulgativos, los procesos de desarrollo tecnológico no son ni neutros ni objetivos. Están protagonizados por actores sociales concretos, se vinculan a intereses económicos, políticos e ideológicos, que pueden ser eventualmente distintos o contradictorios con los de grupos sociales que, estando afectados por ellos, no llegan a hacerse oír o a intervenir sobre las prácticas.

Las aplicaciones tecnológicas tienen efectos sobre la sociedad en la que se desarrollan y pueden afectar a los modos de organización social, a las formas de vida y a los patrones culturales y simbólicos. El impacto potencial sobre las personas o los grupos sociales dependerá no sólo del ámbito de aplicación de una tecnología específica sino que también estará condicionado por la posición en la estructura social y en las relaciones sociales que estos ocupen.

Los efectos de la tecnología sobre la sociedad no sólo vendrán condicionados por el uso contingente que se haga de ella, sino que el propio proceso de configuración social de la tecnología, anteriormente apuntado, ya habrá marcado políticamente a la tecnología, dibujando, por tanto, las líneas básicas de su impacto potencial sobre la sociedad.

El reconocimiento de este carácter inherentemente político (en sentido amplio) de la tecnología, así como del carácter vivo y relativamente indeterminado de los procesos descritos, es lo que permite no sólo analizar globalmente una tecnología concreta sino también hacer una evaluación crítica de la misma en términos sociales y políticos. Es, por tanto, lo que hará posible establecer criterios y vías para la acción social.

Desde el pensamiento y la teoría feminista han sido numerosas y diversas las perspectivas que han abordado el tema de las relaciones entre género y tecnociencia. Se ha estudiado y reflexionado sobre el modo en que la desigualdad social estructural entre mujeres y hombres ha condicionado el proceso de configuración social de la ciencia y la tecnología y sobre el modo en que la ciencia y la tecnología han contribuido a reproducir y/o a modificar esta desigualdad. Aunque la diversidad de planteamientos, conclusiones y posturas ha sido notable pueden trazarse asimismo algunos puntos de coincidencia en las consideraciones más generales.

Las relaciones de género atraviesan el proceso de configuración social de la ciencia y la tecnología. La histórica exclusión de las mujeres y de los intereses femeninos del ámbito científico y tecnológico ha sido una característica estructural que ha conformado la ciencia y la tecnología como un espacio masculino aunque presentado como universal.

Inscrita en una visión del mundo, de la sociedad, de los problemas y de los intereses que invisibiliza a las mujeres, esta realidad androcéntrica y la visión que la acompaña han condicionado el modo de proceder de la tecnociencia: los objetos de estudio, las líneas de investigación, los temas abordados y el modo de hacerlo; las teorías y los recursos conceptuales; las finalidades que persiguen y los intereses a los que directa o indirectamente responde. En los procesos de desarrollo tecnológico, por tanto, al analizar el peso de los distintos factores y actores en su concepción, diseño y aplicación han de tenerse en cuenta siempre las relaciones de género. En los estudios sociales de la tecnociencia de las corrientes dominantes, el género y la desigualdad entre mujeres y hombres han sido, hasta fechas recientes, los grandes olvidados.

Las aportaciones realizadas desde el feminismo han enriquecido notablemente el campo de estudio de las relaciones entre tecnología y sociedad. La introducción de la perspectiva de género ha propiciado una revisión teórica, conceptual y metodológica de largo alcance y ofrece el marco apropiado para centrar, en sus líneas básicas, la investigación realizada en el presente trabajo.

El enfoque adoptado, desde el que se aborda la construcción del objeto de estudio, se acerca al denominado “tecnofeminista” (Wajcman 2006) y asume gran parte de los planteamientos que caracterizan la “segunda etapa” en el análisis feminista de las técnicas de reproducción asistida (Thompson, 2005). Las líneas principales que permiten definirlo son, esquemáticamente, las siguientes:

– El enfoque tecnofeminista comparte con los desarrollos recientes de los estudios sociales de la ciencia y tecnología la asunción de que sociedad y tecnociencia se conforman mutuamente. Se desmarca, así, tanto del determinismo tecnológico como del determinis-

mo social y obliga a plantear de modo simultáneo y relacional el estudio de la configuración social de la tecnología y el de los efectos que su desarrollo y aplicación tienen sobre la organización social, las relaciones sociales y la vida de las personas. A la hora de considerar los procesos, estructuras y relaciones sociales que inciden en la configuración de la tecnología enfatiza el peso y el carácter transversal y variable de las relaciones, los significados y las identidades de género. Al tiempo, sólo desde la comprensión -a través del estudio sistemático en cada caso concreto- del carácter ‘generizado’ de la tecnología se podrán anticipar, constatar e interpretar los efectos diferenciales que su aplicación tiene sobre mujeres y hombres y sobre la evolución de las propias relaciones y códigos de género.

En el caso de las Técnicas de Reproducción Asistida esto implica que, en el reconocimiento y análisis de los procesos, factores, actores e intereses que se articulan en su configuración, desarrollo y aplicación, se deberá tener en cuenta de modo permanente en qué medida las relaciones sociales de género están presentes en ellos. El hecho de que su campo de actuación sea el de la reproducción y el carácter central que la maternidad reviste en la construcción social de la identidad femenina, en la división sexual del trabajo y -en relación con ellas- en la determinación de las oportunidades laborales y sociales diferenciales por sexo, ofrece numerosas pistas para rastrearlas. Del mismo modo, el hecho de que el desarrollo de las TRA se inscriba en el proceso de intervención tecnomédica en el cuerpo femenino y sus procesos sitúa el análisis de estas tecnologías en un terreno ampliamente estudiado desde el feminismo.

- El proceso de producción, aplicación y evolución de las tecnologías es relativamente abierto y contingente. La configuración de una tecnología no se detiene en la fase de innovación, sino ésta evoluciona y se transforma a través de su aplicación. Esta consideración lleva a plantear la necesidad de realizar investigaciones destinadas a conocer cómo se producen en la práctica las interacciones entre los diferentes grupos implicados y el modo en que estos y también los no reconocidos como tales inciden, presionan y negocian su posición y sus intereses, dentro de los límites que marcan los factores sociales estructurales y los recursos desiguales con los que cuentan las instancias implicadas. En este sentido, las mujeres usuarias y/o destinatarias de las TRA, por más que se encuentren en una posición desfavorable en el seno de la relación de poder con el estamento médico, no se contemplan como un grupo uniforme de víctimas pasivas, sino como agentes que movilizan lo que perciben como sus propios intereses, que pueden ser gestionados con los desiguales recursos de los que dispone cada una de ellas.

En las páginas que siguen se presentan los rasgos principales de los desarrollos teóricos que las sustentan el enfoque descrito.

CAPÍTULO 2

CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD

2.1. TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD

El objetivo de este epígrafe es presentar brevemente algunas de las aportaciones teóricas y conceptuales que se han efectuado en este campo. No se trata en absoluto de elaborar una historia resumida de los desarrollos y de las controversias que se han producido. Aún a riesgo de ofrecer una imagen parcial y discontinua, lo que se presenta a continuación es una exposición que se pretende ordenada y clarificadora de los conceptos y planteamientos considerados relevantes y que están en la base de la elaboración teórica que orienta, junto con otros ejes teóricos, el presente trabajo.

2.1.1. El estudio social de la tecnología

A partir de mediados de la década de 1980, tanto la filosofía como la sociología de la ciencia operan el llamado ‘giro tecnológico’, que supone el abandono de la distinción clásica entre ciencia y tecnología y el paso de la tecnología al primer plano como centro de atención. La progresiva puesta en cuestión del carácter netamente objetivo y neutral de la ciencia y su reconocimiento como práctica social -condicionada por el contexto y cada vez más influida por los intereses en sus aplicaciones prácticas- hizo irrelevante la distinción entre teorías (científicas) y prácticas (tecnológicas). La tecnología no sólo dejaba de ser puramente ciencia aplicada -y en este sentido tan neutral como el conocimiento científico que la había hecho posible- sino que la propia tecnología condicionaba la configuración y el desarrollo del conocimiento teórico. Desde siempre “necesidades y disponibilidades técnicas seleccionadas por intereses particulares han influido poderosamente en el desarrollo del conocimiento teórico, promocionando determinados programas de investigación y bloqueando otros” (González García y otros, 1996: 129). Quedaba pues definitivamente atrás la consideración de que tan sólo podía ser objeto de crítica y evaluación el uso que para bien o para mal se hiciera del conocimiento aplicado.

Las diversas corrientes que integran los estudios CTS se mueven en un terreno multidisciplinar en el que destacan las aportaciones efectuadas desde los campos de la sociología y la filosofía de la ciencia. Se pueden agrupar analíticamente en dos ‘tradiciones’: la europea y la norteamericana. La principal diferencia que permite esta clasificación es el

foco en el que centran su atención cada una de ellas. Así, mientras que la primera, marcadamente sociológica, se ocupa de investigar y reflexionar sobre el proceso de configuración de la tecnociencia y se sitúa fundamentalmente en el ámbito académico, la segunda centra su atención en los efectos y consecuencias sociales de las tecnologías; su orientación es más abiertamente activista tanto en el plano político como en el educativo y se nutre de las aportaciones disciplinares de la ética, la historia, la teoría de la educación, las ciencias políticas y la filosofía social (González García et al, 1996: 67-68).

2.1.2. Planteamientos y conceptos destacados de los estudios sociales de la tecnología europeos

La “nueva sociología de la tecnología”¹⁰, centrada en demostrar la capacidad de la sociedad para influir en la tecnología conformándola (MacKenzie y Wajcman, 1985), atacó frontalmente el determinismo tecnológico ingenuo que explícita o implícitamente dominaba la visión de la tecnología en la sociedad y en algunos enfoques desde las ciencias sociales.

Afirmaba que adoptar la tesis del determinismo tecnológico supone mantener una visión de la tecnología como ente autónomo, exterior y relativamente independiente de la dinámica social. El determinismo tecnológico confiere a la tecnología un enorme poder para configurar la sociedad, convirtiéndose en uno de los factores fundamentales, casi el principal, del cambio social.

La autonomía que se le atribuye a la tecnología está basada en la comprensión del desarrollo tecnológico como un proceso dominado por una lógica interna, regida por la racionalidad, la objetividad y la mejora de la eficacia, que la hace relativamente impermeable a cualquier interferencia externa (Harding, 1996). Las relaciones entre tecnología y sociedad son pues asimétricas y prácticamente unidireccionales, ya que es la tecnología la que tiene un enorme poder para transformar la sociedad y no a la inversa. Esta imposibilidad de controlar la tecnología es la que preocupaba profundamente al filósofo y sociólogo Jacques Ellul, que ya en la década de los años cincuenta hacía un diagnóstico claramente negativo acerca de las posibilidades de reorientar el proceso de desarrollo tecnológico desde las finalidades humanas y sociales (Ellul, 1960: 393)¹¹. Ante la fuerza arrolladora de la tecno-

¹⁰ Denominación que recibieron en la década de los ochenta las propuestas de construir una sociología de la tecnología que, más allá de la valoración de impactos -que había centrado la atención de algunos intentos anteriores de construir una sociología de la tecnología- se ocupara de analizar los procesos de construcción social de la tecnología. Se reconoce como emblemático el encuentro celebrado en la Universidad de Twente en 1985, cuyos resultados y contribuciones fueron recogidos en el texto *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*, publicado en 1987 por Wiebe Bijker, Thomas Hughes y Trevor Pinch.

¹¹ La edición original francesa fue publicada en 1954.

logía, solo cabe, como resistencia, la adopción por parte de sus protagonistas y de la sociedad de una ética del no-poder, basada en aceptar la posibilidad de renunciar a la obligación de hacer todo aquello que la ciencia y la técnica permiten realizar. Sólo de este modo “la humanidad podrá liberarse de la esclavitud tecnológica y buscar nuevas actitudes vitales no determinadas por la tecnología” (González García et al, 1996: 98).

Precisamente, el corolario político que se desprende de esta concepción es el que animó a gran parte de las personas que se plantearon su crítica a partir de finales de la década de los años setenta. Una de las autoras comprometidas en este proyecto, Judy Wajcman, escribe: “nos preocupaba que esta visión de la tecnología como una fuerza externa, autónoma, que ejercía una influencia sobre la sociedad, limitara las posibilidades de compromiso democrático con la tecnología, al presentar un conjunto restringido de opciones: la aceptación carente de crítica del cambio tecnológico, la adaptación defensiva al mismo o el rechazo sin más de éste” (Wajcman, 2006: 54). Efectivamente, la tesis del determinismo tecnológico conduce a una actitud ciertamente pesimista desde el punto de vista del compromiso político activo¹². Esta concepción de la tecnología suele estar en la base de posiciones extremas en la valoración de la tecnología: la posición tecnófila, que considera la tecnología como motor del progreso y ve precisamente en su autonomía, en su capacidad de eludir presiones externas, su potencial positivo; y la posición tecnófoba, que considera a la tecnología aliada de posiciones sociales dominantes y portadora de valores que acabarán por aumentar la explotación y por deshumanizar la civilización.

Otras posturas aparentemente menos extremas, puesto que no parten de una valoración a priori de la tecnología como positiva o negativa, plantean la necesidad de evaluar, anticipándolos, los impactos que una aplicación tecnológica concreta puede tener en la sociedad. Como explican Marta González, José Antonio López y José Luis Luján, “si se considera que el cambio tecnológico es fundamentalmente beneficioso, lo recomendable no es oponerse a su proceso de evolución. La organización social debe adaptarse al progreso técnico de acuerdo con los imperativos de la tecnología”. Esta sería, por ejemplo, la propuesta de Alvin Toffler (1982)¹³. “Si, por el contrario, se considera que el cambio tecnológico no beneficia a la sociedad, lo único recomendable es acabar con la tecnología. De nuevo actitudes polares enfrentadas” (Toffler, 1982: 634; González García y otros, 1996: 134).

¹² Ciertamente caben las acciones que podríamos calificar de “heroicas”, como la protagonizada por el biólogo francés Jacques Testart, miembro del equipo que participó en la concepción y el nacimiento de la primera “bebé probeta” en Francia. Testart abandonó posteriormente el equipo aduciendo casi literalmente la propuesta de Ellul: “creo que ha llegado el momento de pedir una pausa; de que el propio investigador fije sus límites. Porque el científico no es un ejecutor obligado de cualquier proyecto salido de una lógica inherente a su propia técnica” (Testart, 1992: 25). Su postura puede considerarse encomiable, pero no sería realista desde el punto de vista político y social confiar en que éste sea el único modo de incidir en el desarrollo tecnológico.

¹³ Citado por González et al (1996: 134).

Tal y como se explicará más adelante, criticar el determinismo tecnológico no supone necesariamente negar la fuerza y el poder de la tecnología para propiciar cambios sociales, y tampoco minimizar el peso de la dinámica interna de la práctica tecnocientífica y sus inercias a la hora de marcar líneas de desarrollo tecnológico y a la hora de adoptar estrategias vinculadas a intereses concretos o a planteamientos políticos.

La nueva sociología de la tecnología partió de la idea de que los artefactos tecnológicos son el resultado de un proceso en el que intervienen factores sociales, políticos, económicos, valores e intereses. La tecnología está socialmente configurada y la influencia de los factores mencionados no sólo afecta a su uso -“corriente abajo”-, sino que actúa fundamentalmente “corriente arriba”, es decir, en las fases de diseño y elaboración de los productos tecnológicos. Los imperativos técnicos son importantes, pero el hecho de que una tecnología llegue a triunfar sobre otras posibles no depende exclusivamente de un criterio de eficacia, de que sea la mejor en términos exclusivamente técnicos, sino que su éxito, e incluso el hecho de que se le conceda superioridad técnica, depende en gran medida de factores sociales.

Con el fin de ofrecer una mayor precisión en el desarrollo de los argumentos centrales, conviene mencionar que las principales aportaciones conceptuales fueron realizadas desde tres enfoques: el enfoque social-constructivista, la teoría del actor-red y los enfoques de configuración social y sistemas sociotécnicos. Todos ellos englobados en la actualidad bajo las denominaciones de “estudios constructivistas” o “estudios sociales de la tecnología” (Wajcman, 2006: 56) y ubicados en la ‘tradición europea’ antes mencionada.

Todos ellos comparten, como se mencionaba hace un momento, la crítica al determinismo tecnológico y también la evitación de caer en el otro extremo, el determinismo social. Así como niegan que la tecnología sea una fuerza autónoma que incide sobre la sociedad, también rechazan la idea de que la sociedad o los factores sociales actúen como fuerzas autónomas capaces de determinar la tecnología. Si la tecnología está condicionada por la sociedad, esta última lo está por la tecnología. Ambos flujos de incidencia no discurren paralelos sino que están continua y profundamente interrelacionados.

Volviendo a la cuestión de explicar por qué una tecnología concreta triunfa sobre otras técnicamente posibles, y cómo evoluciona en el tiempo, el **enfoque social constructivista**¹⁴, por ejemplo, desarrolla dos conceptos importantes: el de “grupos sociales relevantes” y el de “flexibilidad interpretativa”. Los grupos sociales relevantes están constituidos por las personas implicadas en un proceso de innovación tecnológica concreto. Estos grupos pueden interpretar el producto tecnológico y sus variantes de modo distinto, en función básicamente de los problemas que crean que debe o puede solucionar y de la valoración de las respuestas que la tecnología -o cada una de sus variantes- ofrezca para ellos. La flexibilidad interpretativa se refiere precisamente a esta apertura a la interpretación y siempre está

¹⁴ Autores destacados de esta corriente son, por ejemplo, Trevor Pinch, Wiebe Bijker y Donald Mackenzie.

presente, en mayor o menor grado, en el proceso de generación de las tecnologías. Durante el proceso, los grupos sociales relevantes interactúan y negocian, y la flexibilidad interpretativa decrece. Se desarrollan grados progresivos de estabilización y la posibilidad de interacción entre los miembros de los grupos sociales relevantes es cada vez más limitada. Con el tiempo, y como resultado de la dinámica anterior, la flexibilidad interpretativa se reduce hasta llegar al punto en que se produce el “cierre de las controversias”, a partir del cual se impone y/o acepta una interpretación homogénea de la variante tecnológica que ha conseguido mayor grado de estabilidad. A partir de este momento pasan a ser cada vez más las formas predominantes de la tecnología y crean una “dependencia de la senda” (path dependence) que hace que la evolución de una tecnología sea cada vez más irreversible (Wajcman, 2006: 58). El análisis de los mecanismos de cierre de las controversias no se mueve pues en el terreno exclusivamente semántico, sino que presta atención a las posiciones sociales de los grupos relevantes y a la capacidad para negociar su visión, así como al entorno sociopolítico y cultural en un sentido más amplio. Esta última consideración reviste gran interés puesto que, además de ser la que en la práctica ha resultado más difícil de aplicar en los estudios empíricos, permite, como se verá más adelante, plantear la discusión sobre cómo se determinan los grupos sociales relevantes y en qué medida el propio hecho de excluir a otros grupos, que quedan fuera de consideración, juega un papel importante en la configuración social de la tecnología.

De esta concepción se desprende la idea de que no hay nada absolutamente inevitable en el modo en que las tecnologías se producen o evolucionan. Se trata de un proceso relativamente abierto y contingente. Conviene precisar, como señala Wajcman, que la configuración de la tecnología no se detiene en la fase de innovación, sino que las tecnologías evolucionan a través de su aplicación y utilización, lo que abre la vía a pensar en la capacidad de intervención que puede llegar a tener las personas usuarias y/o destinatarias (Wajcman, 2006: 61).

La teoría del actor-red¹⁵ parte de la consideración de que cualquier proyecto tecnológico vincula necesariamente elementos heterogéneos que pueden llegar a ser muy diversos: investigadores, profesionales, artefactos, tecnologías previas, firmas industriales, entidades financieras, instituciones, marcos legislativos, mercados, tendencias sociales, patrones culturales, movimientos sociales, etc.

¹⁵ Desarrollada fundamentalmente por Bruno Latour y Michell Callon. Latour, junto con Steve Woolgar publicó en 1979 la conocida obra *Laboratory life: the social construction of scientific facts*, en la que se describía el resultado de una observación etnográfica, mostrando (abriendo la caja negra) que la vida real de la práctica científica distaba mucho de la visión predominante que de ella tenía la sociedad. La vida el laboratorio no era muy distinta de la política o de la literatura. Posteriormente desarrolló con Michell Callon la teoría del actor red, cuyo contenido fundamental aparece expuesto en el libro publicado por Latour en 1987 *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Otro de los autores iniciales destacados es John Law.

El proceso de innovación y desarrollo tecnológico se produce mediante la interacción de diversos actores tanto sociales como técnicos, humanos y no humanos. Estos actores constituyen los nodos de una red cuyas conexiones son las relaciones que se establecen entre ellos. Los elementos de la red (tanto los actores como las relaciones) son heterogéneos y potencialmente inestables.

Una de las ideas más sugerentes y controvertidas fue la de afirmar el carácter de actor (“actante”) que se confiere a las entidades no humanas. Los dispositivos tecnológicos, las herramientas y los artefactos “actúan” ejerciendo un poder de conformación de la realidad en la que intervienen. Permiten, en palabras de Bruno Latour, la “delegación en los no humanos” en el ejercicio de este poder¹⁶. Este poder suele pasar desapercibido en la vida cotidiana, puesto que cuando los sistemas técnicos están plenamente integrados en el tejido social se “naturalizan” y se disuelven en el paisaje. (Wajcman, 2006: 63; 65). Aunque llevada al extremo esta consideración puede conducir a caer en una nueva forma de determinismo tecnológico, resulta sugerente -utilizada con cautela y precisión- para entender y estudiar el carácter implícita o explícitamente político de los dispositivos técnicos.

En la configuración de un proyecto, los actores-red establecen definiciones del mismo, del escenario en el que se sitúa, de los problemas que enfrenta, de la identidad y el rol que juegan los actores, y de las asociaciones y posibilidades de interacción entre ellos. El proceso se efectúa a través de mecanismos de simplificación y traducción, es decir, de reducción de la complejidad y de comunicación de la visión que se tiene del proceso. Se entablan procesos de negociación, se desarrollan estrategias de convencimiento y/o imposición en los que el conflicto de intereses, las relaciones y ejercicios de poder, aunque inestables, están netamente presentes (Latour, 1992: 225-258). Para que un proyecto se pueda desarrollar alcanzando el éxito, se requiere que los roles asignados a cada uno de los actores implicados -el papel que desempeñan y las relaciones entre ellos- sean asumidos y permanezcan relativamente estables durante el proceso. Asimismo, un proyecto o su aplicación pueden modificarse o fracasar cuando estalla la polémica y el problema puede derivar del “fallo” de cualquiera de los elementos que lo integran, sean humanos o no humanos.

Dentro de los **enfoques de sistemas** uno de los precursores y quizá el más conocido es el desarrollado por Thomas Hughes. Presenta ciertas similitudes con la teoría del actor-red al considerar que no puede hablarse propiamente de dispositivos tecnológicos meramente técnicos, aislados del contexto. Aunque la innovación tecnológica se base fundamentalmente en la tecnología anteriormente existente, el proceso vincula elementos técnicos,

¹⁶ Judy Wajcman alude a los ejemplos de Latour en los que explica cómo las puertas automáticas y los badenes de carretera demuestran hasta qué punto los objetos técnicos definen a los actores, el espacio en el que éstos se mueven y las maneras en que se comportan e interactúan. Acertadamente denominados «guardias tum-bados», los badenes de carretera tienen por misión obligar a los conductores a reducir la velocidad allí donde el imperio de la ley no es suficiente. De esta manera, cabe decir que el propio mundo material ejerce una especie de agencia.

financieros, empresariales, sociales, políticos y culturales (Wajcman, 2006: 57). Todos ellos y sus relaciones integran un sistema sociotécnico. “Al igual que en la teoría de la red de actores, en el estudio de los sistemas sociotécnicos el énfasis se pone en la interacción entre factores sociales (culturales, políticos, económicos y organizativos, más concretamente) y factores tecnológicos. Se analiza cómo los intereses de los actores sociales configuran las tecnologías, pero también cómo estas estructuras, definen y redefinen las relaciones sociales entre actores” (González García y otros, 1996: 90).

El término sociotécnico condensa la estrecha relación que existe entre factores y procesos sociales y factores y procesos técnicos, idea, como se ha expuesto, compartida por todos los enfoques. Así pues, lo que explica el éxito o la ventaja de un tecnología sobre otra no es su eficacia técnica. Pero tampoco los intereses de un actor concreto considerado de forma aislada¹⁷. Como se mencionaba hace un momento de la mano de Judy Wajcman, la adopción de una tecnología la hace cada vez más irreversible, de modo que el argumento de que las empresas sencillamente eligen las tecnologías que les ofrecen mayor beneficio puede ser cuestionado teniendo en cuenta la complejidad de los procesos de innovación. Se producen en contextos relativamente inciertos e inestables en los que la estimación de costes y beneficios resulta difícil de establecer, deben anticiparse, por ejemplo, las respuestas de los mercados, lo que comporta una interpretación de las pautas y tendencias de consumo, de las características sociales de las personas pensadas como usuarias. Redes heterogéneas o sistemas sociotécnicos configuran un entorno en el que los proyectos elegidos pueden considerarse viables. (Wajcman, 2006: 57-58).

2.1.3. Planteamientos y conceptos destacados de la tradición americana

Las diversas corrientes que integran la tradición americana centran su atención en los efectos sociales de las tecnologías. Esto no supone que consideren la tecnología como un producto neutral derivado de la dinámica tecnocientífica, más bien al contrario. Parten de

¹⁷ Wajcman cita el conocido caso de la nevera eléctrica presentado por Ruth Schwartz Cowan en 1985: “Tomemos el ejemplo de algo en lo que raramente nos detenemos a pensar: la nevera eléctrica. Sabemos, por lo que nos han dicho los historiadores de la tecnología, que hubo un tiempo en el que se podía elegir entre una nevera eléctrica y una nevera de gas y que ambas eran igualmente eficaces. General Electric disponía de los recursos financieros necesarios para invertir en el desarrollo del modelo eléctrico, mientras que los productores de neveras de gas, aunque tenían un producto que desde el punto de vista de los consumidores presentaba verdaderas ventajas, carecían de los recursos para desarrollar y comercializar su máquina. El poder económico, y no una superioridad técnica, hizo que la nevera eléctrica se impusiera sobre su competidora. Sin embargo, el diseño de este electrodoméstico de cocina de línea blanca también se vio marcado por la proliferación, después de la Segunda Guerra Mundial, de viviendas unifamiliares que requerían electrodomésticos pequeños. Este entorno artificial es a la vez el sostén del ideal cultural de la separación entre los ámbitos público y privado. Los roles de género y las divisiones sexuales forman parte del sistema o de la red sociotécnicos. (Wajcman, 2006: 57)

la idea de que las decisiones sobre las líneas de investigación y sobre las tecnologías que se adoptan están regidas por criterios valorativos y políticos, en sentido amplio. Sin que ello suponga necesariamente que incurran en una visión dominada por el determinismo tecnológico, confieren a la tecnología un enorme poder para conformar la sociedad, las relaciones sociales y la vida de las personas. El hecho de que esto ocurra escapando al control democrático y a la participación social en el diseño de las políticas tecnológicas y en los procesos de toma de decisiones les preocupa profundamente. Sus reflexiones y motivaciones están pues claramente vinculadas a una toma de postura activa. Plantean la necesidad de establecer mecanismos para evaluar las tecnologías y para establecer un control democrático de las mismas.

En términos generales se muestran críticos con los enfoques desarrollados desde posiciones constructivistas, a los que acusan de descuidar el estudio y evaluación de las consecuencias sociales de las elecciones técnicas y de ser, en la práctica, políticamente conservadores.

Una de las figuras destacadas de la tradición americana y quizá la más conocida es la del politólogo Langdon Winner. En su conocido artículo titulado “¿Tienen política los artefactos?” plantea que la crítica al determinismo tecnológico efectuada por los estudios sociales de la tecnología “sirve como correctivo necesario para aquéllos que se ocupan de manera acrítica de asuntos tales como el ‘ordenador y sus impactos sociales’, pero no miran detrás de los aparatos técnicos para descubrir las circunstancias sociales de su desarrollo, empleo y uso. Este enfoque proporciona un antídoto contra el determinismo tecnológico ingenuo”, pero incurren con frecuencia en una suerte de determinismo social. Presenta su propuesta como “un complemento necesario, más que un sustituto, de las teorías de la determinación social de la tecnología” (Winner, 1986: 23)

En opinión de Winner, el enfoque constructivista presenta deficiencias en la identificación de los factores y agentes sociales implicados en la configuración de la tecnología. Por un lado, porque cuando definen los grupos sociales relevantes se fijan tan sólo en aquellos que han podido acceder a participar en el proceso y, al hacerlo, excluyen a otros grupos (no relevantes) que posiblemente van a verse afectados por los resultados y que no han podido hacer oír su voz. Por otro lado, porque al analizar el proceso se centran únicamente en las necesidades inmediatas, intereses, problemas y soluciones de grupos específicos, sin tener en cuenta los factores culturales, intelectuales o económicos de mayor alcance que inciden sobre la tecnología mediante su influencia sobre las estructuras sociales en sentido amplio. (González García et al, 1996: 110; Winner, 1995: 311). Es importante, afirma Winner, dar cuenta de las decisiones que se adoptan y cómo se adoptan, pero también del "programa oculto" que influye en tales decisiones, y que nunca se hace explícito. Se trataría de desvelar intereses y procesos sociales más profundos que pueden estar en la base de las elecciones sociales de la tecnología.

La aplicación de la tecnología tiene efectos sociales poderosos, hasta el punto de que conforma los modos de vida. La introducción de un nuevo sistema tecnológico configura un nuevo escenario que define las condiciones materiales y culturales en las que los actores implicados van a interactuar, afectando incluso a la identidad de los mismos, a su manera de pensar y de actuar en la vida cotidiana. En este sentido, tienen y hacen política. Los intereses que están detrás de la elección y el impacto social que van a producir resultan a menudo imperceptibles para la población, que sólo llegará a darse cuenta de ellos una vez que los cambios se hayan producido, es decir, cuando la tecnología ya esté implantada. Por este motivo, afirma Winner, al aceptar acríticamente una tecnología estamos firmando un contrato social implícito cuyos términos no son necesariamente desvelados de antemano y cuyas condiciones y efectos sólo advertimos mucho después de su firma (González, 1996: 135; Winner, 1986). Pero, incluso cuando la tecnología ya está en marcha, es posible que no emerja conciencia crítica alguna, puesto que en una sociedad tecnologizada como la nuestra, los cambios que se operan en la mentalidad, expectativas y patrones de conducta con la introducción de un nuevo artefacto, rápidamente de “naturalizan” formando parte del paisaje cotidiano. (Winner, 1986: 11). Esta actitud generalizada es referida por Winner con el concepto de “sonambulismo tecnológico”. En palabras del autor: “el interesante problema de nuestro tiempo es que caminamos dormidos voluntariamente a través del proceso de reconstrucción de la existencia humana” (1986: 26).

El sonambulismo tecnológico no es, sin embargo, ineludible. Es posible que durante el proceso de aplicación de la tecnología las personas usuarias la interpreten de un modo particular y le confieran usos y significados que pueden diferir de los que estaban previstos en su diseño y planificación originaria. Pueden utilizarla, pues, en un sentido estratégico, acercándola a sus intereses, necesidades, valores y modos de hacer.

Para Winner existen dos formas en las que los artefactos pueden poseer propiedades políticas. En primer lugar, cuando la invención, diseño y preparativos de un determinado instrumento o sistema técnico se convierten en un medio para alcanzar un determinado fin dentro de una comunidad¹⁸. En segundo lugar, existen tecnologías que se pueden denomi-

¹⁸ “Todo el que haya viajado alguna vez por las autopistas americanas y se haya acostumbrado a la altura habitual de sus pasos elevados puede que encuentre algo anormal en los puentes sobre las avenidas de Long Island, en Nueva York. Muchos de esos pasos elevados son extraordinariamente bajos, hasta el punto de tener tan sólo nueve pies de altura en algunos lugares. Incluso aquellos que perciban esta peculiaridad estructural no estarían inclinados a otorgarle ningún significado especial. En nuestra forma habitual de observar cosas tales como carreteras y puentes, vemos los detalles de forma como inocuos, y raramente pensamos demasiado en ellos.

Resulta, no obstante, que los cerca de doscientos pasos elevados de Long Island fueron deliberadamente diseñados así para obtener un determinado efecto social. Robert Moses, el gran constructor de carreteras, parques, puentes y otras obras públicas de Nueva York entre los años veinte y setenta, construyó estos pasos elevados de tal modo que fuera imposible la presencia de autobuses en sus avenidas. De acuerdo con las evidencias presentadas por Robert A. Caro en su biografía de Moses, las razones que el arquitecto ofrecía reflejaban su sesgo clasista y sus prejuicios raciales. Los blancos de las clases “ricas” y “medias acomodadas”, como él los llamaba, propietarios de automóviles, podrían utilizar libremente los parques y playas de Long Island para

nar inherentemente políticas, es decir, sistemas ideados por humanos que parecen necesitar o ser fuertemente compatibles con ciertos tipos de relaciones sociales. Advierte de que hay que actuar con cautela a la hora de conferir un carácter inherentemente político a una tecnología. En algunos casos las tecnologías son relativamente flexibles en su diseño y planificación, y variables en cuanto a sus efectos. Aunque se pueden reconocer los resultados producidos en un medio particular, también se puede fácilmente imaginar cuáles serían los muy diferentes resultados y consecuencias políticas de la construcción y empleo de un artefacto o sistema tan sólo parecido pero distinto. “La idea que debemos someter a examen y evaluar es la de que ciertos tipos de tecnología no permiten tanta flexibilidad y que elegirlos es elegir una determinada forma de vida política¹⁹.” (Winner, 1986: 23)

Así pues, el carácter político de la tecnología deriva de su capacidad de ordenar el mundo. Las elecciones que se adopten significarán optar por un modo u otro de hacerlo. Conscientemente o no, deliberada o inadvertidamente, las sociedades eligen estructuras para las tecnologías que influyen sobre cómo van a trabajar las personas, cómo se van a comunicar o cómo van a consumir. En los procesos mediante los cuales se toman las decisiones sobre estas estructuras, las relaciones de poder y las relaciones de saber-poder van a jugar un papel determinante y a medida que el proceso avanza la flexibilidad se restringe.

“Debido a que las elecciones respecto al equipamiento material, la inversión de capital y los hábitos sociales tienden muy pronto a estabilizarse, la primitiva flexibilidad respecto a los propósitos prácticos desaparece una vez que se adoptan ciertos compromisos iniciales. En este sentido, las innovaciones tecnológicas se asemejan a los decretos legislativos o las fundamentaciones políticas que establecen un marco para el orden público que se perpetuará a través de las generaciones. Por esta razón, deberíamos conceder a la construcción de autopistas, la creación de redes de televisión y la introducción de características aparentemente insignificantes en las nuevas máquinas, la misma cuidadosa atención que a las reglas, los papeles y las relaciones en la política. Estos elementos que unen o dividen a las personas dentro de una sociedad particu-

su ocio y diversión. La gente menos favorecida y los negros, que normalmente utilizaban el transporte público, se mantendrían a distancia de dicha zona porque los autobuses de doce pies de altura no podrían transitar por los pasos elevados. Una consecuencia era la limitación del acceso de las minorías raciales y grupos sociales desfavorecidos a Jones Beach, el parque público más alabado de los que Moses construyó. Moses se aseguró de que los resultados de sus diseños fueran efectivos vetando poco después una propuesta de extensión del ferrocarril de Long Island hasta Jones Beach” (Winner, 1986: 25)

¹⁹ “Tomando el ejemplo más obvio, la bomba atómica es sin lugar a dudas un artefacto inherentemente político. Mientras exista, sus propiedades letales exigen que esté controlada de forma centralizada dentro de una cadena de mandos jerárquica y cerrada a todo tipo de influencias que puedan convertir su labor en algo imprevisible. El sistema social interno a la bomba tiene que ser obligatoriamente autoritario: no hay otra forma posible. Este estado de cosas es una necesidad práctica independiente del sistema político en el que se encarna la bomba, independiente del tipo de régimen o del carácter de sus gobernantes. De hecho, los estados democráticos deben encontrar formas de asegurar que las estructuras sociales y la mentalidad características de la gestión de las armas nucleares no se “mezclen” ni se “extiendan” en el estado como un todo.” (Winner, 1986: 26)

lar no se construyen sólo por medio de las instituciones y prácticas políticas, sino también, y de manera menos evidente, por medio de planes tangibles de acero y hormigón, cables y transistores, tuercas y tornillos” (Winner, 1985: 29).

La preocupación central es, para la tradición americana, determinar cómo se puede favorecer la democratización de los proyectos y sistemas tecnológicos y cómo se pueden favorecer posturas sociales activas. La educación y el activismo político jugarán un papel fundamental.

Cerrando este breve apartado, se podría concluir que, más allá de las divergencias, los diversos enfoques permiten considerar la tecnología como el resultado de un proceso relativamente abierto y contingente, condicionado por factores contextuales y dinámicas específicas, en los que la presencia de intereses y las relaciones de poder son hechos constitutivos. Se destierra así la imagen de una tecnociencia neutral y autónoma regida exclusivamente por criterios técnicos y desvinculada de valores y finalidades sociales, profesionales y políticas. Al tiempo, la propia tecnociencia socialmente configurada conforma activamente este contexto social, y ambos procesos no son paralelos sino que están estrechamente relacionados.

2.2. ENFOQUES FEMINISTAS SOBRE TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD

El objetivo principal de este apartado es mostrar cómo se ha incorporado la perspectiva de género al estudio de las relaciones entre tecnología y sociedad y las perspectivas que abre, en particular, para el análisis de las técnicas de reproducción asistida.

Para ello, en primer lugar se efectúa un breve repaso de las principales contribuciones feministas al estudio de las relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad. Con ello se busca resaltar el hecho de que, como ha ocurrido en otros terrenos, la introducción de la perspectiva de género obliga a una revisión teórica, conceptual y metodológica en este campo. Tiene, por tanto, implicaciones de orden epistemológico, metodológico y técnico. De nuevo conviene precisar que la exposición no busca la exhaustividad, ya que existe una amplísima bibliografía sobre el tema. La voluntad que la orienta es la de presentar los núcleos básicos sobre los que se apoya la posición que se adopta en el desarrollo de esta tesis.

Seguidamente se recoge la trayectoria de las reflexiones e investigaciones feministas sobre tecnologías de reproducción y, en particular, sobre técnicas de reproducción asistida que se han producido en los últimos años. Se efectúa una evaluación crítica de las mismas, destacando y recuperando los temas en los que se han centrado y que han servido de base, tanto para el desarrollo de los capítulos siguientes, como para el planteamiento, la formulación de hipótesis y el análisis e interpretación de los resultados del trabajo empírico.

2.2.1. La incorporación de la perspectiva de género

Las reflexiones sobre género y tecnología cuentan con una corta -algo más de tres décadas- pero intensa trayectoria. En el momento actual existen propuestas interesantes y sugerentes que plantean un marco potente tanto para el desarrollo de la investigación como para la acción social en este terreno. Se situarían en esta línea las denominadas iniciativas tecnofeministas como, por ejemplo, la de Judy Wajcman (2006). Son en gran medida resultado del fructífero -aunque desigual- intercambio entre los enfoques feministas en el estudio de la tecnociencia y las aportaciones de los estudios sobre tecnología y sociedad reseñados en el apartado anterior. Adoptan una perspectiva que considera simultáneamente el impacto diferencial del cambio tecnológico en mujeres y hombres, y la afirmación de que mujeres y hombres, a su vez, conforman la tecnología, es decir, que los procesos tecnológicos y su resultado están configurados por las relaciones, los códigos y las identidades de género. Conciben, en definitiva, una relación mutuamente conformadora entre género y tecnología (Wajcman, 2006: 7; 15).

2.2.2. La preocupación por la exclusión de las mujeres del campo científico y tecnológico. El feminismo liberal de segunda ola

El interés sistemático del feminismo por la ciencia empieza a mostrarse en los años sesenta, década en la que se desarrollan estudios encaminados a recuperar los logros de las mujeres en este terreno y que habían sido ignorados, pasando desapercibidos. Varias investigadoras escribieron y publicaron biografías sobre mujeres científicas en las que demuestran las aportaciones originales y valiosas que éstas realizaron en sus campos específicos²⁰. Subrayan la ocultación de la que han sido objeto, así como la falta de apoyo y de reconocimiento de iniciativas auspiciadas por otras mujeres científicas, que se vieron canceladas por una ciencia dominada y gestionada por hombres. El primer paso consistió pues en conseguir la acreditación de las mujeres como integrantes legítimas de la comunidad científica (Molfino and Zucco, 2008: 3).

²⁰ Una de las más conocidas fue la de la genetista Bárbara McClintock, publicada por Evelyn Fox Keller (1983). Así como la de Rosalind Franklin, publicada por Anne Sayre (1975). “Sus fotografías por difracción de rayos X fueron claves para que Watson y Crick pudieran proponer el modelo de doble hélice del ADN que les proporcionaría el Premio Nobel en 1962 junto a Maurice Wilkins. Sin embargo, silenciada por la historia de la ciencia y una temprana muerte, y ridiculizada en la narración autobiográfica que Watson hace del episodio, su contribución no tuvo ningún reconocimiento (ninguno de los galardonados la recordó en la entrega de los premios, su nombre ni siquiera aparecía en las reconstrucciones en enciclopedias, libros de texto y museos de ciencia...) hasta la publicación de la biografía que escribe Anne Sayre” (González García y Pérez Sedeño: 2002)

Durante la década de 1970 comienzan a cobrar fuerza los “Women’s Studies” que, impulsados por feministas adscritas a diversas disciplinas, van introduciéndose en el mundo académico, sobre todo en las ciencias sociales. Como es sabido, denuncian la ausencia de las mujeres en los ámbitos definidos como públicos en la sociedad patriarcal y en las estructuras de poder. Uno de los campos en los que la escasez de mujeres resulta más patente es precisamente el de la ciencia y la tecnología. A pesar de la tendencia creciente a la incorporación de las mujeres a los estudios superiores y a pesar de la inexistencia de trabas formales, las ciencias puras y experimentales así como las ingenierías continúan siendo terreno vedado para ellas. Son pocas las que acceden y éstas, particularmente brillantes, encuentran enormemente limitadas sus posibilidades de carrera. Esta identificación de la ciencia como territorio masculino y masculinizado por excelencia no sólo actúa como mecanismo de exclusión de las mujeres, sino que también está en la base de las orientaciones prácticas de la ciencia y, por lo tanto, de las aplicaciones tecnológicas, fuertemente sesgadas por una mirada androcéntrica.

En los años ochenta, investigadoras en el campo de la biomedicina (Birke, 1985; Fausto-Sterling, 1992; Keller, 1983; Rosser, 1988) mostraron que la predominancia de varones científicos alimentaba este sesgo, de manera que se excluía a las mujeres como sujetos experimentales, centrándose en patologías y problemas que interesaban sobre todo a los hombres e interpretando los datos basándose en un lenguaje y con unos parámetros androcéntricos. Esta exclusión y este sesgo comportaron consecuencias para la salud de las mujeres, como, por ejemplo, los errores de diagnóstico y los tratamientos inadecuados, que produjeron en muchos casos, como en el de las enfermedades cardiovasculares, mayores tasas de mortalidad femenina (Rosser, 2006: 15).

Aunque se pensó que la equidad en la presencia y posición de las mujeres en los ámbitos científicos y tecnológicos podría corregir el sesgo de género en los usos de la ciencia, haciendo visibles sus intereses y favoreciéndolos, desde la corriente del feminismo liberal no se llegó a entrar en el terreno de los fundamentos de la ciencia y la tecnología. No se cuestionó la dinámica interna de producción de conocimiento científico, que continuó siendo implícitamente considerada como objetivo, neutral y abierto formalmente a mujeres y hombres. El interés se centró en desvelar los obstáculos en el acceso de las mujeres a las instituciones y las trabas que dificultaban el desarrollo de la carrera científica y las trayectorias laborales. La respuesta fue planteada -durante los años setenta y ochenta- en términos de favorecer el acceso a la educación y al empleo en estos campos, pensando que la combinación de cambios en los procesos de socialización -animando a las mujeres a integrarse-, con la aplicación de políticas de igualdad de oportunidades, darían como resultado el aumento de la presencia femenina (Wajcman, 2006: 26-27). Se esperaba, asimismo, que la presencia de mujeres conllevara el cambio en las orientaciones prácticas de la ciencia y en los usos de la tecnología, ya que podrían emerger otros valores y otras finalidades.

El éxito limitado de estas actuaciones llevó a plantear otras interpretaciones del problema. Sin negar la importancia de las políticas de acceso y de igualdad de oportunidades, el planteamiento del feminismo liberal se consideró demasiado estrecho, ya que situaba el problema en las mujeres y lo definía en términos de relaciones de poder individuales, así como de modelos tradicionales de socialización que configuraban una identidad pasiva que favorecía la autoexclusión. Para entender las dificultades del cambio era necesario reorientar la mirada hacia las estructuras sociales y considerar la relación entre presencias y ausencias de mujeres y hombres en los distintos ámbitos de la vida social (Izquierdo, 1988: 51). Se trataba, en definitiva, de inscribirlo en el contexto global de la división del trabajo en su sentido más amplio. Las relaciones de poder debían situarse asimismo en la dimensión estructural atendiendo, en particular, al sesgo androcéntrico que permeaba la práctica tecnocientífica. En este sentido, se alertaba de que animar a las mujeres a integrarse en este universo masculino, sin cuestionarlo, suponía instarlas a adoptar el modelo dominante, experimentando un auténtico proceso de ‘desgenerización’. La incorporación de las mujeres no modificaba el sesgo de género y, de hecho, los hombres no se veían sometidos a un proceso análogo (Wajcman, 2006: 27).

En este sentido, Evelyn Fox Keller (1985) planteó que si bien uno de los aspectos importantes de la revolución cultural de las dos últimas décadas fue el aumento notable en el número de mujeres científicas -sobre todo en las ciencias de la vida-, la presencia de las mujeres en sí misma no garantizaba el verdadero cambio (Keller, 1991: 191)

El problema no eran las mujeres sino el modo en el que estaba configurada la tecnociencia. Ya desde la década de los años ochenta, se produce un desplazamiento en las reflexiones sobre género ciencia y tecnología, pasando de plantear la ‘cuestión de las mujeres’ en la ciencia y en la tecnología a cuestionar la ciencia y la tecnología en tanto que prácticas neutrales (Fausto-Sterling, 1992: 146; Harding, 1996: 34; Pérez Sedeño, 2005, 2006, 2007; Molfino and Zucco, 2008). Tal y como señalan Marta González y Eulalia Pérez Sedeño, este cambio de orientación “no constituye un proceso de superación, dado que los estudios de exclusión siguen cumpliendo una función crucial para todo el espectro de análisis sobre género y actividad científico-tecnológica” (González García y Pérez Sedeño: 2002).

2.2.3. La crítica a la tecnociencia patriarcal. El carácter “generizado” de la tecnología

La puesta en cuestión de la supuesta objetividad y neutralidad de la ciencia se inició con el movimiento de ciencia radical de orientación marxista. Desde este planteamiento se consideraba a la ciencia y sus aplicaciones como un instrumento al servicio de los intereses capitalistas, y la crítica no se centraba tan sólo en el uso que se hiciera de ella, sino tam-

bién en la dinámica interna de la propia ciencia. Las relaciones sociales, el ejercicio del poder y la dominación no eran influencias externas sino factores constitutivos de la ciencia (Wajcman, 2006: 31). Aunque inicialmente no se prestó atención específica a las relaciones sociales de género, el hecho de contemplar las relaciones sociales de dominación abrió el camino para que, desde el feminismo, se abordara la crítica a la neutralidad de la ciencia, tomando la desigualdad entre mujeres y hombres y las relaciones de género como núcleo analítico central. De hecho, numerosas pensadoras feministas ya habían establecido anteriormente la relación entre capitalismo y patriarcado (Merchant, 1979).

Desde esta perspectiva, la pregunta prioritaria ya no era cómo conseguir que las mujeres accedieran a la ciencia y fueran tratadas con mayor equidad, sino si era posible cambiar la ciencia para que trabajara al servicio de otros intereses radicalmente opuestos y, en caso afirmativo, cómo hacerlo. Dominada por valores masculinos e intereses patriarcales y capitalistas, la ciencia²¹ respondía a un afán de control, dominio y explotación de la naturaleza y de las personas, por lo que no era tanto ajena a las mujeres, que lo era, sino que actuaba en contra de ellas, sometiénolas y utilizándolas para sus fines. La ciencia fue considerada, por tanto, como inherentemente patriarcal. A partir de esta consideración, para algunas sólo cabía el rechazo de la ciencia y/o la construcción de una ciencia diferente²².

Diversas corrientes tales como el feminismo radical y el ecofeminismo²³ compartieron esta visión de la ciencia y algunas exploraron la posibilidad de crear una nueva ciencia basada en los valores de las mujeres: humanismo, pacifismo, cuidado de la vida y de los otros, etc.²⁴. Pero, ante el reconocimiento de la fuerza imparable de los desarrollos tecnoló-

²¹ Y de modo más concreto la tecnología, puesto que traduce el conocimiento científico en herramientas para actuar sobre el mundo.

²² No todas las posiciones radicales comparten esta afirmación. Evelyn Fox Keller afirma que como científica no puede sumarse al rechazo de la ciencia y que también como tal rechaza la idea de que “la ciencia pueda ser sustituida, de novo. Aceptar este supuesto refleja una concepción de la ciencia como producto social puro, que debe obediencia a presiones morales y políticas del exterior. En este relativismo extremo, la ciencia se disuelve en ideología; se niega cualquier función emancipadora a la ciencia moderna, y el arbitrio de la verdad retrocede al dominio político.” Defiende una propuesta “más optimista” que “consiste en reclamar, desde el interior de la ciencia, que ésta sea un proyecto humano y no un proyecto masculino.” Plantea la reivindicación de una ciencia sin género que no consistiría “en una yuxtaposición o complementariedad de perspectivas masculinas y femeninas, ni tampoco la sustitución de una forma de estrechez mental por otra” Se trataría de “buscar una ciencia que no sea nombrada por el género, ni siquiera por la androginia, sino por muchas formas de nombrar diferentes”(Keller, 1991: 189-190).

²³ Hablar en singular de cada una de las corrientes supone una simplificación. Por ejemplo, tal y como plantea Alicia Puleo “el ecofeminismo no es uno sino múltiple. Incluso se ha llegado a señalar que hay tantas posiciones como teóricas del ecofeminismo. Esquematisando mucho, se pueden diferenciar dos grandes líneas de pensamiento según su manera de entender la identidad femenina y la relación humana con la Naturaleza: un ecofeminismo clásico de corte más esencialista y espiritualista que considera que las mujeres estarían biológica u ontológicamente más cerca de la Naturaleza; y otro constructivista que enfatiza las condiciones históricas y económicas”. Entrevista digital. *Mujeres en red*. 22 febrero 2009.

http://www.mujeresenred.net/news/article.php3?id_article=1714 [Última consulta, 02/11/2009].

²⁴ El ecofeminismo, en sus diversas corrientes, combina el respeto por la naturaleza y el medio ambiente con una visión de la diferencia que revaloriza a las mujeres. Como dadoras de vida (plano biológico) y como cuidadoras (plano social), las mujeres son necesariamente no violentas, inherentemente pacifistas.

gicos, la persistencia de las estructuras patriarcales y la constatación de que la presencia de mujeres no alteraba automática y sustancialmente las prácticas científicas en la mayoría de los casos, la postura principal dentro de estas corrientes fue de rechazo frontal de la tecnología, denominada ya clásicamente como tecnofobia.

La principal crítica que han recibido estos planteamientos es que son en gran medida reduccionistas y esencialistas, tanto en su concepción de las mujeres y del género, como en su concepción de la tecnología.

Por un lado, porque establecen una distinción dicotómica cerrada entre masculinidad y feminidad. Aunque aportan matices interesantes, que serán comentados posteriormente, en términos sintéticos y generales tienden a presentar la feminidad y los valores de las mujeres como directamente derivados de las diferencias biológicas entre sexos. Existiría algo quintaesencial en ser mujer o en ser hombre y ello remitiría originalmente a las especificidades biológicas, que serían reforzadas por la experiencia. En esta línea podría citarse, por ejemplo, la aportación de Susan Griffin cuando plantea que el patriarcado ha definido y sometido tradicionalmente la esencia de la mujer y reivindica una visión empoderante de la diferencia. Su propuesta es darle la vuelta al argumento y defender la superioridad y legitimidad de la feminidad, en tanto que conectada con la naturaleza, y considerar la masculinidad como “lo otro” (Griffin, 1978: 263). También resulta relevante el concepto de “pensamiento maternal” desarrollado por Sara Ruddick, que se incorpora como un elemento importante del movimiento pacifista. El carácter pacifista de las mujeres emerge de su naturaleza y es ratificado por la práctica. La práctica maternal, que incluye la maternidad y la responsabilidad en el cuidado de los hijos es la que informa el pensamiento maternal, y puede resultar muy útil si de canaliza hacia el activismo (Ruddick, 1989).

Este esencialismo alimenta una visión dualista estrecha de las categorías de género y, aunque cuestiona la jerarquización entre hombres y mujeres que el patriarcado introduce a través de ellas, acaba por reproducir la misma lógica dualista, aunque invirtiendo las posiciones. Al hacerlo, elimina una de las principales virtualidades del concepto de género y del concepto de sistema género-sexo desarrollado por el feminismo en los años ochenta: denunciar la reducción de las diferencias individuales y sociales que implicaba la construcción social de dos categorías humanas, hombres y mujeres, a partir de la diferencia sexual y la atribución consecuente de los códigos de género respectivos²⁵. También confiere un carácter permanente y relativamente estático a los códigos de género, ignorando el esfuerzo por presentar el género como algo fluido, flexible y complejo, sometido a constantes procesos de negociación y redefinición, que animó la propuesta conceptual señalada²⁶. Corre asimismo el riesgo de perder de vista cómo la identidad y las experiencias de las

²⁵ Una explicación detallada es la que ofrece, por ejemplo, M^a Jesús Izquierdo (1988: 51)

²⁶ Un ejemplo de la denuncia a la reificación de las categorías de género y los problemas que plantea al feminismo es la desarrollada por Judith Butler (1990; 2001; 2006)

mujeres están fuertemente condicionadas por su posición social. Algunas autoras han denunciado que implícitamente adoptan un prototipo, blanco, eurocéntrico y de clase media, de mujer y de feminidad (Lorde, 1984)²⁷. Se ignoran las diferencias entre las mujeres y se invisibilizan todos los factores sociales y culturales²⁸: edad, orientación sexual, etnia, contexto histórico, clase social, etc. (Lublin, 1998: 54). En resumen, continuar atrapadas en el dualismo significa en última instancia considerar que todas las mujeres son esencialmente iguales y viven experiencias similares, lo que plantea indudables problemas tanto de tipo epistemológico como político.

Por otro lado, si bien la afirmación de que la ciencia y la tecnología existentes son inherentemente patriarcales y antimujeres tiene como aspecto positivo la denuncia de la carga ideológica y política de las mismas, la rotundidad de la afirmación y el pesimismo que la acompaña, acaban simplificando los términos del posible debate. No anima a un estudio sistemático de los procesos y, aunque estimula el activismo, dificulta enormemente la adopción de posturas políticas efectivas. En cierto modo podría decirse que se adopta una visión dominada por el determinismo tecnológico. La tecnología emerge con una imagen de fuerza demoníaca de explotación y destrucción en manos de los hombres que se opone frontalmente a la feminidad y a las mujeres (Berg and Lie, 1995: 342). Ante ella las mujeres aparecen indefectiblemente como víctimas uniformes, pasivas, o como resistentes, pero sin poder participar activamente en la dinámica tecnológica.

A pesar de todo, se puede reconocer que estas aportaciones ejercieron un impacto muy positivo en el debate acerca del género y la tecnología, llevándolo más allá de la bondad o la perversidad de los usos que de ella pudieran hacerse. Se centraron en el carácter político de la propia tecnología.

“Estos planteamientos eran una enérgica afirmación de que los intereses y las necesidades de las mujeres eran distintos de los de los hombres y pusieron de manifiesto que las tecnologías actuales no siempre están al servicio de las mujeres. También contribuyeron a desarrollar un debate más sofisticado sobre la exclusión de las mujeres de los procesos de innovación y sobre la adquisición de competencias técnicas por parte de éstas. Donde el feminismo liberal veía poder, en términos de relaciones entre personas individuales, el feminismo radical subrayaba la manera en que el poder estaba más profundamente arraigado en las estructuras sociales” (Wajcman, 2006: 38).

De su principal aporte -que fue desvelar la profundidad y el alcance del tecnopoder patriarcal- derivó una de sus principales debilidades. La frustración y el pesimismo que comprensiblemente generó tal reconocimiento, llevó a pasar por alto las posibilidades de sub-

²⁷ Citada por Lublin (1998)

²⁸ En este sentido conviene matizar que, por ejemplo, la aportación de Vandana Shiva, que incorpora la dimensión de la hegemonía de los países occidentales desarrollados sobre países, recursos y culturas del tercer mundo (Shiva, 2001: 146)

versión que las nuevas tecnologías podían ofrecer, así como las de desestabilizar las estructuras patriarcales (Wajcman, 2006: 49). La propia Wajcman se incluye entre las afectadas por este sentimiento, reconociendo que en su libro *Feminist Confronts Technology* existen “huellas evidentes de esta herencia”. Aunque en ella criticaba las posiciones radicales y ecofeministas que rechazaban la tecnología y eran pesimistas sobre la posibilidad de rediseñarlas, reconoce literalmente: “resalto más la tendencia de los desarrollos tecnológicos a consolidar las jerarquías de género que las perspectivas de cambio que estos brindan. En resumen, la obra no presta la suficiente atención a la agencia de las mujeres” (Ibíd.:50).

2.2.4. Propuestas tecnofeministas

Tal y como se apuntaba al inicio del capítulo, ha habido un interés creciente dentro del feminismo por estudiar el modo en que género y tecnología se conforman mutuamente. Algunas autoras proponen el concepto de “co-creación” para expresar la tesis de que género y tecnología están profundamente interrelacionados. Esta idea es al tiempo simple y enormemente compleja, y requiere un abordaje multidisciplinar. El proceso mediante el cual se produce la co-creación debe ser estudiado minuciosamente, descrito y explicado. Sugieren una lista de términos que se pueden utilizar para designar esta relación entre género y tecnología: crear, definir, redefinir, reforzar, cambiar, conformar, afectar, influir, expresar... Todos y cada uno de ellos pueden ayudar a describir y explicar cómo y por qué están conectados, cómo se afectan o no se afectan, lo que hace cada uno/a en el/la otro/a (Fox et al, 2006: 3-4).

En el desarrollo de este epígrafe se utiliza el término tecnofeminismo²⁹ (Haraway, 2004; Wajcman, 2006), para designar los enfoques feministas que estudian los procesos de innovación y aplicación tecnológica tratando de establecer las relaciones descritas.

El contacto explícito del feminismo con los estudios sociales de la ciencia y la tecnología se desarrolla a partir de la década de 1990 y, en este proceso, el feminismo incorpora-redefiniéndolos o matizándolos- muchos de los conceptos de dichos estudios. Como ha ocurrido en todos los campos de investigación, la introducción de la perspectiva de género ha obligado a la revisión teórica y conceptual. El motivo, suficientemente conocido, es que

²⁹ Se utilizan diversas denominaciones para aludir a las aproximaciones feministas a los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. En ocasiones se utiliza el término “aproximaciones feministas constructivistas” y también el de “feministas socialistas” (Rosser, 2006: 13-46). Este último se fundamenta, en parte por su oposición al feminismo liberal, del que critican su adopción del individualismo metodológico y del positivismo; pero también porque se basan en el movimiento de ciencia radical de orientación marxista, aunque sitúan el género en pie de igualdad con la clase social en la conformación de la tecnología, afirmando que capitalismo y patriarcado se refuerzan mutuamente. En mi opinión la denominación “feministas constructivistas” no es la más adecuada, puesto que su postura toma elementos y conceptos de las dos tradiciones CTS, o mejor, de su confluencia.

el primer paso consiste en desvelar el carácter androcéntrico de las disciplinas que, construyendo el conocimiento desde una perspectiva particular, masculina, se presenta como universal. Romper con la ceguera de género supone ofrecer otra forma de mirar, haciendo visible la realidad que ha permanecido oculta e ignorada.

Los enfoques tecnofeministas ven en la idea de que la tecnología está socialmente configurada un modo de escapar al determinismo tecnológico que implícitamente, como acabamos de ver, continuaba pesando en los planteamientos feministas de los ochenta que habían comenzado a explorar el carácter generizado de la tecnología. Al tiempo, se desmarcan del determinismo social que supone afirmar que el género, como categoría establecida y unitaria, más que configurar la tecnología -a lo largo de un proceso relativamente abierto y dinámico- la determina en el contexto de una sociedad patriarcal, haciendo de ella un instrumento para la dominación de las mujeres, definiéndolas siempre como víctimas.

Al señalar las deficiencias de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, la primera objeción es el olvido del género, detectable en el hecho de que tan sólo se le tiene en cuenta cuando se investigan tecnologías que se desarrollan en entornos feminizados o, sobre todo, cuando las personas destinatarias o afectadas son mujeres. Aún en estos casos, por lo general, no abordan de forma significativa “el modo en que la tecnología incide en los intereses y/o en las identidades de género y el modo en que pueden ser conformados por las mismas” (Wajcman, 2006: 66).

En otra de las objeciones que plantean a los enfoques constructivistas, coinciden en cierto modo con los críticos culturales de la tradición americana cuando cuestionan el modo de definir y utilizar el concepto de ‘grupos sociales relevantes’, así como el de ‘redes de actores’. En este sentido, plantean que tan sólo se identifican y estudian los grupos sociales y/o redes activamente implicados, los excluidos no son tenidos en cuenta. Desde la perspectiva de género esto es particularmente importante al menos por tres motivos interrelacionados. En primer lugar, porque la ausencia relativa de mujeres en los ámbitos científicos y en los grupos con poder, siendo enormemente significativa desde el punto de vista de la estructura social, hace que las mujeres desaparezcan sin más de la escena en gran parte de los casos. En segundo lugar, porque la ausencia de las mujeres puede considerarse la condición para la presencia masculina³⁰. Por último, porque la propia tecnología, así configurada desde la exclusión de las mujeres, tiende a perpetuar y reproducir la división que está en la base de las ausencias y presencias descritas. Así pues, las relaciones de género están presentes de modo central -como causa y producto- en la dinámica tecnológica.

Pero, en tanto que no es un proceso cerrado y determinista sino abierto y contingente, el interés se sitúa en explorar concretamente los procesos para ver cómo actúa y es afectado

³⁰ Aunque no es el momento de entrar en detalle en esta cuestión apuntar tan sólo, para evitar que la afirmación resulte críptica, que el feminismo ha elaborado extensamente la relación entre presencias y ausencias de mujeres y hombres en distintos espacios y escenarios de la vida social vinculados a los modelos de división sexual del trabajo y las consecuencias que en términos de justicia y equidad de género conlleva.

el género. Entre las contribuciones de las investigadoras feministas a los estudios sociales de la tecnología, Wajcman destaca la “deconstrucción de la división diseñador/usuario y de la división producción/consumo de artefactos”. Aunque esta línea de trabajo ya estaba planteada en la corriente dominante, “las feministas se han situado a la vanguardia”. Precisamente porque son estas divisiones las que suelen situar a mujeres y hombres en lados distintos” (2006: 74). Por lo general, las mujeres están poco presentes en los procesos de diseño e implementación, o bien ocupan posiciones secundarias, incluso en los casos en que se prevé que los objetos técnicos que se diseñan vayan a ser utilizados por mujeres³¹. Las relaciones de género y las percepciones que los participantes tienen de ellas desempeñan, pues, un papel importante en esta fase. Podría decirse que, por un lado, la “herencia” tecnocientífica o el modo de hacer y de pensar predominante en un campo concreto en relación con el género va a tener un peso en absoluto desdeñable en la forma que tomen los proyectos³²; por otro lado, a la hora de diseñar y desarrollar una tecnología se anticipa, implícita o explícitamente, tanto el mercado potencial como el comportamiento de los/as consumidores/as. Cuanto mejor se prefiguren los usos, utilidades y significados que las personas usuarias van a conferir al producto que se les ofrezca, más ajustado podrá estar el diseño y, sobre todo, mejor se podrá planificar el máquetin del mismo.

La historia de los objetos técnicos ofrece numerosos ejemplos de cómo las relaciones de género, los procesos de asignación de género y las representaciones sobre su contenido (códigos) actúan en las distintas etapas. En los estudios sobre los electrodomésticos se pone en evidencia cómo el grado de conocimiento y la valoración del trabajo doméstico influyen en el producto resultante. La división sexual del trabajo sitúa a las mujeres como principales usuarias; los que diseñan las máquinas son fundamentalmente hombres³³ que, no sólo desconocen sus características, sino que además participan de una representación del mismo como carente de valor e ignoran y devalúan la competencia técnica de las mujeres que lo realizan. A menudo las mujeres son invitadas a participar en el proceso de diseño probando el prototipo, sin embargo en estos casos tienen las funciones muy limitadas y además carecen del conocimiento y la jerga técnica suficiente para cuestionar el funcionamiento del aparato (Alemany, 1999)³⁴. La relativa ineficacia de la tecnología aplicada al ámbito doméstico tendría que ver con ello.

³¹ Las tecnologías estudiadas en esta tesis, las técnicas de reproducción asistida son paradigmáticas en este sentido, ya que van a ser utilizadas por mujeres y, sobre todo, aplicadas a sus cuerpos.

³² Como se explicará con detalle más adelante en el campo de la biomedicina esta cuestión resulta crucial.

³³ El hecho de que fueran mujeres no supondría automáticamente que las cosas fueran distintas, puesto que lo determinante no es el hecho de ser hombre o mujer sino el lugar que se ocupa en la división sexual, en este caso, del trabajo doméstico, y las representaciones asociadas a él y a las competencias técnicas que requiere. Esta matización es importante para evitar caer en el reduccionismo que supone considerar que todos los hombres y todas las mujeres viven y actualizan los códigos de género del mismo modo. Dicho esto, sí que se puede comentar que es mucho más probable que las mujeres, por socialización y experiencia, tengan otra visión, más informada, del trabajo doméstico que los hombres.

³⁴ Citado por Alemany (2001: 12)

Investigadoras tecnofeministas han estudiado algunos de ellos ofreciendo resultados francamente interesantes. Uno de los más conocidos y citados es el realizado por Cynthia Cockburn y Susan Ormrod sobre el horno microondas. La historia de este aparato muestra perfectamente el proceso descrito hace un momento en relación con los electrodomésticos. Concebido inicialmente como destinado a usuarios varones, su funcionalidad básica residía en calentar alimentos precocinados. Partía pues del supuesto de que los hombres no cocinan y no dedican tiempo a este tipo de actividades. Pensado para ellos, el color del aparato fue el gris y se ubicó en las tiendas en la sección de electrodomésticos destinados al ocio (línea marrón), identificada como de consumo preferentemente masculino. Pero las principales compradoras fueron mujeres, con lo que la anticipación de usuarios falló. La respuesta consistió en modificar superficialmente el diseño; se le cambió el color al blanco y se comercializó en la línea blanca, junto al resto de electrodomésticos destinados a mujeres. La conclusión a la que llegan las autoras es que si bien puede considerarse una muestra de cómo la fase de consumo puede incidir en la de diseño y da cuenta en cierto modo de la ‘flexibilidad interpretativa’ ‘corriente abajo’ de la tecnología en la que participan las personas usuarias, su incidencia en la configuración del aparato fue muy limitada. El peso de los estereotipos de género en la mentalidad de los varones ingenieros y diseñadores del microondas les llevó a ignorar la complejidad de las tareas de cocina así como la experiencia y las habilidades técnicas de las mujeres en este terreno y esto se tradujo en el hecho de que no se modificaron las prestaciones técnicas del aparato haciéndolo más versátil (Cockburn, 1993). En opinión de Wajcman, el estudio citado demuestra que la asignación de género no empieza y termina con el diseño y la fabricación. “Las tecnologías domésticas también están codificadas con significados genéricos en su salida al mercado, en su venta y en la apropiación de las mismas por parte de los usuarios y las usuarias...el máquetin y el consumo forman parte de la conformación social de la tecnología” (Wajcman, 2006: 75-76).

Una pregunta interesante que surge de esta consideración es ¿hasta qué punto las personas destinatarias pueden influir realmente en la configuración de una tecnología?

Por una parte, se puede pensar que en la medida en que la aceptación y, por tanto, el éxito comercial de una tecnología depende del grado con el que se adecúe a las expectativas, necesidades, intereses y significados de quienes la van a consumir, su grado de influencia puede ser relativamente grande. De hecho, las empresas cada vez prestan mayor atención a los procesos de consumo, realizan estudios de mercado e integran la información que se genera en los puntos de venta en las decisiones sobre diseño y producción. En este sentido, el criterio de rentabilidad y eficacia, actuaría indirectamente en favor de los consumidores y consumidoras, por encima de intereses de tipo ideológico si los hubiere.

Pero, por otra parte, los procesos de comunicación publicitaria movilizan gran número de recursos simbólicos para conectar y convencer al público destinatario de sus mensajes, es decir, para generar la demanda. En definitiva, se plantea la cuestión, apuntada por

Cockburn cuando afirma: “existe una línea de separación poco definida entre lo que supone representar con precisión al cliente, construir al cliente y controlar al cliente” (Cockburn, 1993: 197)³⁵

Muchas de las mejores investigaciones tecnofeministas corresponden al área de las innovaciones biomédicas. En estos estudios se adopta una versión matizada de la red sociotécnica que incluye la profesión médica, prestando atención a la feminización que ha experimentado; así como a la influencia de las mujeres consumidoras. Wajcman cita, por ejemplo, los trabajos sobre las pruebas de detección sistemática del cáncer de cérvix³⁶ y el libro de Nelly Oudshoorn sobre la píldora anticonceptiva³⁷ (Wajcman, 2006: 77-81). En el primer caso, lo más relevante -desde mi punto de vista y que guarda relación con el trabajo de esta tesis- es que tiene en cuenta no sólo a las mujeres como médicas y como usuarias sino que también indaga acerca de la incidencia que tuvo el movimiento para la salud de las mujeres y de las activistas en defensa de la sanidad pública. Esto supone situar la práctica tecnocientífica “en un contexto social y político más amplio incluyendo a aquellas personas a quienes la ciencia en acción ha invisibilizado o desempoderado” (Ibíd.: 79). Amplía pues la definición habitual de los grupos relevantes en los estudios sociales de la ciencia y la tecnología de la corriente dominante. En el segundo caso, explica porqué los anticonceptivos hormonales se diseñaron para ser utilizados por mujeres. Pone de manifiesto cómo el discurso médico preexistente sobre el cuerpo de las mujeres determinó la forma concreta de la píldora anticonceptiva y cómo posteriormente la aplicación masiva de la píldora acabó modificando el cuerpo de las mujeres³⁸. En este sentido la relevancia deriva de la explicación del contexto generizado en el que se inscribe la práctica médica y cómo la especificidad biológica se combina con los códigos de género en cada momento histórico. Por supuesto también es enormemente pertinente la cuestión de cómo una práctica tecnológica se basa en y acaba modificando la realidad biológica y/o su lectura.

³⁵ Citada por Wajcman (2006: 76)

³⁶ Clarke, Adele (1998) *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and «the Problems of Sex»*. Berkeley, University of California Press; Whelan, Emma (2001) “Politics by other means: feminism and mainstream science studies”, *Canadian Journal of Sociology*, 26, 4, págs. 535-581. (Citadas por Wajcman, 2006: 79).

³⁷ Oudshoorn, Nelly (1994) *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones* London. Routledge.

³⁸ “Los científicos que estaban desarrollando la píldora trataron de diseñar una tecnología contraceptiva universal de ‘talla única’, porque para ellos todas las mujeres eran básicamente iguales [...] Lo particularmente interesante de esta descripción es que demuestra hasta qué punto estos científicos consiguieron literalmente ‘hacer’ que todas las mujeres fueran iguales. Resulta que el diseño de la píldora como medicación, que ha de ser tomada veinte días al mes, se adaptaba a consideraciones morales y a ideas referentes al cuerpo natural. Gregory Pincus, el biólogo norteamericano que encabezó el equipo de investigación, podría haber elegido cualquier duración del ciclo menstrual. Optó por diseñar una píldora que imitara el ciclo menstrual ‘normal’. A consecuencia de ello, todas las usuarias de la píldora tienen ahora un ciclo regular de cuatro semanas y ha disminuido la variabilidad de los ciclos menstruales de las mujeres. Es decir, que la píldora literalmente homogeneizó las funciones reproductoras de las mujeres a escala masiva” (Wajcman, 2006: 80-81).

Una de las alertas que plantean las investigadoras tecnofeministas es la de no perder de vista el peso estructural de las jerarquías de género en todas las dinámicas sociales y, particularmente, en las científico-tecnológicas. En su voluntad de desmarcarse del esencialismo de las posiciones feministas radicales y ecofeministas, insisten en que el género es fluido y cambiante y que los atributos que integran los códigos están en permanente proceso de redefinición, negociación y actualización; las identidades de género son asimismo diversas, de modo que las mujeres pueden construir las y adoptarlas de diversos modos más o menos alejados de los mandatos patriarcales hegemónicos. Pero ello no significa que las relaciones de género hayan dejado de ser relaciones de poder y continúen manteniendo la jerarquía que está en la base de la desigualdad social entre hombres y mujeres. Ser mujer en el mundo actual continua siendo un factor de fragilidad social y esta fragilidad puede verse tanto más acentuada cuanto más factores de fragilidad acumule una mujer en función de su clase, su etnia, su orientación sexual, su nivel educativo, etc. El proyecto feminista continúa siendo un proyecto de emancipación de los códigos y las relaciones de género patriarcales que no sólo pretenden atar a las mujeres a una identidad fija sino también a una identidad sometida e inferiorizada.

La tecnociencia constituye un ámbito social poderoso, socialmente configurado y configurador de lo social, por lo que las relaciones de poder genéricas forman parte de él y están en juego en él. La adopción de la perspectiva que la innovación y el desarrollo tecnológico son procesos abiertos y relativamente flexibles permite tomarlos al tiempo como objeto de estudio y como vías para la acción social y la política feminista. “La cuestión ya no es si aceptar u oponerse a la tecnociencia, sino más bien cómo implicarse en ella sin dejar de ser su principal crítica” (Wajcman, 2006: 162) Históricamente tecnociencia y poder masculino han ido de la mano. La incorporación de las mujeres a la tecnociencia ha sido y será significativa en tanto que permita romper la asociación entre tecnociencia y cultura masculina hegemónica.

Las reflexiones expuestas a partir de las contribuciones recogidas enmarcan muchos interrogantes acerca de las TRA, su configuración y sus efectos sobre las mujeres y las relaciones de género. Algunos de ellos fueron recogidos y planteados por las investigadoras feministas que abordaron el estudio de las TRA desde sus etapas iniciales de difusión social. A ellos se dedican las siguientes páginas.

CAPÍTULO 3

ENFOQUES Y POSICIONES FEMINISTAS SOBRE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

3.1. LAS PRIMERAS REFLEXIONES. POSICIONES, TEMAS Y ARGUMENTOS

A continuación se esbozan las primeras respuestas feministas a las entonces llamadas nuevas tecnologías de reproducción. El objetivo es presentar los términos básicos del debate, estableciendo tanto las posiciones como los principales temas tratados y los argumentos desarrollados. Es ciertamente complicado organizar la exposición dado el abundante material publicado³⁹ y también por la diversidad de enfoques y líneas argumentales, en ocasiones difíciles de agrupar en un número reducido de posiciones. El hilo narrativo combinará el orden cronológico con las posturas diferenciadas en el debate.

3.1.1. La realización de ¿la revolución feminista?

El nacimiento de Louise Brown el 25 de julio de 1978, rodeado de una amplia repercusión mediática, desató las alertas de muchas investigadoras feministas. El primer paso significativo hacia la ¿utopía? dibujada por Shulamit Firestone en 1970 se había hecho realidad.

Como es sabido, para Firestone la verdadera revolución feminista debía pasar por la revolución en la reproducción, dado que la causa originaria de la persistente opresión de las mujeres estaba en su biología, en su capacidad de ser madres. Esta diferencia con los hombres era históricamente la que había generado su sometimiento y había servido para la legitimación, por parte del poder patriarcal, de la división sexual del trabajo y del modelo de familia heterosexual de dominio masculino. Si gracias a la tecnología podía eludir este destino, los cambios se producirían necesariamente ya que habrían perdido la base en la que se asentaban (Firestone, 1976: 76). Hombres y mujeres se equipararían o, mejor, se desligarían de sus roles reproductores biológicos, lo que podría dar paso, además, a nuevas formas de familia y de crianza de los hijos, concebidos, gestados y alumbrados fuera

³⁹ La mayor parte del material consultado es el publicado en inglés. También se realizarán algunas alusiones a publicaciones francesas y a las pocas, pero muy significativas, que aparecieron en España durante los años ochenta y principios de los noventa.

Todas las citas procedentes de originales en inglés y francés han sido traducidas por la autora de esta tesis, con el fin de agilizar la lectura del texto.

del cuerpo de la mujer. El embarazo y el parto eran considerados asimismo como procesos “bárbaros” en los que “el cuerpo individual queda deformado temporalmente por el bien de la especie” (Ibíd.: 92). Eludir esta tarea era pues para las mujeres también una cuestión de dignidad. Firestone conocía y valoraba muy positivamente los avances tecnológicos que se estaban produciendo en el terreno de la reproducción, “pronto dispondremos de la compresión del proceso reproductivo en todas sus fases y en toda su complejidad”, afirmaba. Si ya se aplicaba la inseminación artificial y la inducción de la ovulación, la fecundación in vitro, la elección del sexo del feto y una amplia gama de posibilidades no tardarían en llegar, anunció. Insistió en que las mujeres debían desterrar cualquier temor al respecto, superar los tabúes culturales y “liberarse de la tiranía de la reproducción por todos los medios posibles” (Ibíd.: 97). La argumentación de Firestone no deja de ser sorprendente, ya que implica atribuir a la parte dominada el motivo de su dominación. No se denuncia a quien ejerce el poder -o se da la batalla por perdida- ni se canaliza la acción hacia el cambio en las relaciones⁴⁰. Su propuesta constituye la posición más abiertamente tecnófila en relación con las nuevas tecnologías de reproducción (Harwood, 2007; Lublin, 1998; McNeil et al, 1990; McNeil, 2007).

Por muy descabellado que pueda parecer el planteamiento de Firestone, se puede coincidir con Maureen McNeil⁴¹ en que, transcurridos cuarenta años, podemos preguntarnos si, en la práctica, el curso de los acontecimientos no nos está llevando sin cesar a asumir acríticamente el modo de actuación que ella propuso. No en el sentido de denostar la maternidad, sino en el de buscar en la tecnología la solución a problemas cuyas causas sociales siguen sin ser atajadas, y al hecho de que, tanto la ‘iniciativa’ como los costes de este proceder estén siendo asumidos por las mujeres. Este es uno de los núcleos centrales de la reflexión que se desarrolla en esta tesis, por lo que, aunque será tratado en profundidad más adelante, conviene anticipar aquí parte del razonamiento, poniendo algunos ejemplos. Uno de los productos novedosos que ofrecen los centros de reproducción asistida son los servicios de preservación de la fertilidad por causas personales o sociales. La mujer que decida aplazar su maternidad, y no quiera correr el riesgo de ver disminuidas sus

⁴⁰ Julia Mosses y Josephine Heaton parodian la reflexión de Firestone diciendo: “Que las mujeres digan que es su biología femenina la que la oprime es como si la comunidad negra dijera que el problema de haber nacido negra no es vivir bajo regímenes de apartheid racista, sino tener la piel de color negro y no blanco. Si fuera así la liberación de la comunidad negra sólo podría pasar por la distribución de cremas aclarantes de la piel, de productos alisadores del cabello y de la investigación intensiva en tecnologías que cambien el fenotipo de las personas” (Mosse, 1990: 27). Citado por Nadal (2000: 219).

⁴¹ McNeil plantea la reflexión en los siguientes términos: “Es fácil para las que se han beneficiado de la labor de feministas como Sandra Harding, Evelyn Fox Keller, Carolyn Merchant, Donna Haraway y otras innumerables, apearse de los sueños de Firestone y sentirse superiores al reflexionar sobre su ingenuidad. Sin embargo, puede ser útil volver a su análisis para delimitar los viejos y nuevos problemas que han surgido en torno a las NRT. Podría ser interesante volver a examinar los argumentos de Firestone y explorar por qué los productos de NRT no han ayudado en la realización del sueño de la emancipación femenina” (McNeil, 2007: 85).

posibilidades de procrear debido a la edad, puede vitrificar⁴² sus óvulos cuando aún es ‘joven’ y recurrir a ellos cuando quiera llevar adelante su proyecto y ser madre a través de la fecundación in vitro. Nos encontraríamos así con un modelo de comportamiento que sería el siguiente: la mujer ‘controla’ su biología protegiéndose del riesgo de embarazo mediante el uso de anticonceptivos; vitrifica y reserva sus ovocitos cuando todavía es joven, y se convierte en madre -si lo desea- en el momento elegido. En principio, el relato invita a reconocer que la tecnología permite a estas mujeres el control de su vida y de su potencial reproductivo. Obviamente, el problema es que de él ha desaparecido por completo el contexto. En una sociedad en la que la maternidad continúa obstaculizando gravemente el acceso, la permanencia y la progresión laboral de las mujeres, resulta por lo menos cuestionable plantear que este control relatado signifique libertad y posibilidad de realizar un proyecto propio. Sin aludir a este nuevo producto (la preservación de la fertilidad) pero incluyendo, en cambio, las terapias hormonales durante la menopausia, Judy Wajcman argumenta:

“algunas mujeres están recurriendo a la biotecnología para poder adoptar el patrón masculino del trabajo ininterrumpido. Al fin y al cabo, la construcción de la mujer como ser diferente del hombre es un mecanismo clave a través del cual se mantiene el poder masculino en el lugar de trabajo. Tomando la píldora contraceptiva y posteriormente siguiendo la Terapia de Sustitución Hormonal las mujeres son capaces de evitar las características biológicas de la feminidad -a saber, la menstruación, el embarazo, la lactancia y la menopausia-. Estos procesos corporales marcan la diferencia de las mujeres y las señalan como inadecuadas para el desarrollo de carreras profesionales globales, móviles y de alto nivel en las empresas” (Wajcman, 2006: 171)

El menosprecio por la maternidad que expresa Firestone ya había sido planteado por otras pensadoras feministas como, por ejemplo y de modo destacado, Simone de Beauvoir en 1949. En *El segundo sexo* describe el embarazo como un drama, en el que el feto “parasita” el cuerpo de la mujer generándole sentimientos ambivalentes, de “enriquecimiento y mutilación a la vez”, y que atrapa a las mujeres en la naturaleza impidiéndoles ejercer su potencial de sujeto existencialmente libre. Aunque lo que denuncia es el orden patriarcal, que define a las mujeres como “lo otro” para dominarlas y explotarlas, también se desprende de sus argumentaciones que el único modo en que las mujeres pueden acceder verdaderamente a la cultura y a la creación es eligiendo no ser madres. Gestar y parir no es en absoluto un acto creativo de las mujeres, sino de la naturaleza. Ellas son el medio pasivo para que la vida siga su curso, “una mujer no hace realmente al niño, sino que éste se hace en ella; su carne no engendra más que carne”, afirma (de Beauvoir, 1949: 274-276). Situada en su contexto, la Francia pronatalista de la posguerra, las reivindicaciones

⁴² La vitrificación consiste en la congelación rápida a baja temperatura de los óvulos, disminuyendo así la posibilidad de que se formen cristales (lo que ocurre a menudo mediante la congelación convencional) que deterioran el ovocito y pueden hacerlo inviable para su recuperación y utilización posterior.

de de Beauvoir, defendiendo el derecho a la anticoncepción y al aborto y negando el instinto maternal, pueden considerarse ciertamente avanzadas. El androcentrismo de su postura es mucho más fácil de desvelar ahora, tras varias décadas de análisis feminista.

Estas actitudes hacia la maternidad y, en particular la propuesta de Firestone, fueron acogidas con un rechazo frontal por parte de otras mujeres feministas, que exploraron los modos de reevaluar la maternidad y de favorecer su apropiación por parte de las mujeres. Adrienne Rich, por ejemplo, afirmaba en 1976 que el problema que experimentan las mujeres respecto a la maternidad no reside en la maternidad como tal, sino en la maternidad como institución. El control masculino de la reproducción en la sociedad patriarcal es el que ha convertido la maternidad en una experiencia ambivalente y problemática para las mujeres. Su mitificación como ideal al que pocas mujeres pueden ajustarse y la devaluación social real que comporta su ejercicio son las claves del conflicto que viven las mujeres (Rich, 1996: 421)⁴³.

Mary O'Brien planteó que el rechazo de la reproducción por parte de algunas feministas deriva de su voluntad de escapar de la trampa patriarcal en la que se ha convertido. La solución debe pasar por una nueva teoría política que plantee la necesidad de redefinir las relaciones de género partiendo de la reproducción. Sólo desde ella podrán las mujeres "comenzar a comprender sus posibilidades y a ejercer su libertad". Afirma que así como los hombres disponen de encuentros rituales en los que se refuerzan como hombres, las mujeres carecen de ellos. El nacimiento constituía en el pasado un ritual femenino en el que las mujeres compartían esta experiencia primaria femenina, pero fue truncada por la intervención de la medicina (O'Brien, 1976: 76).

3.1.2. La oposición a las Nuevas Tecnologías de Reproducción

La noticia del éxito de la fecundación in vitro, avalado por el primer nacimiento en 1978, fue acogido por la mayor parte de las feministas -vinculadas al campo de la tecnología, la biología, la historia y la sociología de la medicina- con abierta preocupación. El eco mediático de que fue objeto y el tono triunfalista, humanitario y esperanzador utilizado en su comunicación no hizo sino aumentar sus reservas. Marcaba un hito en una historia que iba a afectar profundamente a la vida de las mujeres. Se trataba de una tecnología que incidía de pleno en un terreno sexoespecífico, el de la reproducción, en el que estas investigadoras ya habían trabajado descubriendo los claroscuros de la intervención tecnomédica sobre él⁴⁴. Como apunta resumidamente Charis Thompson, desde mediados de los años setenta destacadas feministas investigaron y escribieron sobre la excesiva medicalización de la reproducción en el mundo occidental y sus efectos sobre las mujeres. El

⁴³ La edición original en inglés fue publicada en 1976.

⁴⁴ Obras destacadas son, entre otras, (Arms, 1975; Donnison, 1977; Ehrenreich y English, 1981; 1990; Kitzinger, 1978, 1980; Oakley, 1977, 1984; Rothman, 1982, 1989)

creciente intervencionismo médico estaba convirtiendo el embarazo y el parto en procesos mecánicos y patológicos, y estaba conduciendo a las mujeres a creer que si ellas no interferían en él, cediendo el protagonismo a los profesionales, se desarrollarían de modo mucho más eficiente (Thompson, 2005: 57). Subrayan, por tanto, el ejercicio de poder y el control sobre las mujeres por parte de la medicina patriarcal, materializado en la intervención en sus cuerpos.

3.1.2.1. La respuesta del feminismo cultural y del ecofeminismo

Desde todas las posiciones feministas que ven en la capacidad reproductora de la mujer una fuente potencial de poder, expropiada por los varones en la sociedad patriarcal y en el libre ejercicio de la maternidad una posibilidad de construir y afirmar una nueva identidad femenina, las nuevas tecnologías de reproducción fueron acogidas con un rechazo frontal. Tal y como se había comentado en el apartado anterior -al hablar de enfoques feministas sobre tecnología- durante los años ochenta, tanto las feministas de la diferencia como las ecofeministas compartían una visión de la ciencia y la tecnología como instrumentos inherentemente patriarcales utilizados por los hombres para someter a las mujeres. La incidencia de la ciencia y la tecnología en el campo de la reproducción han constituido históricamente un modo particularmente perverso del ejercicio del poder patriarcal. Una de las razones de esta valoración es el reconocimiento de que el saber científico en este terreno ha desempeñado un papel clave en el proceso de definición de las mujeres como diferentes e inferiores, con la particularidad de que lo ha hecho convirtiendo en patológica e ineficiente la naturaleza femenina y sus procesos; precisamente, lo que ellas reivindican como elemento fundante de la identidad femenina⁴⁵.

El hecho de que confieran a la capacidad de las mujeres para crear y dar vida la principal fuente de valor -cuya apropiación permitiría el poder de las mujeres- motiva que suscriban, dándole un énfasis particular, las tesis que plantean que en el proceso de apropiación de la capacidad reproductora de las mujeres por la tecnociencia patriarcal subyace la “envidia de útero” y la secular alienación reproductora de los varones. Esta consideración conecta con análisis anteriores que la contemplaban como uno de los factores clave para explicar el ejercicio de la violencia y el control sobre las mujeres, su cuerpo, su sexualidad y su capacidad de reproducción. Con el desarrollo de la medicina moderna y, en particular de la ginecología y la obstetricia, se produce la apropiación, dominación y control del cuerpo femenino, a través de la monopolización de un saber revestido de cientificidad (Corea, 1985; Ehrenreich y English, 1981; O'Brien, 1981; Rowland, 1985, 1992; Taboada, 1986). Con las NTR se está dando un paso más en este devenir. El cuerpo fe-

⁴⁵ Ésta es precisamente la particularidad de estos enfoques, puesto que desde otras corrientes de pensamiento feminista también se reconoce el ejercicio del saber/poder médico sobre las mujeres que ha caracterizado la actuación médica a lo largo de la historia.

menino, el único capaz de crear vida humana, está siendo expropiado y diseccionado convirtiéndose en una fuente de materia prima para la producción tecnológica de seres humanos, la investigación y la experimentación.

Para el ecofeminismo existe una conexión íntima entre las mujeres y la naturaleza. Por su propia biología y/o por sus experiencias vitales condicionadas socialmente⁴⁶ las mujeres presentan una sensibilidad que las aleja de la cultura masculina patriarcal obsesionada por el poder y el afán de conquista. Esta cultura masculina se realiza en la tecnociencia, cuyo modelo es la máquina, y cuyo progreso destruye, con el uso de la violencia, los vínculos naturales entre organismos vivos. Procede mediante la disección y el análisis de los organismos hasta sus componentes más elementales, con el fin de volver a ensamblarlos como máquinas, conforme a los proyectos de ingenieros varones. La tecnología no es neutra, se basa siempre en “la explotación y el dominio de la naturaleza, en la explotación y la sumisión de las mujeres, en la explotación y la sumisión de otros pueblos” (Mies, 1987: 37).

Las NTR y la ingeniería genética suponen la conquista de la “última frontera” en la dominación masculina sobre la naturaleza. El rechazo debe ser total y sin concesiones. No importa en manos de quién esté, y tampoco es posible pensar en “humanizarla”. Es indiferente que sean los hombres o las mujeres quienes controlen la tecnología, pues ésta es en sí misma un instrumento de dominación. Mies plantea, por ejemplo, la necesidad de pedir a los gobiernos que apoyen una moratoria para la investigación (Ibíd: 46).

Estas corrientes feministas no fueron las únicas en oponerse a las NTR. La intensa preocupación que suscitó su puesta en escena, llevó a feministas de todas las tendencias a reflexionar sobre ellas y a intercambiar opiniones e investigaciones sobre el tema. Los encuentros que se produjeron con esta intención derivaron rápidamente en activismo. Puede decirse que la oposición a las NTR durante la década de los ochenta se extendió a la práctica totalidad de las mujeres feministas y tomó forma en un movimiento, FINRRAGE. En él participaron feministas radicales y ecofeministas, pero también mujeres con otras orientaciones dentro del feminismo.

⁴⁶ Dentro del ecofeminismo ha surgido una corriente denominada “ecofeminismo constructivista” que se desliga del “ecofeminismo clásico” (Daly, 1978) y del “ecologismo espiritualista” (Shiva, 2001), en un intento por eludir el esencialismo biologicista que supone ubicar en la biología las características que definen la identidad y las prácticas femeninas. En su lugar, enfatizan que el vínculo que tienen las mujeres con la naturaleza tiene su origen en las condiciones sociales en las que viven. Serán sus interacciones con los otros (sus prácticas de dar vida y de cuidar) y con la naturaleza las que propicien su sensibilidad pacifista y ecologista. En esta corriente se situarían, por ejemplo, Bina Agarwal y, más recientemente, Val Plumwood. (Puleo, 2002: 37-39)

3.1.2.2. La(s) postura(s) de FINRRAGE

Tan sólo un año después el nacimiento de Louise Brown, en 1979, Helen Holmes organizó y dirigió un taller titulado “Ethical Issues in Human Reproduction Technology: Analysis by Women”. Noventa feministas acudieron al Hampshire College de Amherst, Massachusetts, para debatir sobre las nuevas y las viejas tecnologías de reproducción y discutir el modo de evaluarlas (Lublin, 1998: 61). “Aunque el propósito inicial no incluía el establecimiento de un programa de acción, el grado de activismo mostrado por las participantes nos instó a elaborar una serie de recomendaciones específicamente políticas que se acordaron en forma de resoluciones” (Holmes et al, 1981: xiv, 368)⁴⁷. En ellas se expresaba la necesidad de introducir y/o aumentar la presencia de mujeres en los grupos de poder así como en los organismos médicos y legislativos correspondientes. Se planteaba también el aumento de fondos públicos para la interrupción voluntaria del embarazo, la extensión de la atención prenatal a todas las mujeres y la reducción del uso de monitorización fetal. Las ponencias se recogieron en dos libros: *Birth control and controlling birth: women-centered perspectives* (1980) y *Custom-Made Child?* (1981). Ambos títulos ilustran muy explícitamente las preocupaciones expresadas en el encuentro. Las perspectivas y posturas de las participantes no fueron homogéneas; por ejemplo, había feministas claramente alineadas con el ecofeminismo para las que la ciencia en sí misma era inherentemente anti-mujeres, mientras que para otras -la propia Holmes entre ellas- la preocupación se centraba en el uso actual y futuro de la tecnología y mostraban un cierto optimismo sobre las posibilidades de una reforma feminista. Pensaban que era posible infundir valores feministas como el respeto individual, lo personal como político, la autonomía y la elección, la integridad de la persona, la integridad de las mujeres como colectivo, la visión global del futuro y del ecosistema y la conectividad y la no jerarquización en la organización y administración de las tecnologías de reproducción (Lublin, 1998: 62).

Ante el cariz que fueron tomando los acontecimientos, cinco años más tarde el optimismo había desaparecido. A pesar de las bajas tasas de éxito, las clínicas que ofrecían la fecundación in vitro habían proliferado en Estados Unidos y la maternidad subrogada emergía como una industria floreciente, al tiempo que el acceso al aborto se había restringido notablemente para las mujeres que no lo podían pagar. En abril de 1984 se celebró en Groningen (Holanda) el segundo “International Interdisciplinary Congress of Women”. Entre las participantes en una sesión dedicada a las tecnologías de reproducción, la pregunta ineludible fue: ¿A quién benefician las tecnologías de reproducción? La respuesta está recogida en *Test-tube Women*, libro publicado a raíz de este encuentro⁴⁸, en el que

⁴⁷ Citado por Lublin (1998: 63).

⁴⁸ La reunión de Groningen dio lugar a la publicación de otra compilación de ensayos *Man-made women: how new reproductive technologies affect women*, en el que participaron: Gena Corea; Renate Duelli Klein;

todas las autoras coinciden en afirmar que la gran beneficiada es la industria y no las mujeres (Lublin, 1998: 62). La reproducción, afirmaban, ha dejado de ser una faceta natural de la existencia humana para convertirse en un gran negocio (Arditti et al, 1985). De aquí partió la iniciativa de crear una red para llevar el seguimiento de la evolución de estas tecnologías a nivel mundial. Había nacido FINNRET (Feminist International Network on the New Reproductive Technologies).

La primera propuesta de este grupo fue convocar para el año siguiente un congreso destinado únicamente a tratar temas de reproducción y de ingeniería genética. Éste se celebró en julio de 1985 en Vällinge (Suecia) y a él asistieron representantes de la red procedentes de veinte países. El nombre del congreso, “Women’s Emergency Conference on the New Reproductive Technologies”, da buena cuenta del clima que lo animaba. Uno de los temas centrales tratados durante las sesiones fue el de analizar la relación entre las tecnologías de reproducción y la ingeniería genética. Las conclusiones a las que se llegaron establecieron y clarificaron las estrechas conexiones entre ambas, con lo que la preocupación por las repercusiones sobre las mujeres y sobre las relaciones de género aumentó. El complejo y sombrío panorama que, en su opinión, se cernía sobre las mujeres llevó a que la propia red cambiara de nombre; FINNRET se convirtió en FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering). Con él quería expresarse “la relación indiscutible entre tecnologías de reproducción e ingeniería genética” y mostrar rotundamente, “sin concesiones, los daños que estos desarrollos producen a las mujeres”(Corea et al, 1987: 2). Dos áreas principales más fueron objeto de atención en el congreso: cómo las desigualdades entre mujeres -en cada país y entre países- comportaban que los significados e implicaciones de las tecnologías fueran distintos; y la valoración de las consecuencias sobre las mujeres que estaba teniendo su aplicación ahora y la de las que podría tener en el futuro.⁴⁹

Las resoluciones aprobadas en el congreso de Vällinge, que adoptaron la forma de “declaraciones”, fueron las siguientes:

- “El cuerpo femenino, el único capaz de crear vida humana está siendo expropiado y diseccionado convirtiéndose en una fuente de materia prima para la producción tecnológica de seres humanos. Para nosotras las mujeres, para la naturaleza y para las gentes explotadas del mundo esto constituye una declaración de guerra.
- Vamos a resistirnos al desarrollo y a la aplicación de la ingeniería reproductiva y genética.
- Sabemos que esta tecnología no puede resolver los problemas creados por condiciones de explotación. No necesitamos transformar nuestra biología, sino transformar las condiciones patriarcales, sociales, políticas y económicas

Jalna Hanmer; Helen Holmes; Betty Hoskins; Madhu Kishwar; Janice G. Raymond y Robyn Rowland.(Corea et al, 1985)

⁴⁹Las aportaciones realizadas a este congreso integran la mayoría de los capítulos del libro *Made to order: the myth of reproductive and genetic progress*, compilados por Patricia Spallone y Deborah Lynn Steinberg y publicado en 1987.

- Queremos que se mantenga la integridad y la ‘corporeidad’ de la reproductividad de las mujeres. La externalización de la concepción y de la gestación facilita la manipulación y el control eugenésico. La fragmentación el cuerpo femenino y la separación en distintas partes para su recombinación científica perturba la continuidad histórica y la identidad. Lo individual se convierte en lo dividido.
- No existe el derecho a la propiedad de una criatura. Ni para las fértiles ni para las infértiles; ni para las lesbianas ni para las heterosexuales. No queremos pedir permiso para tener un hijo a autoridades tales como el Estado o la profesión médica.
- Hacemos un llamamiento a las mujeres para que se resistan a la toma de posesión de sus cuerpos para el uso masculino, para el lucro, el control demográfico, la experimentación médica y la ciencia misógina. La vida, para nosotras, significa riesgo. No puede ser programada ni perfeccionada. Vivir exige coraje. No queremos entregarnos a los tecnócratas. Nos aferramos a la responsabilidad colectiva sobre nuestros cuerpos y sobre nuestras vidas. Nos oponemos rotundamente a cualquier intento racista y fascista de dividir a las mujeres entre las mujeres ‘valiosas’ del primer mundo que pueden tener hijos y las mujeres ‘inferiores’ de los países explotados que tienen prohibido tenerlos. En nuestros propios países nos oponemos a que la medicina patriarcal trate de modo distinto a las mujeres pobres, discapacitadas, lesbianas, negras y extranjeras. Nos oponemos rotundamente a las políticas de población eugenésicas, en particular a la fabricación de ‘bebés perfectos’.
- Condenamos a todos los gobiernos que permitan la ingeniería reproductiva y genética.
- Condenamos el tráfico internacional de mujeres, específicamente en los casos de prostitución reproductiva.
- Condenamos el uso de mujeres de países explotados y de mujeres pobres por los hombres y los grupos internacionales de defensa de los intereses del capital y el patriarcado global.
- Condenamos a los hombres y a sus instituciones que provocan esterilidad en las mujeres a través de la violencia, la esterilización forzosa, la mala práctica médica y la contaminación industrial, y que reiteran el daño mediante violentas tecnologías reparadoras.
- Defendemos el exclusivo derecho de las mujeres a decidir si tienen o no hijos, sin coacción por parte de ningún hombre, médico, gobierno o religión.
- Reconociendo que la esterilidad está a menudo determinada por las condiciones económicas, sociales y políticas, apoyamos el trato compasivo de las mujeres estériles y el estudio intensivo de la prevención de la infertilidad.
- Apoyamos la recuperación por parte de las mujeres del conocimiento, las habilidades y el poder que da el parto, la fertilidad y que todo el cuidado de la salud de las mujeres vuelva a estar en manos de las mujeres.
- Buscamos un nuevo tipo de ciencia y de tecnología que respete la dignidad del sexo femenino y de toda la vida de la tierra. Hacemos un llamamiento tanto a hombres como a mujeres para romper el vínculo fatal entre la ciencia mecanicista y los intereses creados industriales y a que se unan a nosotras en el desarrollo de una nueva unidad entre el conocimiento y la vida” (Spallone y Steinberg, 1987: 211-212).

Durante los años siguientes, el activismo⁵⁰ y la tarea investigadora de la red fueron notables, y se reconoce que la postura de FINRRAGE marcó el programa y los términos del debate feminista en las décadas de los años ochenta y noventa. (Harwood, 2007: 20).

En octubre de 1986 se celebró en Palma de Mallorca la “I Conferencia Europea sobre Nuevas Tecnologías Reproductivas e Ingeniería Genética”, organizada por FINRRAGE junto con la Asociación Mujeres para la Salud, dirigida por Leonor Taboada. Precisamente ella fue la autora del primer libro publicado en España, en noviembre de 1986, sobre el tema, desde una orientación feminista. Con *La maternidad tecnológica*, da a conocer la posición de FINRRAGE y dibuja los principales temas objeto de investigación y reflexión que permiten encuadrar las nuevas tecnologías de reproducción y el análisis de sus implicaciones para las mujeres. También ofrece algunos datos sobre el estado de la cuestión en España (Taboada, 1986: 80, 1992: 167-171).

El carácter abiertamente activista de la organización, la combatividad que destilan sus resoluciones y la contundencia con la que se presentan, ha conducido en ocasiones, a que las narraciones retrospectivas que se hacen de sus aportaciones al debate feminista destaquen, sobre todo, el carácter tecnófobo de su postura y las expresiones más radicales de sus conclusiones⁵¹.

Ciertamente, las investigadoras que participaron en los encuentros y que presentaron las ponencias que aparecen recogidas en las publicaciones citadas, se posicionaron en contra de las NTR y compartían la consideración de que eran producto de una ciencia y una tecnología sexista y patriarcal que no beneficiaba a las mujeres, más bien al contrario. Pero conviene no olvidar que las posiciones de las mujeres que participaron en la red eran diversas, tanto desde el punto de vista político como teórico. Las resoluciones adoptadas fueron negociadas y discutidas buscando un acuerdo final que permitiera su redacción. Por ejemplo, entre las que figuran en la lista anterior, hay algunas claramente orientadas desde el ecofeminismo. Otras de las declaraciones inciden más en resaltar las cuestiones de justicia social y de género, destacando la diversidad entre las mujeres, en función de su condición social. Se alejan por tanto de planteamientos esencialistas sobre la naturaleza y la identidad femenina derivadas de su potencial reproductor. En definitiva, puede pensarse que, al acordarlas, buscaron la unidad en la llamada a la crítica y a la resistencia, por encima de sus diferencias. El tono enérgico y radical, desde el punto de vista político, responde probablemente también a un intento por desvelar lo que se ocultaba tras el to-

⁵⁰ Pocos días después del congreso algunas mujeres participaron en Foro de Mujeres organizado por Naciones Unidas en Nairobi; se celebró en Bonn el “Frauen gegen Gentechnik und Reproduktivstechnik” al que asistieron dos mil personas; en marzo de 1986, a la vista de que el Parlamento Europeo no había incluido grupos de mujeres en la lista de expertos invitados a participar en las audiencias programadas para discutir el tema -de las tecnologías de reproducción y la ingeniería genética-, el Women’s Bureau of the European Parliament’s Green Alternative Alliance organizó un audiencia “alternativa” en la que participó FINRRAGE. También se celebraron encuentros en Australia (1986), Austria (1986) y en otros países. La página web de la organización proporciona amplia información sobre los congresos realizados desde entonces hasta ahora <http://www.finrrage.org/conference.html> [última consulta: 24/11/2009].

⁵¹ Véase por ejemplo (Harwood, 2007; Lublin, 1998).

rente retórico-triunfalista que acompañó la presentación mediática de los nuevos ‘avances’ de la biomedicina.

Por otro lado, no se deben confundir las resoluciones con los contenidos de las aportaciones teóricas y empíricas efectuadas por las investigadoras que participaron en los debates. De hacerlo, se produciría una simplificación facilitando su descalificación o por lo menos dificultando su toma en consideración. Pensar que fueron principalmente los términos de la resolución los que marcaron el debate feminista sobre las NTR supondría, en mi opinión, no hacer justicia a las aportaciones de las investigadoras. Junto a contribuciones escuetas y tendentes a la simplificación, aparecen otras que ofrecen un mayor grado de complejidad y matices, y se caracterizan por la calidad teórica y el rigor epistemológico. En cualquier caso, todas ellas marcaron el camino que han seguido investigadoras posteriores, estableciendo los ejes centrales del análisis desde diversas disciplinas y muchas de las autoras, que participaron en el debate inicial, han continuado investigando y publicando sobre el tema incorporando tanto las nuevas realidades emergentes como los desarrollos teóricos que se han ido produciendo -y de los que han sido destacadas protagonistas-, por ejemplo, en el ámbito de los estudios feministas sobre tecnociencia.

La postura político-feminista abolicionista, contenida en las declaraciones de FINRRAGE, presentaba claros problemas de viabilidad como tal, aunque debe reconocerse que tuvo importantes efectos prácticos. Aunque no fue tomada como interlocutora directa en los debates políticos ni en los círculos tecnocientíficos y empresariales, su presencia y la contundencia de sus argumentos hizo patente que la acogida social de las NTR era, cuanto menos, conflictiva y controvertida. De hecho, creo que no se comete exceso alguno al afirmar que obligó a tener en cuenta, al desvelarlos, los aspectos más problemáticos de las nuevas tecnologías, y su influencia en el curso de desarrollo de las mismas no debe considerarse desdeñable. Aunque desde luego no han conseguido detenerlas ni alterar sustancialmente los procedimientos, sí que han contribuido a modificar algunos aspectos importantes de la práctica profesional⁵² y han incidido, asimismo, en las iniciativas legislativas reguladoras⁵³.

⁵² Por ejemplo, la insistencia en el carácter agresivo para las mujeres de procedimientos como la estimulación ovárica o la utilización de laparoscopias para la recuperación de ovocitos en la fecundación in vitro han influido en el hecho de que se haya sometido a debate el primero y a que se hayan buscado procedimientos menos invasivos para el segundo.

⁵³ La denuncia de que en la administración de las técnicas, sobre todo en la regulación del acceso, se podrían reproducir mecanismos normativos de control social decidiendo qué tipo mujeres pueden aspirar a ser madres y quienes no en función de criterios tales como la situación de convivencia o la orientación sexual, hizo que la voluntad de no discriminación estuviera presente en las iniciativas legislativas. Por ejemplo, en la ley española de 1988 ya se recoge que podrá acceder a ellas cualquier mujer mayor de 18 años aunque no esté casada o tenga pareja o aunque su pareja sea del mismo sexo.

3.1.2.3. Principales temas y argumentos desarrollados desde posiciones críticas de oposición a las NTR

Los ejes temáticos que destacaron principalmente las posiciones críticas con las NTR desarrolladas en la década de los años 80 y hasta aproximadamente la mitad de los 90 fueron los siguientes⁵⁴:

a) La ubicación de las NTR en el contexto de una sociedad patriarcal en la que la ciencia y la tecnología continúan estando fundamentalmente en manos masculinas y se orientan hacia la voluntad de incrementar el dominio, el ejercicio de control social y la explotación, afectando de modo particular a las mujeres y conduciendo los procesos de cambio social, vinculados al desarrollo tecnológico, en una dirección conservadora. Este planteamiento contextual se desmarca de los enfoques presididos por el determinismo tecnológico. Las recientes innovaciones biomédicas son fruto de una ciencia y una tecnología que “han mediatizado históricamente las relaciones de poder entre hombres y mujeres; ciencia y tecnología han sido las principales herramientas de la dominación patriarcal” (McNeil et al, 1990: 257). Los efectos que producen derivan de esta configuración social fuertemente generizada y tienden a consolidarla. El refuerzo de la familia nuclear heterosexual, la actitud pronatalista que refuerza el vínculo de la identidad femenina con el ejercicio de la maternidad, el aumento de las desigualdades sociales entre las mujeres y los hombres y también entre las mujeres, inciden en la perpetuación y/o el aumento del carácter jerárquico de las relaciones de género.

b) Los intereses económicos de las industrias biomédicas, de las compañías farmacéuticas y de las empresas que fabrican equipamiento, están fuertemente presentes en el auge de las NTR -que se han convertido en floreciente negocio- pero no son los únicos móviles que se esconden tras ellas. Capitalismo y patriarcado se alían para conseguir no sólo beneficio económico, sino también poder y control. Motivaciones vinculadas al afán de prestigio, a la potenciación de una investigación destinada a conquistar “la última frontera” de la dominación masculina, los procesos de generación de la vida, están asimismo presentes (Corea et al, 1987: 1-12). Los profesionales que trabajan en ellas si sitúan en la vanguardia de la técnica obteniendo gratificaciones también en términos de prestigio y notoriedad; con el argumento de ayudar a las mujeres lo que hacen es controlarlas y utilizarlas.

c) Su presentación mediática en términos terapéuticos como soluciones tecnológicas para resolver el problema de la infertilidad son “una gran mentira”. Por un lado, porque

⁵⁴ Los principales textos consultados para la elaboración de esta lista han sido los compilados en: (Arditti et al, 1985; Corea et al, 1985; McNeil et al, 1990; Rowland, 1992; Spallone, 1989; Spallone y Steinberg, 1987; Stacey, 1992; Stanworth, 1987). Los temas presentados son abordados prácticamente en todos ellos, por lo que en la redacción tan sólo se incluirán algunas referencias concretas para ilustrar los argumentos en cada caso.

son claramente ineficientes; sus índices de éxito son extraordinariamente bajos y con frecuencia el modo de calcular y de presentar los datos falsean la realidad; con ello se está induciendo a las mujeres a someterse a costosos tratamientos -no sólo en términos económicos sino también en términos de coste físico y emocional- en los que depositan una esperanza que se verá defraudada en la mayoría de los casos; el discurso de la eficiencia utilizado históricamente como medio de legitimación para la intervención tecnocientífica en el campo de la reproducción fracasa aquí de modo estrepitoso. Por otro lado, porque el sufrimiento de las personas estériles, y en particular de las mujeres, no es lo que ha orientado las líneas de investigación que han dado como resultado el desarrollo de estas tecnologías. Si hubiera sido así se habrían invertido más esfuerzos y recursos en conocer las causas de la esterilidad y se habrían investigado y puesto en marcha los recursos necesarios para prevenirlas y tratarlas. Naomi Pfeffer señala que la investigación y el tratamiento de la infertilidad ha tenido durante mucho tiempo un bajo estatus en la jerarquía médica incluso dentro de la especialidad de ginecología, y ha experimentado un salto cualitativo con las NTR, pasando a ser un trabajo “excitante” y una área de investigación compleja que proporciona satisfacción, prestigio y un elevado estatus, además de cuantiosos beneficios económicos (Pfeffer, 1987: 86-87).

d) El mensaje que las presenta como un medio para aumentar las opciones reproductivas es, asimismo, engañoso. Muchos argumentos avalan esta afirmación. En primer lugar, porque no son una opción real ya que, como se decía en el argumento anterior, su efectividad es muy baja. Pero también porque no son accesibles para la mayoría de las mujeres y en el mejor de los casos supondrían un aumento de opciones selectivo.

Por un lado, porque los tratamientos cuestan mucho dinero y la mayoría de los centros que las ofertan son privados; pocos centros públicos las ofrecen y las listas de espera son notables, además, ello sólo ocurre en los países que disponen de sistemas de salud estatales o subsidiados por el estado, en países que carecen de ellos como, por ejemplo, Estados Unidos, la disparidad en las posibilidades de acceso en función de los recursos económicos es mucho más notable (Thompson, 2005: 62).

Por otro lado, hay que considerar en qué medida la posibilidad de acceso está restringida en función de la edad, el estado civil o la orientación sexual. Son muchas las autoras feministas que han denunciado la doble moral con la que se han utilizado las tecnologías de reproducción según criterios clasistas y racistas. Cuando son utilizados con fines anticonceptivos, abortos selectivos y esterilización, las técnicas de reproducción han violado gravemente los derechos, la dignidad y las culturas indígenas de las mujeres pobres de todo el mundo, mientras que no se ocupan de la pobreza y desigualdades en las sociedades de estas mujeres. Se ha persuadido a las mujeres pobres del tercer mundo a "seleccionar" la esterilización o los anticonceptivos peligrosos a cambio de comida, ropa u otros beneficios. El sistema social estructura las opciones reproductoras de las mujeres premiando algunas decisiones y castigando otras según criterios de clase y raza (Corea, 1985: 2-3; Dworkin, 1983: 47; Rothman, 1985: 35)

e) El argumento -relacionado con los dos anteriores- de que aumentan la libertad de las prácticas de reproducción de las mujeres individuales también debe ser puesto en cuestión. En una sociedad en que la maternidad/paternidad -sobre todo la primera- se considera por un lado una cuestión privada pero que, al tiempo, está profundamente normativizada, las posibilidades de elección privado-individual están fuertemente constreñidas socialmente y comportan responsabilidad. En esta consideración se englobarían varias cuestiones.

Una de ellas estaría relacionada con las formas de abordar, desde las propias mujeres, el problema de la esterilidad. Al existir, al menos teóricamente, la posibilidad de recurrir a los tratamientos para resolver el problema de la ausencia involuntaria de hijos/as, la posibilidad de aceptarla o de optar por otras vías de resolución del problema, como la adopción, quedan desdibujadas -en el primer caso- y/o relegadas a un segundo plano -sobre todo en el segundo caso-. Si se tiene en cuenta, además, que continúa siendo hegemónica la idea de que la maternidad sigue siendo un elemento central de la identidad femenina y de que las mujeres desean -o deben desear- tener descendencia, la posibilidad de optar por los tratamientos se convierte fácilmente en una elección obligada. Por lo menos deben demostrar, a sí mismas, a su pareja y/o a la sociedad que lo han intentado, so pena de quedar en entredicho su voluntad o la intensidad de su deseo.

Otra de las cuestiones se refiere a la responsabilidad que adquieren las mujeres en el caso de que no quieran -o no con la intensidad que se prescribe- utilizar las tecnologías disponibles para el control del embarazo y el parto y la salud del feto. En este sentido, las investigadoras feministas ya habían documentado ampliamente cómo la tecnomedicalización del proceso reproductor había comportado la "obligación" no sólo de adoptar sin discusiones las prescripciones médicas en cuanto a su comportamiento durante el embarazo y el parto, sino también de utilizar las tecnologías disponibles, como por ejemplo, las ecografías, la amniocentesis, la monitorización fetal, el diagnóstico prenatal, el parto hospitalario y la cesárea (Oakley, 1984: 219, 246)⁵⁵. Poner en duda la conveniencia de su uso o expresar la voluntad de hacerlo de otro modo suponía automáticamente ser calificadas de insensatas y que recayera sobre ellas la responsabilidad si algo iba mal, en particular si afectaba a la salud del feto o de la criatura nacida. Jalna Hanmer comenta cómo las NTR completan el desarrollo del mecanismo de control de las mujeres a través del ideal de la "buena madre". Con las tecnologías de reproducción se abre la posibilidad de extender esta figura hasta incluir la "buena reproductora". En este sentido, la buena madre es también la madre sana que da a luz hijos/as sanos. El rechazo de la aplicación tecnológica, afirma, puede ser visto como la decisión de asumir un riesgo del que se hace responsable. A través de este mecanismo, se produce un refuerzo de los sentimientos de culpa, de por sí ineludibles -dada la coerción que implica el ideal de la buena madre- a los que están

⁵⁵ En este texto describe la oposición del establishment médico al parto en casa, así como las declaraciones en 1979, del presidente del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en las que se refiere a los partos en el hogar como "la primera forma de abuso de menores" (Oakley, 1984:219).

expuestos las mujeres. El constreñimiento normativo se estrecha gracias a la ciencia y la tecnología (Hanmer, 1985: 103).

Esta autora, entre otras -como Barbara Rothman (1986) y Meg Satcey (1992a)-, contempla el diagnóstico prenatal y el diagnóstico genético preimplantacional⁵⁶ como ejemplos de la responsabilidad que la elección comporta para las mujeres, pero también que la apertura de unas opciones puede comportar la desaparición de otras. Las posibilidades abiertas por el diagnóstico prenatal permiten evitar el nacimiento de bebés con malformaciones o problemas congénitos, al tiempo que generan una ansiedad por el resultado que ha transformado la experiencia del embarazo para algunas mujeres. Para luchar contra esta ansiedad, el embarazo se concibe como tentativa que acabará siendo vivida como real tras el diagnóstico, cargando de ambigüedad los vínculos emocionales de la mujer con el feto que está gestando (Rothman, 1986). La oportunidad de evitar el nacimiento en caso de un resultado desfavorable puede restringir también de otro modo la experiencia del embarazo, en el sentido de que puede hacer perder la opción y, en definitiva, quizá la capacidad de simplemente aceptar a las criaturas tal y como son (Stacey, 1992: 36; Strathern, 1992: 150) Las preocupaciones que están presentes en estos argumentos son la pérdida de tolerancia ante la diferencia y la discapacidad, en una sociedad cada vez más preocupada por 'la calidad', unida al riesgo de que -debido a la generalización de esta forma de pensar- disminuyan los ya de por sí escasos recursos sociales destinados a apoyar la crianza de hijos/as con problemas. Estas y otras autoras plantean que las decisiones podrían ser más genuinas si las condiciones y los valores sociales fueran otros (Finger, 1985; Rapp, 1985; Saxton, 1985)

f) El conflicto de intereses entre la mujer y el feto es un tema de interés para el feminismo que ha sido planteado en múltiples ocasiones. Patricia Spallone, por ejemplo, refiere casos judiciales en Estados Unidos en los que los médicos han conseguido obligar a las mujeres a hacer una cesárea -que ellas no deseaban- a través de órdenes judiciales, alegando que en su criterio médico el feto podría estar en peligro (Spallone, 1989). Siguiendo esta línea, las nuevas tecnologías, amplían el número de opciones de elección obligada. Las fronteras entre opción-responsabilidad-obligación son en muchos casos ficticias.

Todos estos argumentos fueron ampliamente utilizados para contrarrestar el de que eran las mujeres las que, cada vez en mayor número y de modo más insistente, elegían integrarse en los tratamientos. El lenguaje de los derechos individuales se reconoce como un arma de doble filo en la historia de las reivindicaciones feministas en el campo del control sobre la reproducción. Como dice, por ejemplo, Maureen McNeil (1990) siempre ha habido cierta ambivalencia dentro del feminismo en torno al uso del lenguaje de los derechos. El 'derecho de las mujeres a elegir' fue el eslogan utilizado en los años setenta en las campañas reclamando el derecho al aborto. Fue en este caso una respuesta radical en términos políticos, puesto que, aunque algunos teóricos y políticos de derechas apoya-

⁵⁶ Este último contemplado como posibilidad verosímil en el momento en el que escribieron.

ban una política de derechos individuales, negaban su validez en relación con la libertad reproductora de las mujeres. Pero, por otro lado, ha supuesto incurrir en el riesgo de confirmar una aproximación exclusivamente individualista-liberal a los temas de reproducción que plantea, entre otros problemas, el de perder de vista el contexto social en el que se configuran las posibilidades de elección.

g) Las NTR refuerzan el valor del vínculo biológico con la descendencia al tiempo que, paradójicamente, hacen estallar la unidad de la maternidad biológico-social tradicional que ligaba secuencialmente la concepción, la gestación, el parto (maternidad biológica) y la crianza (maternidad social). Al fragmentar materialmente el proceso en secuencias discontinuas introduciendo diversas posibilidades en cada una de ellas -dependiendo de la procedencia de los gametos, así como de quién lleva a cabo la gestación (mediante las prácticas de subrogación)- generan una combinatoria múltiple que modifica no sólo la experiencia de la maternidad/paternidad sino también las relaciones tradicionales de parentesco y filiación⁵⁷.

Este cambio plantea asimismo problemas éticos, jurídicos y sociales y exige respuestas normativas y legislativas para hacerles frente. En este sentido puede pensarse, siguiendo a Sarah Franklin, que

“Lo que se está tratando en los debates sociales en torno a las nuevas tecnologías es nada menos que la definición de la procreación, de la maternidad y de la paternidad, del parentesco y de la familia. Este proceso de redefinición se está dando a varios niveles, desde las asunciones acerca de los ‘hechos de la vida’ a las construcciones médicas legales y religiosas de la reproducción humana y del parentesco. Las respuestas jurídicas tendrán consecuencias para los derechos reproductivos de las mujeres y por esta razón es preocupante que esta cuestión precisamente esté, como lo está, ausente de los debates públicos y parlamentarios. La única mención que se suele hacer de los intereses de las mujeres es en términos de los supuestos beneficios ofrecidos por las técnicas, su supuesto aumento de las opciones reproductivas y las posibilidades que ofrecen a mujeres que sin ellas se habrían quedado sin descendencia”(Franklin, 1990: 202).

Existe el riesgo de que en el marco de una sociedad sexista y clasista estas prácticas y las respuestas jurídicas sigan pautas discriminatorias que acaben reforzando la desigualdad.

En las prácticas de maternidad subrogada es donde emergen con mayor claridad los conflictos potenciales que pueden derivar de esta fragmentación del proceso reproductivo y la redefinición de la/s maternidad/es que conlleva. La combinatoria es máxima puesto que la mujer que alquila su útero puede ser tan sólo madre gestante o serlo, además, genética si el óvulo utilizado es el suyo; el esperma puede proceder del varón de la pareja que

⁵⁷ Sobre el tema de cómo afectan las NTR al parentesco y la filiación véase, por ejemplo, (Strathern, 1992: 148-169).

contrata, dando como resultado que el varón será padre genético y padre social de la criatura; la mujer que contrata puede ser tan sólo madre social o serlo además genética si el óvulo que será fecundado e implantado en la madre de alquiler procede de ella; por último existe la posibilidad de que el esperma proceda de un donante y sea utilizado para producir un hijo destinado a una pareja o a una mujer sin pareja o con pareja homosexual. Se distinguen al menos tres formas de maternidad: la genética, la gestacional y la social. Los procesos judiciales que se han seguido a raíz de disputas o incumplimientos de los contratos desvelan no sólo lo intrincado el asunto sino también qué criterios se ponen en valor al tomar las decisiones resolutorias. Los primeros precedentes en Estados Unidos -país en el que esta práctica es legal- desvelan la importancia que se concede al vínculo genético, pero también que la valoración no es ecuaníme en función del sexo y/o de la clase social⁵⁸. El papel gestacional queda relegado ante el genético y el social, lo que confirmaría la tesis que manifiesta la existencia de una tendencia a presentar el proceso reproductivo biológico reductivamente en términos de aportación genética, ocultando o menospreciando la labor gestacional de las mujeres.

h) Otra de las cuestiones en las que centraron la atención casi desde el principio fue el aumento de indicaciones ‘terapéuticas’ para el uso de las técnicas. Presentadas inicialmente como terapia destinada a las personas estériles y, en el caso de la Fecundación In Vitro (FIV), más concretamente a las mujeres con problemas de obstrucción tubárica, iba

⁵⁸ Quizá el ejemplo más conocido y citado de los conflictos y dilemas personales, éticos, jurídicos y sociales que pueden conllevar las nuevas formas de reproducción es el famoso juicio del caso “Baby M” en el que se dirimía la adjudicación de una bebé nacida en 1986 como fruto de un contrato de subrogación por el que Beth Whitehead (una ama de casa de 29 años, casada con un empleado del servicio de recogida de basuras) se prestaba a ser inseminada con el esperma de William Stern, bioquímico, a gestar la criatura y a cederla tras su nacimiento al matrimonio que éste formaba con Elisabeth, una pediatra de 41 años. Recibiría a cambio 10.000 dólares. Tras nacer la niña fue entregada al matrimonio Stern, pero tres días después la “madre biológica” se arrepintió, quiso firmar la concesión de custodia a favor de los Stern. Se llevó la niña a casa y comenzó un rocambolesco período en el que Baby M cambió sucesivamente del domicilio de los Whitehead al de los Stern. Finalmente, éstos tuvieron que utilizar al FBI para recuperar al bebé, al que su madre biológica se había llevado a Florida, hasta que en otoño de 1986 el juez Sorkow concedió la custodia temporal de la niña al matrimonio Stern, pero permitió a Beth que la viera dos horas dos veces por semana. El juicio se celebró en enero de 1987 y a finales de marzo emitió el fallo por el que declaró válido el contrato de sustitución maternal. El juez concedió, además, la custodia del bebé al padre, negando incluso los derechos de visita a la madre biológica. Los términos de la sentencia ilustran perfectamente algunos de los problemas analizados desde el feminismo. Por ejemplo, el juez confirmó la validez del contrato argumentando que “así como los hombres tienen el derecho constitucional de vender su esperma, las mujeres pueden decidir qué hacer con su útero”. Tras este enunciado ‘igualitario’ calificó -en la sentencia- a la madre alquilada como impulsiva y explotadora, afirmando que, en el curso de su testimonio ante el tribunal, omitió información e incluso mintió sobre su vida. También afirmó que los Stern “son los padres más adecuados para Melissa y están más capacitados para explicarle sus complejos orígenes cuando tenga uso de razón”. En España el proceso fue seguido por los medios de comunicación. Véase, por ejemplo:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/ESTADOS_UNIDOS/dilema/Baby/M/elpepisoc/19870119elpep-isoc_2/Tes/ y

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/ESTADOS_UNIDOS/juez/niega/Custodia/Baby/M/madre/biologica/elpepisoc/19870401elpepisoc_6/Tes/

aumentando progresiva y rápidamente el campo de potenciales destinatarias/os; la FIV se indicaba cada vez más para problemas de infertilidad masculina -como el bajo número o la mala calidad de los espermatozoides-, en múltiples problemas femeninos e incluso en los casos de esterilidad de causa desconocida; la donación de óvulos también iba viendo aumentada su clientela potencial incluyendo a mujeres con problemas genéticos, mujeres sometidas a agentes tóxicos en su lugar de trabajo, mujeres con varios abortos involuntarios en su historial y mujeres de edad avanzada.

La ampliación de indicaciones y la rutinización el uso de determinadas tecnologías ya contaba con precedentes, como el caso del uso de la monitorización fetal que inicialmente estaba indicada en los casos de alto riesgo y pronto pasó a ser utilizada en prácticamente todos los nacimientos. A este ritmo, se plantearon algunas autoras, en un futuro ¿no será la FIV el modo más común de reproducción? Ya en 1976, dos años antes del nacimiento de la primera ‘bebé-probeta’, dos científicos -Karp y Donahue- predijeron esta posibilidad. Especulando sobre el potencial desarrollo de tests para evaluar la salud de los embriones escribieron: “por tanto, un día la fecundación in vitro y el cultivo de embriones podría convertirse en el modo preferido de reproducción, transfiriendo al útero sólo los embriones genéticamente sanos” (Corea et al, 1987: 5)

i) La NTR inciden fundamentalmente en las mujeres, son técnicas experimentales, poco probadas y efectivas, a menudo penosas e invasivas y que comportan riesgos conocidos en algunos casos y desconocidos a medio y largo plazo. Las intervenciones se realizan en los cuerpos de las mujeres y son casi siempre molestas y eventualmente peligrosas. El impacto de estas tecnologías no es el mismo para los hombres que para las mujeres: la implicación física, psíquica y social de las mujeres en estos tratamientos es infinitamente más grande y con consecuencias más importantes que la de los hombres. Esta dimensión no es tenida en cuenta, por lo general, por los comités de ética (Laborie, 1992a: 185).

Esta intervención sobre el cuerpo femenino, orientada supuestamente a resolver problemas de fecundidad, tiene importantes implicaciones de variada índole. Por un lado supone reducir la ausencia involuntaria de hijos/as a su dimensión orgánico-fisiológica, cuando es una cuestión multidimensional que integra además de posibles problemas físicos, conflictos psíquicos y emocionales, presiones sociales y que tiene una clara resonancia cultural y simbólica. Supone la reducción de un problema complejo que hace posible la intervención médico-terapéutica. El alcance social de la difusión de las tecnologías contribuye, según Sarah Franklin, a resituar las experiencias de las personas infértiles y sus representaciones como “historias de la desesperación”, construyendo unas narrativas en las que vinculan directamente el deseo desesperado de tener un hijo/a con la esperanza de la curación médica.

“Al haberse construido la infertilidad como un problema biológico, no hay alternativa a la solución biológica. Las recientemente adquiridas capacidades de la ciencia médica para proporcionar un hijo a las parejas infértiles constituyen la única espe-

ranza. Como resultado, la diferencia entre felicidad y esperanza queda únicamente en manos de los expertos médicos”(Franklin, 1990: 210).

Desde una perspectiva psicoanalítica, Silvia Tubert afirma que la demanda de intervención médica se interpreta literalmente como la expresión de un “deseo de tener un hijo” que no siempre se ajusta a la realidad. La fuerte asociación entre maternidad e identidad femenina en el orden cultural y simbólico hegemónico propicia que la expresión, en ocasiones, de un “deseo de ser” (mujer) se formule e interprete como un “deseo de tener” (hijos/as) (Tubert, 1991; 1993).

Por otro lado, el hecho de que los tratamientos se apliquen sobre los cuerpos de las mujeres pone de manifiesto -a la vista de su creciente utilización para tratar problemas de infertilidad masculina- que se está sometiendo a tratamientos de FIV a mujeres que no tienen problemas de fertilidad, lo que remite de nuevo tanto a la cuestión de la importancia de los lazos genéticos como a la de la paternidad masculina. Además, los procesos de donación de gametos implican a personas fértiles que se vinculan a ellos por motivos altruistas y/o económicos en ocasiones ambiguos y poco esclarecidos. Tanto en los países que permiten la compraventa de gametos como en aquellos que la regulan -a través de la fórmula de la donación prohibiendo su comercio- la retórica de los mensajes que animan a las personas donantes están cargados de valores muy positivos como la solidaridad, la compasión y el apoyo. Convendría, no obstante, reflexionar sobre en qué medida los motivos económicos no acaban jugando un papel determinante y cómo esto, por lo tanto, incide y se apoya en la desigualdad social. Poco se dice en estos mensajes de los costes físicos y de los riesgos para las mujeres que donan sus óvulos; en parte esta omisión está vinculada a la tendencia a ocultar la asimetría sexual de las técnicas derivada necesariamente de la fisiología reproductora (Laborie, 1992b: 27). El desigual papel que desempeñan mujeres y hombres en el proceso de procreación queda velado por la adopción de un discurso basado en la genética que toma la contribución de los gametos como equivalentes y reduce a esta contribución la reproducción biológica. (Keller, 1995; Stabile, 1994). El caso de la donación de óvulos y espermatozoides es paradigmático en la utilización de una falsa simetría, aunque también puede encontrarse en las descripciones simplificadas de técnicas como la FIV que en ocasiones aparecen en la comunicación mediática (Sánchez, 2005).

j) Teniendo en cuenta el papel central que juegan las mujeres en estos procesos y las implicaciones de todo tipo que tienen para ellas, resulta altamente preocupante y censurable el poco protagonismo que han alcanzado, no sólo en los procesos de debate y toma de decisión institucionales, sino también en el discurso médico cuando habla de las personas destinatarias de las técnicas y de los/as pacientes en tratamiento. Patricia Spallone plantea que en el debate social y ético sobre la FIV, el protagonismo ha sido ejercido por el embrión. Las mujeres no se han identificado como tema central, a pesar del hecho de que la embriología no es más que el estudio del embarazo, al fin y al cabo una experiencia ex-

clusivamente femenina. Desde el principio del debate, dice, las mujeres fueron marginadas en vez de considerarlas el sujeto humano principal de las NTR, el ser humano cuya presencia física es pre-requisito de la FIV, de las investigaciones sobre el embrión humano, las terapias fetales y de la terapia de genes de embriones (Spallone, 1996: 60).

“Las mujeres, aunque quizá sean implícitamente reconocidas como sujetos clínicos de la FIV desde el principio, no son identificadas adecuadamente o protegidas (sin embargo el embrión sí lo es, o al menos aparentemente)” (Ibíd.: 67).

La mujer como referente tiende a desaparecer en favor de otros, como la pareja y el feto (Laborie, 1992a: 185, 1992b: 27; Rowland, 1992). Se genera un proceso de “hibridación” que hace emerger nuevas figuras ontológicas. Significativamente, Irma van der Ploeg hablará de la creación de “pacientes hermafroditas” y “cuerpos protésicos” para referirse a esta conversión (Ploeg, 1995, 1998). La preocupación por la ausencia de voces feministas en los debates y en los procesos de toma de decisión se inicia por el reconocimiento de que no se están teniendo en cuenta los intereses de las mujeres, pero va más allá. Tal y como plantea Sarah Franklin, “la cuestión para las feministas no es sólo la de introducir intereses específicos de las mujeres en el debate existente, sino la de cambiar los estrechos términos con los que se están conduciendo los debates en el presente”. Se deben abarcar las implicaciones sociales de largo alcance, puesto que lo que está en juego es la “lucha por el control de los procesos de reproducción” estrechamente relacionados con la biotecnología y la ingeniería genética, por lo que va mucho más allá de los tratamientos médicos de la infertilidad “destinados a proveer familias felices a parejas desesperadas”, los intereses presentes son enormes así como los desafíos políticos y legislativos que suponen (Franklin, 1990: 246-247).

k) La relación entre las NTR, la investigación biomédica y la ingeniería genética fue destacada desde los inicios del debate. Por un lado, esta conexión permite desplazar su ubicación del terreno estricto de la infertilidad para situarlas en el campo más amplio de la reproducción. Auguraban primero y constataban después el aumento de las prácticas del diagnóstico prenatal y del diagnóstico preimplantacional. Inicialmente, la preocupación se orientó hacia la posibilidad de que su uso condujera a prácticas sexistas, como el aborto selectivo en función del sexo tras el diagnóstico prenatal⁵⁹, o la elección del sexo a través del diagnóstico preimplantacional, generando no sólo desequilibrios demográficos en la composición por sexo de las poblaciones, sino también prácticas feminicidas en sociedades donde el menosprecio por las mujeres continuaba siendo patente. Asimismo, el avance de los conocimientos en el campo de la genética podría conducir a una nueva forma de eugenesia, traspasando su utilización terapéutica para situarse en el objetivo de conseguir el ‘bebé perfecto’.

⁵⁹ Práctica constatada en países como India o China.

Leonor Taboada reflexiona sobre esta posibilidad diciendo:

“El concepto de eugenesia renace en el sueño y la meta del bebé garantizado contra todo fallo natural que prometen los científicos. En una sociedad racista, sexista, discriminatoria e injusta socialmente, el concepto de normalidad depende de quien tenga el poder para establecer la norma. Así, un fallo hereditario como la miopía, o una estatura mínima podrían llegar a ser considerados defectos a corregir, con lo cual se expondría a la evaluación del embrión antes de ser implantado a muchas parejas. Hay quien sostiene que evaluar los embriones será una práctica de rutina para "garantizar" el producto dentro de 15 ó 20 años” (Taboada, 1986: 11-12).

En el contexto de una sociedad mercantilista y consumista, la creencia en la posibilidad de identificar cada vez más características de las futuras criaturas podría conducir a la emergencia de un nuevo producto, los bebés personalizados o ‘a la carta’, reforzando así la configuración de los hijos/as como mercancías objeto de consumo.

Por otro lado, la conexión entre las terapias de reproducción y el campo de la investigación -en reproducción y en ingeniería genética- es indudable. Las mujeres y sus cuerpos se convierten en lugar de experimentación, en auténticos “laboratorios vivientes”, en expresión popularizada por Robyn Rowland (1992). Françoise Laborie señala la utilización por parte de los médicos de un doble discurso: cuando se dirigen a las mujeres y a los media presentan los nuevos tratamientos como capaces de simplificar y aligerar los procesos; cuando se dirigen a sus colegas en las publicaciones médicas “describen la FIV como un instrumento simple que permite estudiar la complejidad de los mecanismos biológicos de la reproducción”. Asimismo presentan la FIV como el ámbito perfecto para testar nuevos productos de la industria farmacéutica. Esta autora cita al biólogo Jacques Testart diciendo que ha aportado la prueba sobre lo que las feministas habían afirmado: las mujeres al intentar tener un hijo gracias a estas técnicas, se convierten en realidad en “verdaderos cobayas, las mejores, las más inteligentes y menos caras posible, ya que incluso pagan por ello” (Laborie, 1992 b: 31). Testart ha encontrado al menos diez buenas razones (incluidas las financieras) por las que los médicos prefieren las mujeres a las monas para investigar en estos ámbitos (Testart, 1990: 19).

La producción excedente de gametos y embriones que conllevan los procesos de fecundación in vitro convierte a esta tecnología en una fuente inestimable de tejidos y materiales biológicos para la investigación en el campo de la genética. Son varias las voces que apuntan que ésta es una de las motivaciones que favorece y explica el auge de estas tecnologías, más que la lucha contra la esterilidad. (Laborie, 1992 b: 27; Testart, 1988: 188). Una de las preguntas que se desprende al desvelar el juego de intereses es: ¿quién necesita más a quién? Algunas respuestas son contundentes como, por ejemplo la de Maria Mies (Mies, 1987) o la de Patricia Spallone (Spallone, 1992), que no dudan en afirmar que la tecnociencia necesita más a las mujeres que las mujeres a la ciencia -al menos en este caso-.

3.1.3. Posiciones y argumentos de defensa de las NTR

En las primeras etapas del debate, son pocas las voces feministas que se hacen oír públicamente defendiendo de modo abierto y directo las NTR.

Aunque algunas autoras, como, por ejemplo Karey Harwood (2007), menciona posturas que “defendieron con entusiasmo las nuevas tecnologías de reproducción y sus múltiples posibilidades”, no ofrece ninguna referencia concreta al respecto. Las presenta como herederas de las tesis de Firestone y subraya que la valoración positiva de las NTR deriva de que “pueden dar pie a una reconstrucción de la maternidad por caminos completamente nuevos y promover nuevas formas de organización social que beneficien a las mujeres”. Al ofrecer “nuevas posibilidades de relación de las mujeres con sus cuerpos, nuevas vías para conceptualizar la familia y nuevas formas de pensar la contribución social que supone la reproducción, serían positivas para las mujeres como colectivo, constituyendo una poderosa herramienta de liberación” (Harwood, 2007: 21-22).

Más allá de las posibilidades teóricas que abre la ruptura de fronteras entre biología y tecnología, entre lo genético y lo social, el sexo y la procreación, para pensar en nuevas realidades híbridas que trastocan los dualismos establecidos -atando la de las mujeres a una sola identidad condicionada por el destino biológico-, cuando se contempla la realidad de las mujeres implicadas en los tratamientos, resulta difícil pensar que las NTR estén liberando a las mujeres como soñó Firestone,

Por otro lado, uno de los aspectos más problemáticos de las posturas que se oponían a las NTR, pidiendo su paralización, tuvo que ver con el conflicto entre intereses individuales e intereses colectivos que se puede plantear. En los argumentos y declaraciones de FINRRAGE, la valoración de que resultan lesivas desde el punto de vista de las relaciones de género lleva a justificar el rechazo de las mismas incluso como opción individual. La consideración que expresan hacia las mujeres con problemas de fertilidad en términos de reconocer el sufrimiento que pueden experimentar, pero, al tiempo, la derivación de la solución hacia la investigación y prevención de las causas de la infertilidad, deja un sabor agrídulce.

Muchas feministas, incluso vinculadas a FINRRAGE, vivieron con ambivalencia la tensión entre la perspectiva colectiva y la perspectiva individual. Explicar a las mujeres estériles que la intensidad con la que pueden llegar a vivir su problema se debe en gran medida a presiones sociales y a identificaciones con la maternidad culturalmente inducidas, puede servirles de poca ayuda. Por otra parte, las bajísimas tasas de éxito de las técnicas en las etapas iniciales de su aplicación ayudaron a reforzar las posturas de oposición, a pesar de todo. No es que se niegue una posibilidad de resolver su problema, sino que lo que se censura es que constituye una posibilidad más ficticia que real. En este sentido, alguna de las posiciones que se puede identificar como defensoras de las NTR en

esos momentos (y también ahora), tiene que ver con la defensa de los derechos e intereses individuales.

Se situaría aquí, por ejemplo, la postura de quienes apoyan las NTR desde una perspectiva liberal clásica. Su principal argumento consiste en afirmar que favorecen los derechos individuales, la libertad reproductora y la posibilidad de elección (Harwood, 2007: 22). Vinculan la legitimidad de utilizar el lenguaje de los derechos individuales -desde una perspectiva feminista defendiendo las NTR- al hecho de que fue y sigue siendo ampliamente utilizado por el feminismo para reivindicar el acceso a la anticoncepción y al aborto. Así pues, si las mujeres deben reivindicar su derecho a elegir no ser madres -a evitar el embarazo o a interrumpirlo-, también deben reclamar su derecho a serlo, utilizando los medios que la tecnología ofrece. Además, argumentan, la disponibilidad de las nuevas técnicas aumenta las opciones y, por lo tanto, la posibilidad de elegir. Que exista la opción deja abierta la posibilidad de no elegirla, se respeta y defiende el pluralismo y por tanto la libertad.

Criticán a quienes afirman que las mujeres no eligen libremente el uso de las técnicas de reproducción asistida, aduciendo que esto supone considerarlas menores de edad, incapaces de tomar sus propias decisiones, como insistentemente ha hecho el patriarcado a lo largo de la historia. Algunas defienden que las diversas modalidades de reproducción permiten el establecimiento de alianzas y complicidades entre mujeres, por ejemplo, a través de la donación o la compra-venta de óvulos o de los contratos de subrogación (servicios gestacionales). Se aumentan las opciones para tener hijos fuera de los confines del matrimonio heterosexual, de modo que mujeres sin pareja y/o lesbianas pueden ejercer su propia concepción de la familia, la maternidad y el parentesco. Serían, por tanto, potencialmente subversoras del orden social patriarcal.

Una de las principales voces que defendieron este tipo de argumentos fue la de la abogada Lori Andrews, perteneciente al Grupo de Trabajo⁶⁰ que desarrolló en proyecto: “Reproductive Laws for the 1990’s”, en la Rutgers State University. En su opinión, los mismos argumentos que se utilizaron para reivindicar el derecho al aborto legitiman la defensa de todas las opciones reproductoras que están abriendo las tecnologías, así como las nuevas prácticas sociales que permiten. Ello abarca tanto el derecho individual a utilizar la FIV por parte de mujeres o parejas con problemas de esterilidad, como el de recurrir a cualquier medio disponible para realizar su propio proyecto procreador. Menciona, por ejemplo, la posibilidad de que quien quiera pueda “crear” un hijo/a propio sin participar en ninguno de los aspectos y fases de la reproducción biológica, es decir combinando el uso de unos óvulos y espermatozoides de donante con la subrogación de la gestación (Andrews, 1989; Alemany, 1999).

La libre elección de las opciones reproductoras significa el derecho a establecer diversos tipos de contrato mediante los que se establecen las condiciones para definir el rol de

⁶⁰ Dirigido por Nadine Taub y Carol Smith.

cada participante, dirimiendo los posibles conflictos legales que puedan emerger de las múltiples formas de maternidad y paternidad que posibilitan estas actuaciones. Andrews plantea la necesidad de un cambio legislativo radical que permita enmarcar las nuevas posibilidades abiertas por el desarrollo tecnológico⁶¹. Están abiertas múltiples opciones que pueden permitir el aumento sin precedentes de la “autonomía reproductiva” de las mujeres. Para que sean reales debe garantizarse, por un lado, que no exista coerción, lo que se consigue proporcionando información clara y mediante la firma de consentimientos informados; y, por otro lado, que exista igualdad de acceso a las ‘alternativas reproductoras’ para todas las mujeres, sin distinción de clase o de raza, lo que pasa por aumentar los recursos sanitarios públicos destinados a favorecer la equidad.

Por último, Harwood identifica el “grupo de voces que acogieron favorablemente las técnicas de reproducción asistida desde una posición de defensa de las personas con problemas de esterilidad”. Aunque no se identifican necesariamente con las posiciones liberales, su argumento de apoyo a las TRA es similar, ya que opinan que aumentan las posibilidades individuales de las mujeres. Quienes defienden esta posición no comparten la idea de que la supresión de las TRA beneficiaría a las mujeres como colectivo. En todo caso, ello supondría sacrificar intereses presentes de las mujeres infértiles por unos futuros e inciertos beneficios de las mujeres como colectivo. A menudo estas posiciones han sido calificadas de pronatalistas en lugar de feministas, ya que asumen como natural, espontáneo y genuino el deseo de procreación y no lo consideran un signo de opresión de las mujeres. En claro contraste con la posición de FINRRAGE, no conciben a las mujeres estériles como víctimas pasivas de la práctica médica y de la tecnología. Critican, como en el caso anterior, a quienes consideran que las mujeres que acuden a las TRA están inmersas en un problema de falsa conciencia y no luchando por conseguir sus metas (Harwood, 2007: 22-23).

3.2. PERMANENCIA TEMÁTICA Y CAMBIO DE ORIENTACIÓN EN LAS REFLEXIONES POSTERIORES

Muchos de los temas e interrogantes abordados por los primeros estudios y debates han continuado ocupando un lugar destacado en la agenda de investigación feminista en

⁶¹ En su conocido artículo “My body, my property” Andrews aboga por la liberalización del mercado de órganos, tejidos y sustancias corporales, tales como los óvulos, el esperma, la sangre, etc. a partir del reconocimiento de la propiedad de tales elementos, así como del propio cuerpo. De este modo se otorgaría a las personas propietarias el derecho a su venta en condiciones establecidas. Con ello dispondrían de mayor control, evitando determinados usos y abusos que puedan producirse. Menciona en particular que, si no se hace esto, los científicos y las empresas biotecnológicas están obteniendo grandes sumas de dinero de los resultados de las investigaciones que realizan a partir de la utilización de estos materiales, que, por otro lado han conseguido gratuitamente a través de las donaciones por parte de las personas de las que proceden (Andrews, 1986: 34).

este campo. La mayoría de las líneas de investigación y análisis abiertas continúan estando vigentes y, a la vista de cómo han ido transcurriendo los hechos, puede decirse que algunas de las intuiciones sobre el futuro han resultado premonitorias.

Ciertamente no puede marcarse una línea ni una fecha que delimite distintas etapas en el análisis feminista de las TRA. Algunas autoras como, por ejemplo, Charis Thompson lo estructuran en dos fases, situando la frontera -que ella misma define como difusa- en los primeros años de la década de los años 90.

La diversidad de aportaciones continuó reinando en el seno del pensamiento y de la investigación feministas pero, en su opinión, el principal cambio residió en el paso de “la certeza moral” que caracterizó a las posiciones de la primera fase, a la “ambivalencia moral” que se erigió en el sello de la segunda fase (Thompson, 2005: 64). Si bien se continuó investigando y documentando la dinámica de patologización y tecnologización de la reproducción que implicaban las TRA, la dependencia médica que supone y los efectos adversos que conllevan para las mujeres, el tono cambió. El reconocimiento de intereses diversos y potencialmente divergentes entre los actores implicados ya no tendía a saldarse de modo resolutivo en términos de buenos y malos. También se transformó la visión de las mujeres como víctimas pasivas y uniformes de la tecnología que habían sostenido algunas de las posiciones más críticas en los momentos anteriores. Thompson sostiene que algunas investigaciones mostraron que los/as médicos/as no eran un grupo monolítico y que tampoco lo eran las mujeres que habían pasado por las experiencias de tratamiento. La distribución y las relaciones de poder, sobre todo en la práctica clínica concreta, se percibió como más abierta, más difusa y contingente de como se había retratado en la fase 1 (2005: 66).

El cambio de orientación sigue los parámetros descritos al hablar del tecnofeminismo y de su tentativa por ir más allá de los enfoques anteriores en el estudio de las relaciones entre género y tecnología. Se trata de ofrecer una visión más compleja y matizada de los procesos, de plantear investigaciones destinadas a conocer cómo se producen en la práctica los procesos de configuración y transformación de las tecnologías, entendidos como procesos relativamente abiertos, en los que los diferentes grupos implicados y también los no reconocidos como tales⁶² inciden, presionan y negocian, por supuesto dentro de los límites que marcan los factores sociales estructurales -asimismo en transformación- y los recursos desiguales con los que cuentan las instancias implicadas.

En el intento por desmarcarse de las reflexiones orientadas desde enfoques que mantienen una visión social determinista, se realizan cada vez más estudios centrados en la observación de las dinámicas concretas. Es el caso de las investigaciones etnográficas que utilizan técnicas como la observación participante y las entrevistas personales para dar cuenta de lo que ocurre en el ‘mundo de las prácticas’ de reproducción asistida. Pueden

⁶² A mi modo de ver resulta indudable que las potentes y documentadas críticas suscritas por algunas de las posiciones feministas han incidido, favoreciendo algunos de los cambios que se han producido.

citarse, por ejemplo, los trabajos publicados por Charis Cussins Thompson (1996; 1998; 2005), el de Karey Harwood (2007) y el de Manuela Perrotta (2008).

Los ‘nuevos’ planteamientos se hacen eco de las tendencias -al tiempo que contribuyen a ellas- del pensamiento feminista que insisten en considerar el género como algo fluido, flexible y complejo, sometido a constantes procesos de negociación y redefinición, huyendo de la idea de que los códigos de género se reproducen indefectiblemente manteniendo inmutable su contenido y la jerarquía en sus relaciones. Investigan en qué medida entran en juego los estereotipos de género en las interacciones que se producen durante los tratamientos. Thompson, por ejemplo, llega a la conclusión de que en muchas ocasiones los pacientes, sobre todo las mujeres, proyectan exageradamente atributos estereotipados de género con fines instrumentales⁶³.

Las reflexiones en torno a las experiencias acerca de la maternidad también se alejan de planteamientos esencialistas o deterministas -naturales y sociales-. El interés se centra en investigar cómo se relacionan las mujeres con las representaciones hegemónicas de la maternidad, cómo ‘trabajan’ con y contra ellas, cómo son liberadas y oprimidas por los estereotipos y cómo los cambian cuando los ejercen⁶⁴.

La necesidad de conocer las experiencias de las mujeres había sido señalada tempranamente por las primeras investigadoras feministas que se ocuparon de las TRA. Una de las razones aducidas fue la ausencia de las mujeres tanto en las imágenes de las tecnologías que se estaban difundiendo, como en los debates -fuera del campo feminista - acerca de las mismas⁶⁵. Por otro lado, uno de los núcleos de la polémica dentro del feminismo, fue el de los motivos por las que las tantas mujeres demandaban los tratamientos, a pesar de sus elevados costes- de todo tipo- y de su escasa efectividad. Una cuestión incómoda, ya que constituía el argumento central para la legitimación de las técnicas por parte de las instancias médicas y mediáticas. El transcurso de los años no hizo sino mostrar que esta demanda no sólo no dejaba -y no deja- de aumentar, sino que se ha disparado de modo exponencial. Aunque existen -y se han seguido- otras líneas de indagación para intentar explicar este hecho, profundizar en el conocimiento de los motivos y las razones que movilizan las mujeres se convirtió en un objetivo ineludible. Las investigaciones más recientes que toman el conocimiento de las experiencias de las mujeres como uno de sus objetivos centrales se han realizado desde varias disciplinas, como la antropología -antes mencionada-, la psicología y la sociología.

⁶³ Sugiere, por ejemplo, que hacen un uso de ellos en los momentos adecuados del tratamiento que tiene un componente estratégico, como es el caso de quienes tratan de mostrar su aptitud para convertirse en madres-padres en función de lo que perciben que se espera de ellas/os en determinadas clínicas, consiguiendo de ese modo el acceso a los mismos. También apunta que el mostrar atributos estereotipados puede estar relacionado con el esfuerzo por rescatar su identidad de género que se ha podido ver comprometida por su infertilidad (Thompson, 2005: 71).

⁶⁴ En esta línea se sitúan: Chang and Fourcey (1994), Ladd-Taylor and Umansky (1998) y Layne (2002), citados por Thompson (2005: 72). También, Layne (2006).

⁶⁵ Ver, por ejemplo, Franklin (1990), Klein (1989), McNeil et al (1990), McNeil (2007) y Steinberg, (1990).

En la vertiente sociológica destacan aportaciones como la realizada por Karen Throsby, publicada en 2004, que centra su atención en las mujeres que han tenido experiencias de fracaso en el uso de la Fecundación in Vitro. No se ocupa tanto de conocer in situ la dinámica clínica sino del modo en que las mujeres, a través de sus relatos, construyen y reconstruyen su experiencia (Throsby, 2004).

Otra de las que revisten especial interés es la de Maureen McNeil. En ella alerta acerca de los riesgos de “reificación esencialista” que implica referirse a “la experiencia de las mujeres”, convirtiéndola en algo unitario que oculta la diversidad existente y, sobre todo, las fuerzas y factores sociales, tanto materiales como discursivos que las atraviesan y generan. Por este motivo, enfatiza el análisis del trasfondo sociológico que permite convertir las experiencias de cada mujer -tomadas en su conjunto e interpretadas- en “relatos” acerca de la ausencia de hijos que, aunque se pueden formular con los mismos enunciados, en realidad cuentan distintas historias acerca de “¿cómo se configuran los sueños y las aspiraciones de las mujeres? ¿cuándo y cómo pueden ser realizados? ¿cuándo, cómo y por qué se niegan?” Así pues, las experiencias de las mujeres no sólo son plurales sino que es esta pluralidad la que debe ser analizada y desvelada por el análisis sociológico. Tal y como ella misma lo expresa al decir: “tomo las historias acerca de las aspiraciones reproductoras de la mujer como punto de partida, no el punto final, para mi análisis” (McNeil, 2007: 71-73).

Los cambios de orientación no conducen, salvo en contadas ocasiones, a una visión abiertamente optimista acerca de las posibilidades que las tecnologías pueden brindar a las mujeres. Es más, la mayoría de los enfoques se sitúan en una posición intensamente crítica. Pero la perspectiva que se adopta y propone es la de avanzar en la investigación conociendo la complejidad de los procesos de interacción entre las tecnologías relacionadas con la reproducción, el género y la estructura social. El rechazo frontal que caracterizó a las posiciones más críticas del primer periodo conduce a la impotencia en el plano político. Para poder incidir en los procesos, favoreciendo cambios que defiendan y respeten los intereses de las mujeres, es indispensable esclarecer los criterios, los lugares y los modos de intervención.

Por último, con el fin de recoger algunas de las aportaciones y líneas de investigación más recientes, se mencionan aquellas que indagan acerca de la conexión entre biomedicina reproductora, genética y biomedicina regenerativa.

La conexión estrecha entre TRA e ingeniería genética fue uno de los temas destacados desde el inicio por las reflexiones feministas. El paso del tiempo y la evolución de las tecnologías de reproducción han mostrado con claridad la centralidad de este vínculo.

La clave del proceso ha sido la Fecundación in Vitro, a la que se reconoce como la técnica central (Throsby, 2004: 189). Su configuración cualitativa, es decir, el hecho de que consista en la producción extracorpórea del embrión a partir de la obtención de los gametos -que mediante un proceso de extracción se sitúan fuera de los cuerpos, quedando disponibles para su utilización y manipulación- le confiere un potencial enorme para el

desarrollo tecnocientífico. Este desarrollo ha seguido varios caminos y ha implicado en algunos casos la combinación de procedimientos biomédicos con otros de naturaleza claramente social. Al tiempo, ha supuesto y permitido que las TRA evolucionen siguiendo al menos tres líneas estrechamente relacionadas: la línea centrada en el proceso de reproducción que tiene como objetivo conseguir que personas con problemas para procrear puedan llegar a hacerlo; la línea que, aunque situada en el terreno de la reproducción, tiene como objetivo la prevención de enfermedades de origen genético; y la línea centrada claramente en la investigación y desarrollo de la biomedicina regenerativa.

En el primero de los casos nos encontramos de lleno en lo que conocemos e identificamos habitualmente como Técnicas de Reproducción Asistida.

En el segundo caso, la prevención de enfermedades genéticas, la tecnología actualmente en vanguardia es el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP). Presenta aparentemente claras ventajas respecto a su predecesora en el objetivo, el diagnóstico prenatal, ya que permite analizar los defectos genéticos y las alteraciones cromosómicas del embrión sin tener que llegar a plantear la decisión de terminar con el embarazo en caso de detección de anomalías⁶⁶. Puesto que el diagnóstico se efectúa, como su nombre indica, antes de la transferencia del embrión al útero de la mujer, requiere indefectiblemente la utilización de la técnica de fecundación in vitro. Esto conlleva, entre otras implicaciones, que mujeres y parejas fértiles se conviertan en destinatarias indicadas de las TRA. Pero el vínculo entre DGP y FIV se traza asimismo en la dirección contraria. No sólo la realización del diagnóstico preimplantacional requiere la FIV, sino que, en algunos procesos de fecundación in vitro, se considera aconsejable e indicado el diagnóstico genético preimplantacional. En la medida en que a través de él puede ser detectada la presencia de cromosomas frecuentemente implicados en malformaciones y anomalías fetales que pueden dificultar la implantación del embrión o producir la interrupción del embarazo, su uso puede ayudar a mejorar las tasas de éxito parcial -embarazo- y final -nacimiento de una criatura sana- de ciertos ciclos de fecundación in vitro.⁶⁷

La tercera línea de desarrollo de las TRA se sitúa en el campo de la biomedicina regenerativa. La producción excedente de gametos y embriones que conllevan los procesos de fecundación in vitro convierte a esta tecnología en una fuente de tejidos y materiales biológicos de una dimensión sin precedentes. La estrecha relación entre la biomedicina reproductora y la biomedicina regenerativa ha sido señalada y analizada por varias investi-

⁶⁶ En la mayor parte de la literatura médica al respecto así como en los debates sobre bioética es habitual encontrar como argumento central de las ventajas del DGP frente al diagnóstico prenatal convencional el de que permite evitar el aborto de un embrión ya implantado.

⁶⁷ El Instituto Dexeus, por ejemplo, considera indicado el procedimiento en los casos de: “edad materna avanzada (>37 años), meiosis masculina alterada, parejas con abortos de repetición y parejas con fallos repetidos de implantación”. Nótese cómo el término pareja se utiliza en lugar del de mujer para describir sucesos (aborto, fallo de implantación) que ocurren exclusivamente en el cuerpo de la mujer.

http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=50&c1=2 Consultada el 12/11/09

gadoras⁶⁸. Sarah Franklin plantea, por ejemplo, la existencia de un complejo sistema de comunicación (interface) entre la FIV y la investigación en células madre. “Sin la reproducción asistida no se hubiera desarrollado la investigación en células madre embrionarias⁶⁹” (2006: 173).

El extraordinario auge experimentado en los últimos años por la biomedicina regenerativa⁷⁰ y la investigación sobre células madre embrionarias y clonación terapéutica (transferencia nuclear de células somáticas SCNT) ha comportado un aumento espectacular de la demanda de materiales básicos para la investigación, de modo que la fuente de abastecimiento que representa la medicina de reproducción resulta insuficiente, sobre todo en el caso de los óvulos. El uso de embriones para la investigación ha generado sobre todo debates éticos centrados en el estatuto del embrión y la legitimidad de utilizarlo para fines no reproductivos. En cualquier caso, la disponibilidad de material de base no presenta en la práctica excesivos problemas ya que el aumento de los procesos de fecundación *in vitro* ha generado una importante reserva de los denominados ‘embriones supernumerarios’ o ‘sobrantes’. El gran problema son los óvulos (Sánchez, 2005). Podría decirse que en estos momentos la medicina reproductiva y la regenerativa compiten por la disposición de óvulos, un material cuya obtención es costosa y arriesgada y que se torna cada vez más escaso en relación con la creciente demanda (Darling, 2008; Franklin 2008; O’Riordan and Haran, 2009; Stolcke, 2007; Waldby and Cooper, 2008). No es de extrañar, por tanto, que desde el feminismo se sigan con preocupación estos procesos y que esto haya dado lugar a investigaciones y reflexiones cuya exposición detallada se aleja de las posibilidades y también de los objetivos de este trabajo.

La finalidad de este apartado era mostrar en términos generales la temática y orientación de las principales líneas de investigación que se han ido desarrollando hasta el momento. No se han enumerado exhaustivamente los temas ni se ha desarrollado en profundidad los que se han mencionado. Los que se consideran centrales para la investigación que se presenta serán tratados con mayor alcance en las páginas siguientes, en los capítulos 4 y 5. Serán utilizadas asimismo para la interpretación y análisis de la información empírica en los capítulos 9, 10 y 11.

⁶⁸ (Darling 2008; Franklin, 2006, 2008; O’Riordan and Haran, 2009; Svendsen, 2007; Throsby, 2004; Waldby, 2006; Waldby and Cooper 2008).

⁶⁹ Sarah Franklin cuenta que en el Reino Unido el primer laboratorio de células madre embrionarias se construyó adyacente a una unidad de reproducción asistida. Utiliza este hecho como descripción de una realidad y también como metáfora. Las instalaciones se financiaron por el Medical Research Council (MRC) como parte del “esfuerzo por conseguir la mayor celeridad posible en el avance científico y en el desarrollo de sus aplicaciones clínicas y comerciales” (2006: 171).

⁷⁰ Sarah Franklin utiliza el término “transbiología” (Ibíd.).

SEGUNDA PARTE

LA CONFIGURACIÓN, DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CAPÍTULO 4

LA MEDICALIZACIÓN COMO PROCESO CENTRAL EN LA CONFIGURACIÓN Y DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La medicalización lleva a convertir dolencias ordinarias en problemas médicos, síntomas ligeros en graves, a tratar problemas personales como problemas médicos y a hacer estimaciones de prevalencia para maximizar mercados potenciales.

Leonor Taboada (2005: 16)

Hace más de dos décadas que los análisis feministas presentaron a las TRA como la extensión, o mejor la culminación, del proceso secular de medicalización de la reproducción (Taboada, 1986; Juan, 1991; Tubert, 1991; de Melo 1996). Un proceso regido principalmente por unas lógicas -disociadas de los intereses de las mujeres- vinculadas a móviles políticos, ideológicos, económicos y científicos⁷¹. Las primeras reflexiones críticas subrayaron que los factores contextuales que enmarcaron su desarrollo configuraron unas tecnologías fuertemente generizadas, cuyos efectos sobre las mujeres apuntaban al mayor control sobre su capacidad reproductora y al refuerzo de los códigos de género tradicionales. Aunque la presencia y la influencia de los motivos económicos quedaban patentes, podríamos decir que el énfasis principal se puso en la voluntad de controlar y someter a las mujeres a los dictados del orden patriarcal.

Posteriormente se produjo un cierto giro con el que se destacaba la preeminencia de los intereses económicos en el proceso. Las TRA no sólo se han mostrado efectivamente como un negocio enormemente lucrativo sino que, además, han posibilitado el desarrollo de líneas de investigación en el campo de la biomedicina regenerativa que han contribuido a convertir a la biotecnología en una de las piedras angulares de la economía actual (Nadesan, 2008).

El control y el sometimiento de las mujeres más que un objetivo en sí mismo deviene instrumental. A pesar de este cambio de énfasis -o de prioridad- en los objetivos, los efectos sobre las mujeres a escala global son potencialmente devastadores. Insertos en el orden económico neoliberal transnacional, estos desarrollos utilizan y refuerzan la desigualdad entre las mujeres en términos de clase, de etnia y de país de origen. Las prácticas de deslocalización productiva características del modo de regulación postfordista son cada vez más frecuentes y dan lugar a fenómenos cada vez más conocidos como el “tu-

⁷¹ Tal y como se ha expuesto en el capítulo 3.

rismo reproductivo” y la creación de mercados mundiales -poco o nada regulados- de ovocitos provistos a bajo costo por mujeres de países como los de la antigua Unión Soviética, China, Sudáfrica y otros (Waldby and Cooper, 2008: 59), y las características fenotípicas de las suministradoras de ovocitos pierden relevancia cuando estos van a ser destinados a la investigación, con lo que la demanda para estos fines puede satisfacerse recurriendo a mujeres de otros países, sin importar su pertenencia étnica. El mercado mundial se amplía alcanzando ciertamente una escala global. Así pues, de la alianza entre capitalismo y patriarcado -señalada por los primeros análisis feministas como factor central en la configuración de las TRA y sus efectos sobre las mujeres- se pasa a la necesidad de investigar la nueva economía política de la biomedicina de la reproducción en el escenario de un nuevo orden biopolítico mundializado (Waldby and Cooper, 2008; Nadesan, 2008, O’Riordan and Haran, 2009).

A pesar de que las nuevas líneas de investigación apuntadas resultan apasionantes, su seguimiento se aleja de los objetivos del presente trabajo.

Lo que sí que se recoge e incorpora es la visión de que la dinámica de desarrollo tecnológico en el campo de la reproducción está cada vez más marcada por la fuerte presencia de intereses lucrativos y de desarrollo económico. Tiene un potencial de arrastre considerable y está regida por valores y objetivos que pueden no ser compartidos por la totalidad de actores presentes en ella, de manera que esta heterogeneidad puede favorecer la apertura hacia cambios de orientación que tengan más presentes la justicia social y las cuestiones de género implicadas.

Precisamente por ello, lo que se va a desarrollar en este capítulo es cómo el proceso de medicalización de la reproducción, al tiempo que propicia una configuración sexista de las TRA, es un proceso controvertido, susceptible de una transformación en la que los principales protagonistas pueden participar activamente. Asimismo, el análisis de este carácter sexista pero abierto permitirá enmarcar teóricamente la interpretación de las experiencias de las mujeres que han pasado por tratamientos de reproducción asistida y de cómo se adaptan, se oponen o modifican el papel que les es asignado.

4.1. LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y EL CONSUMO DE SERVICIOS SANITARIOS

Medicalizar significa hacer entrar en el campo de competencia de la medicina problemas o trastornos que anteriormente no eran objeto de su cobertura⁷² La etiología de los

⁷² El término no está reconocido en español aunque se utiliza ampliamente tanto en el ámbito de las ciencias sociales como, de modo creciente, en el de la medicina. El [Merriam-Webster Medical Dictionary](#) (Harvard Medical School’s) lo define literalmente como:” to view or treat as a medical concern, problem, or disorder (those who seek to dispose of social problems by *medicalizing* them-- Liam Hudson).

mismos se sitúa fundamentalmente fuera del ámbito orgánico-corporal y está vinculada a factores sociales y culturales. También incluye procesos vitales normales que van convirtiéndose en objeto de la atención médica. Tal y como describe el diccionario de salud pública Kishore, “incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo” (Márquez y Meneu, 2007: 65). Cuando se habla de ‘la medicalización de la vida’ se está aludiendo a su extensión creciente y sin límites a todo tipo de problemas y/o situaciones personales o sociales susceptibles de ser definidas de manera que permitan reconocer una sintomatología que las defina.

Aunque son muchas las personas que han escrito desde hace décadas sobre el tema, se podrían destacar como autores clásicos de referencia obligada a Michel Foucault y a Iván Illich. Ambos son evocados cuando se trata el tema desde las ciencias sociales y sobre todo el último es mencionado por los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la epidemiología y en el de la salud pública. Sin entrar en absoluto a desarrollar sus aportaciones, se puede señalar que ambos analizan, desde una perspectiva crítica, el proceso como fenómeno social. A pesar de sus divergencias, coinciden en definir -de modo distinto- los mecanismos de actuación, los agentes y los intereses en juego, así como las implicaciones y consecuencias de la medicalización para las personas y para la sociedad.

Foucault (1978; 1985) enfatiza la actuación de la medicina como dispositivo de regulación, de ejercicio privilegiado de control social, propiciado y favorecido por el estado. La institucionalización de la medicina permite -desde finales del siglo XVIII- el establecimiento de un orden biopolítico en el cual el estado controla a la medicina, y la medicina vigila, controla y disciplina tanto a los cuerpos individuales como a las poblaciones. El saber médico y sus artífices quedan investidos de una autoridad y un poder incuestionable -similar al del que dispone el clero sobre las almas- para gestionar la vida de las personas adaptándola a las necesidades y a las condiciones políticosociales. La relación entre profesionales y pacientes se establece como una relación de saber/poder y, mediante el ejercicio de la dominación simbólica -a través tanto de la práctica clínica como de la divulgación del discurso médico-, se tiende a imponer una ‘conciencia médica generalizada’ integrada tanto en la subjetividad individual como en la vida colectiva. Foucault es un autor que ha sido y es ampliamente reconocido y utilizado desde el feminismo, a pesar de que algunas autoras han lamentado que no prestara mayor atención a la desigualdad social entre mujeres y hombres como proceso social estructural. Sus conceptos de biopolítica y orden biopolítico alimentan los marcos teóricos de las investigaciones más recientes sobre género y biotecnologías.

La publicación en 1976 de la obra *Némesis Médica* de Ivan Illich marcó un hito en la consideración y el estudio del proceso de medicalización de la sociedad (Martínez Suárez, 2003). Tuvo un eco reconocido no sólo por las ciencias sociales sino también por los/as

profesionales médicos, sobre todo entre aquellos/as interesados/as por los temas de salud pública. En ella realiza una crítica social de “la epidemia de la medicina moderna” en la que denuncia y analiza cómo “la medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud” (Illich, 1987: 9).

La obra de Illich popularizó el concepto de “yatrogenia”, que da cuenta de los efectos indeseables de la práctica médica sobre las personas, la sociedad y la cultura. Él la define como una “contraproductividad específica o paradójica” (Ibíd.: 15). Este carácter paradójico reside en el hecho de que la actuación de la medicina pueda quitar a la sociedad precisamente aquello cuya producción era su objetivo planificado: la cura de la enfermedad y la preservación de la salud (Ibíd.: 281). Identifica tres tipos. En primer lugar, la yatrogenia clínica, que alude a las situaciones en las que práctica médica produce efectos negativos en el estado clínico del paciente⁷³. La yatrogenia social se refiere al efecto paradójico, no deseado y perjudicial sobre la sociedad de la organización institucional de la medicina. Se manifiesta de variadas formas⁷⁴ y en el límite “vuelve a la gente impotente para enfrentarse con su ambiente” (Ibíd.: 58). Por último, la yatrogenia cultural, que se produce “cuando la empresa médica mina en la gente la voluntad de sufrir la realidad”.

La “medicalización de la vida” tiene importantes consecuencias negativas para las personas, las relaciones sociales y la sociedad en su conjunto. Illich la vincula a la capacidad del sistema médico para ejercer el control social orientando el modo de vivir la salud y la enfermedad hacia el consumo de medicina. De este modo, la medicalización responde a la creciente mercantilización de todos los ámbitos de la vida, incluyendo la salud. Los intereses económicos de las industrias farmacéuticas, de las que producen equipamientos y tecnologías y de la medicina privada juegan un papel fundamental en el proceso.

La conversión de los productos y servicios sanitarios en bienes de consumo, deriva al tiempo de la extensión del proceso de medicalización protagonizado por los agentes implicados en su producción y de la consolidación de una mentalidad consumista, en una sociedad que canaliza hacia el consumo mercantil la satisfacción de todas sus necesidades, inquietudes y deseos (Bocok, 1995; Alonso, 2005; Lipovestky, 2007). El reconocimiento del peso que tienen los intereses económicos en la configuración de la dinámica

⁷³ Cita como ejemplos de agentes patógenos a los medicamentos con importantes efectos secundarios y sin probada eficacia, las infecciones y los accidentes que se producen en los hospitales, etc. (Illich, 1987: 44-46)

⁷⁴ “Cuando la burocracia médica genera una salud enferma, aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas necesidades, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre y aboliendo el derecho al cuidado de sí mismo: La yatrogénesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se ‘hospitaliza’ y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje con el que la gente podría dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticas; o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación” (Illich, 1987: 57-58)

de funcionamiento de los sistemas sanitarios ha propiciado la reflexión crítica de distintos sectores sociales, entre los que también se encuentran los/as profesionales de la salud.

En esta línea se sitúa, por ejemplo, la aparición en los años noventa del concepto de “disease mongering”⁷⁵, término anglosajón con el que se designa la ‘fabricación’ de enfermedades y su promoción divulgativa con el fin de incrementar el consumo de tratamientos. Se trata de una forma de aludir al proceso de medicalización que enfatiza la presencia de intereses comerciales, sobre todo por parte de la industria farmacéutica. El mecanismo básico consiste en diluir los límites de la normalidad, de modo que cualquier alteración pueda ser identificada como síntoma que requiere y dispone de tratamiento. Así pues, la existencia previa de un tratamiento es condición previa a la puesta en marcha del proceso. El móvil fundamental es lucrativo y para que se pueda llevar a cabo requiere la difusión social mediante distintos medios de comunicación y estrategias de marketing. Las compañías farmacéuticas son protagonistas principales pero no son los únicos actores implicados. Junto a ellas y frecuentemente en estrecha conexión se encuentran profesionales médicos, grupos de investigación, líderes de opinión, medios de comunicación y asociaciones de pacientes. Entre ellos las interacciones y sinergias son múltiples (Márquez y Meneu, 2007: 73-74; Morell, 2009: 494; Thompson, 2005: 233).

Diversos/as autores/as han descrito las estrategias básicas que se utilizan para fabricar o promocionar una nueva enfermedad⁷⁶. Basándose en la aportación realizada por Lynn Payer (1992), los mecanismos que presentan serían los siguientes:

- Tomar una función orgánica normal e insinuar que algo no va bien en ella y que debería ser tratado o sometido a la mirada médica.
- Definir una condición normal como enfermedad causada por una deficiencia o desequilibrio hormonal.
- Introducir nuevos diagnósticos, cuanto menos cuestionables mejor, que sean difíciles de distinguir de la vida normal.
- Presentar alguno de los factores de riesgo de padecer una enfermedad -o trastorno- como la causa principal de la misma, insinuando que la probabilidad de que se desencadene es elevada.
- Aumentar los rangos de prevalencia de la ‘enfermedad’, es decir, definir una proporción tan amplia como sea posible de personas que la padecen o están en riesgo de sufrirla.
- Sobrevalorar un sufrimiento cuyo origen, además, no está necesariamente en la causa señalada.

⁷⁵ El término se atribuye a la periodista británica Lynn Payer (1992). Información extraída de (Morell et al, 2009; 493) y de (Jara, 2009: 231)

⁷⁶ Blech, (2005), Jara. (2009), Morell et al, (2009), entre otros/as.

- Ofrecer una imagen de que los fármacos o tratamientos están basados en una tecnología puntera de modo que se movilice la evocación de ‘último avance’ en el conocimiento científico.
- Elaborar y presentar los datos de resultados de los estudios de modo que se exageren los beneficios y los éxitos del tratamiento promocionado.
- Ocultar o relegar a un lugar secundario los riesgos que pudiera conllevar.
- Apoyarse en los especialistas y medios de difusión adecuados para que la promoción sea efectiva.

El proceso de medicalización de la vida y los efectos yatrogénicos que comporta se ha convertido en objeto de atención y preocupación creciente de los profesionales médicos y de los responsables de salud pública. Además de los problemas éticos que plantea, esta dinámica repercute notablemente sobre los sistemas públicos de salud que se ven inducidos a participar en esta dinámica, por un lado de modo inercial y, por otro lado, porque reciben cada vez más demandas de prestaciones por parte de unos usuarios en los que las estrategias descritas han surtido efecto. El incremento de los costes que supone es innegable y además plantea fuertes contradicciones en relación con sus principios y finalidades.

Cada vez son más numerosas las voces críticas que reconocen y se preocupan por este problema. Para que el cambio sea posible es necesaria la implicación de todos los protagonistas. Morell, Martínez y Quintana (2009), por ejemplo, presentan algunas iniciativas que ya se han tomado y describen posibles líneas de acción.

Plantean -entre otras muchas- la necesidad y el deber moral de informar a los profesionales sanitarios para que tomen conciencia de la magnitud del problema y de la conveniencia de pensar en términos de “prevención cuaternaria”, que se refiere a prevenir o atenuar los efectos del exceso de actividad sanitaria. Reconocen que algunos médicos ya lo hacen, pero el cambio no debe depender de iniciativas personales sino de un cambio de estilo que deberá ser fomentado e impulsado desde todos los ámbitos de la formación médica.

Asimismo, las instancias políticas y las agrupaciones de pacientes deberían promover el distanciamiento real de los profesionales sanitarios de la industria farmacéutica. En relación con los medios de comunicación, subrayan la necesidad de que reconozcan el papel que juegan en la promoción de los nuevos avances terapéuticos y de nuevas enfermedades. Su contribución pasaría por la adopción de buenas prácticas destinadas a ofrecer información veraz, huyendo del sensacionalismo y utilizando el asesoramiento de profesionales bien formados.

Sobre la industria farmacéutica mencionan como avance positivo la redacción definitiva en 2005 -ya que la primera se elaboró en 1991- del Código Europeo de Buenas Prácticas para la Promoción de Medicamentos y que fue adoptada por Farmaindustria⁷⁷.

Los políticos y la Administración pueden y deben jugar un papel central en este proceso. Los autores aluden a que deben ser capaces de establecer regulaciones que permitan apoyar a la industria farmacéutica innovadora que se comporte de modo correcto y penalizar a quien no lo hace. Sugieren asimismo la promoción de organizaciones que provean información no sesgada en terapéutica y señalan la necesidad de dar cobertura financiera a las necesidades docentes en la formación médica para garantizar que ésta sea independiente y favorezca la correcta práctica clínica.

Por último, destacan la importancia de informar y formar a las asociaciones de consumidores y a las asociaciones de pacientes. La tarea es enormemente complicada puesto que -en palabras de los/as autores/as- responde a una pregunta crucial: ¿cómo “es posible resistir a tantos intereses?” (Morell Sixto et al, 2009: 505-509).

4.2. LA MEDICALIZACIÓN DE LA CONCEPCIÓN, UN SALTO CUALITATIVO EN UN PROCESO SECULAR.

“La procreació assistida ha estat possible gràcies al desenvolupament de tres línies d’investigació: la primera, iniciada el 1958, l’ús de les gonadotrofines que estimulen l’alliberament d’hormones gonadals, estrogen i progesterona en l’ovari. La segona, en la dècada dels seixanta, la incorporació d’un procediment quirúrgic ben conegut, la laparotomia que permetia visualitzar i explorar directament, els òrgans reproductors mitjançant una petita incisió en la cavitat abdominal. Finalment, el tercer pas va ser el de la fertilització *in vitro* (FIV) [...] Amb això, el cercle de la medicalització, el control de la ciència sobre el cos reproductor, amb connotacions positives però també amb d’altres que ho són menys, sembla tancar-se en si mateix”.

Rosa Ballester (2009: 79)

La entrada en escena de las TRA puede considerarse como la continuidad del proceso secular de medicalización de la vida y de la reproducción, remontándose, desde la medicalización del embarazo y el parto, hasta la concepción. Pero además implica un salto cualitativo que comporta cambios de magnitud considerable en múltiples aspectos.

⁷⁷ Farmaindustria es la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica establecida en España. Agrupa a una gran mayoría de Laboratorios Farmacéuticos, que representan la práctica totalidad de las ventas de medicamentos de prescripción en España. <http://www.farmaindustria.es> [última consulta: 4/04/2010].

En este apartado se expone en primer lugar una reflexión sobre el proceso de medicalización de la reproducción con el objetivo de subrayar el peso de las relaciones de género y de las exigencias el modelo de sociedad en la configuración de la medicina de la reproducción. Posteriormente se abordan las implicaciones de la extensión de ésta hasta las fases iniciales del proceso reproductor.

4.2.1. La medicalización de la reproducción

La medicalización de la reproducción se toma en la actualidad como ejemplo de la extensión generalizada de la mirada médica hacia procesos normales, como el embarazo y el parto, que si bien en algunos casos requeriría su intervención, en otros muchos no, o no de la forma en la que la práctica médica normalizada lo hace. Este reconocimiento lleva tras de sí muchos años de investigación y movilización feminista. Podría decirse que, en gran medida, los debates actuales sobre medicalización y los movimientos en defensa de una salud que fomente la autonomía y la capacidad de decisión en lugar del sometimiento de los/as pacientes son deudores de estas iniciativas⁷⁸.

El interés del feminismo por la historia de la medicina fue temprano y ‘obligado’, puesto que en todas las épocas el conocimiento y la práctica médica han sido fuente inagotable de ideología sexista⁷⁹. A lo largo de la historia, ha contribuido activamente a favorecer, naturalizándola, la justificación de la desigualdad sexual; a definir no sólo la ‘naturaleza femenina’ sino también sus características psíquicas, sus aptitudes y los papeles sociales que le corresponden⁸⁰ y se va apropiando progresivamente de sus capacidades y de sus experiencias “por su propio bien” (Ehrenreich y English, 1990).

⁷⁸ A partir de la década los años 70 -del siglo XX- se desarrollan en Estados Unidos y en Europa iniciativas asociativas que desafían la hegemonía y la arrogancia de la medicina en su trato a las mujeres. Se centran en particular en el campo de la ginecología y la obstetricia, reivindicando el acceso al control de natalidad y al aborto y reclamando el reconocimiento del derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones sobre su vida reproductora. Favorecieron asimismo el autoconocimiento y la información sobre su cuerpo como medio para contrarrestar el discurso médico dominante. Cuenta, por ejemplo, Adrienne Rich cómo las activistas de estos movimientos comenzaron haciendo que “las mujeres contaran sus relatos de partos alienados, abortos ilegales chapuceros, esterilizaciones involuntarias, encuentros individuales con médicos arrogantes y displicentes”, pero que estos relatos no se quedaron en la anécdota sino que “constituyeron el testimonio mediante el cual podía corroborarse el descuido y maltrato que habían sufrido por parte del sistema sanitario y podían crearse nuevas instituciones que cubrieran sus necesidades” (1986: 13 (Prólogo a la edición de 1986)). Es de referencia obligada la obra *Our bodies, ourselves* del Boston Women's Health Book Collective, publicada en 1973 y que ha experimentado sucesivas revisiones (la última consultada, la de 2005). Este movimiento y este libro inspiró muchas de las organizaciones en defensa de la salud y no sólo de mujeres.

⁷⁹ De la numerosísima bibliografía sobre el tema, se destaca, a título de ejemplo el excelente y condensado recorrido que efectúa Tubert (1991: 27); también Balsamo (1996); Donnison (1977); Ehrenreich y English, (1981; 1990) e Inhorn (2007).

⁸⁰ Sobre este tema resulta particularmente interesante el texto de Jesús de Miguel (1979) en el que presenta algunos de los contenidos de los textos y manuales de ginecología utilizados en las facultades de medicina española, por lo menos hasta los años 1970. En él se muestran auténticas ‘joyas’ al respecto.

Las imágenes de la mujer que ha ofrecido históricamente el discurso médico y las interpretaciones de su naturaleza han estado centradas en su papel como reproductoras y en sus diferencias con la ‘norma masculina’. Como señala Tubert, el funcionamiento del cuerpo femenino se consideraba no sólo ‘distinto’ sino fundamentalmente patológico.

“Con sus menstruaciones, sus embarazos, sus partos y su menopausia, la mujer es una eterna enferma; su debilidad constitucional la predispone constantemente a la enfermedad. La mujer se convierte en el siglo XVIII en el modelo de la patología y se multiplican los tratados consagrados a sus enfermedades” (Tubert, 1991:37).

Durante todo el siglo XIX y durante gran parte del siglo XX persiste esta ideología avalada por el saber médico. Desde la medicina y en particular desde la ginecología se define de modo persistente lo que es y cómo es una mujer, que deriva básicamente de la centralidad de sus órganos reproductores en la conformación de su ser. Subyace, por tanto, la idea de que el destino natural de la mujer está determinado por su capacidad para la reproducción y que todo lo que la pueda alejar de ella debe ser censurado, puesto que no sólo la desvía de su principal papel en la vida, sino porque, además, altera gravemente su frágil salud.

Barbara Enghren y Dreide English (1990) describen profusamente cómo en los textos médicos americanos de finales del siglo XIX se refleja esta concepción. Existe una cierta disputa entre otorgar a los ovarios o al útero el poder de determinar lo que es una mujer pero en ambos casos el resultado es siempre el mismo. El profesor M. L. Holbrook afirmó en 1870, en un discurso ante una sociedad médica, que parecía “como si el Todopoderoso, al crear el sexo femenino, hubiera cogido el útero y fabricado una mujer alrededor de él”; el doctor G. L. Austin escribió en 1883 un libro de consejos para “doncella, esposa y madre” en el que afirmaba que “los ovarios dan a la mujer todas sus características físicas y mentales” (Enghren y English, 1990:140). Este énfasis en su naturaleza enfermiza servirá para justificar la intervención médica ante cualquier alteración de la personalidad femenina o de la conducta de las mujeres, es decir, cualquier desajuste con el modelo social asignado, incluido el deseo sexual⁸¹. Es bien conocido, asimismo, el uso de argumentos basados en la supuesta naturaleza femenina para condenar las iniciativas de algunas mujeres que se plantearon romper la norma accediendo a la educación y a los estudios superiores. La base argumental era una concepción del funcionamiento del cuer-

⁸¹Cuentan cómo a finales del siglo XIX y principios del XX proliferó la práctica quirúrgica para ‘resolver’ problemas de ‘rebeldía’ femenina o de manifestaciones de una sexualidad activa. Se practicaban extirpaciones de ovarios e hysterectomías, en ocasiones a petición de los maridos que se quejaban del comportamiento díscolo de sus mujeres. Hubo incluso una “breve moda de clitoridectomías [...] y aunque la mayoría de los cirujanos fruncían el ceño ante la idea de tal operación, solían estar de acuerdo en que podía ser necesaria en casos de ninfomanía, masturbación incurable o ‘crecimiento antinatural’ de dicho órgano. La última extirpación de clítoris de la que se tiene constancia en Estados Unidos se realizó en 1948 en una niña de cinco años como tratamiento contra la masturbación” (1990: 143)

po como un sistema económico en miniatura en el que las distintas partes competirían por unos recursos de sangre y energía limitados. Si las mujeres se mostraban activas intelectualmente, la consecuencia inevitable sería la atrofia de sus órganos reproductores (Ehrenreich y English, 1990: 146, 148)

El objetivo de esta brevísima referencia histórica es mostrar el importante papel que ha jugado la medicina como dispositivo normativizador orientado, desde la definición de la mujer y la feminidad, a ejercer un control social estricto sobre las mujeres, sobre su cuerpo, su subjetividad y sus aspiraciones personales y sociales, y cómo la legitimidad de la que está investido el saber médico lo hace posible. Ciertamente, en todo este proceso se cruzan intereses de tipo mercantilista, pero lo que se destaca aquí es su efectividad para ajustar a las mujeres a la norma marcada por las necesidades del modelo social de división sexual del trabajo que se estaba imponiendo. Las contradicciones entre el modelo de mujer que se configura y la realidad social del momento son patentes. Las mujeres de clase trabajadora no podían responder en absoluto a este modelo de fragilidad enfermiza ni podían acceder a los servicios médicos. El modo en el que el discurso médico sortea esta contradicción⁸² pone de manifiesto cómo el verdadero logro se sitúa en el plano ideológico: el modelo se construye sobre mujeres de clase media y alta pero se convertirá en la referencia de lo deseable, al que todos/as deben aspirar. Sirve para destacar, asimismo, cómo la configuración social de la ciencia y la tecnología -en este caso médica- en cada momento histórico, es el resultado de una compleja interrelación entre factores culturales, ideológicos, sociales, políticos y técnicos.

Otro de los rasgos destacables del proceso de medicalización de la reproducción es el hecho -tantas veces subrayado desde el feminismo- de que la extensión de la atención médica al embarazo y el parto no está sólo, o no tanto, orientada a proteger a las mujeres de posibles riesgos, como a garantizar el desarrollo del feto y la vida de la criatura (Rothman, 1993; Layne, 2006). La exaltación de la figura de la madre y las mejoras en las condiciones de vida y en la atención a la salud de las mujeres embarazadas no se debe a un aumento de la valoración de las mujeres sino a la creciente constatación de la importancia del hijo/a y su supervivencia. Como dice el historiador Philippe Ariès “si en el siglo XIX la madre deviene importante, es porque lo hace el hijo” (2000: 123). En este sentido

⁸² Atribuye a las mujeres de clase trabajadora una mayor robustez y fortaleza y reconoce que en las mujeres de clase media y alta su fragilidad, si bien está inscrita en su naturaleza femenina, se ve acrecentada por las condiciones sociales en las que viven. Tal y como puede observarse entra en contradicción, desvelando no sólo el elitismo de su mirada, sino también el objetivo primordial que favorece, aunque sea de modo indirecto. Emily Martín comenta la explicación utilizada para dar cuenta de por qué las mujeres trabajadoras veían menos interferido su papel reproductor que las mujeres estudiantes. Cuenta la autora que Edward Clarke en el texto *La influencia del sexo en la Educación* (1873), señala que las operarias sufren menos que las estudiantes, ya que “el trabajo de su cerebro es menor ... De ahí que tengan cuerpos más fuertes, un aparato reproductor más normalmente construido, y una función catamenial menos fácilmente perturbada por el esfuerzo, que sus hermanas estudiantes” (Martín, 2009: 345).

M^a Jesús Montes -en su excelente trabajo sobre la evolución de “las culturas del nacimiento”- señala que en la España de la primera mitad del siglo XX las recomendaciones médicas sobre el cuidado de las mujeres embarazadas están motivadas fundamentalmente por el bien del hijo. Afirma que el embarazo, pero sobre todo el parto, se seguían considerando sujetos a vicisitudes imprevisibles e incontrolables que podían poner en peligro la vida de la madre y el fruto de la gestación. Pero será básicamente a favor del feto hacia donde se dirigen muchas de las intervenciones protectoras. La mujer embarazada es el móvil en quien incidir, modificar o proteger. Como portadora de un bien, deberá atenerse a las normas y observar los tabúes sociales previstos y será, en gran medida, la responsable del bienestar y salud del producto de su gestación.

“Recomendaciones y restricciones de legos y médicos se enlazan y complementan en objetivos comunes: asegurar el mantenimiento del embarazo, la formación fetal y facilitar el parto. Así, se recomienda limitar el esfuerzo físico, la moderación es el dictamen y en ella se aprecian diferencias sociales. A la clientela médica de posición acomodada se le aconseja: nada de equitación, natación o viajes largos en coche o tren, actividades que no estaban al alcance de la gran mayoría de la población. Contrariamente, Luis de Hoyos expone que las campesinas seguían con el trabajo habitual hasta el final de la gestación y esto se asociaba con una mayor facilidad en el parto” (Montes, 2007: 239).

Las diferencias sociales propician, de nuevo, la utilización de un doble registro en el discurso médico.

En España, el proceso de medicalización del embarazo y el parto como norma generalizada se agudiza más tardíamente que en otros países. Durante la década de 1960 el parto en casa asistido por una comadrona era todavía habitual. Desde finales de los años 60 y sobre todo a partir de los años setenta se impone en España el modelo del parto hospitalario. De este modo, la experiencia de las mujeres queda completamente relegada ante el protagonismo que adquiere la intervención médica. La difusión de mensajes sobre los riesgos inherentes al proceso actúa como una eficaz amenaza que suscita el miedo y la incertidumbre entre las personas, de tal modo que las mujeres se ven desposeídas de la confianza que pudieran tener en sí mismas y en el curso normal de un proceso natural. Eludir el mensaje y ‘optar’ por un parto no hospitalario comporta asumir la responsabilidad y la culpa de lo que pueda suceder (Montes, 2007: 41), en un sistema sanitario que no da cobertura a otras modalidades de asistencia⁸³. De este modo la práctica totalidad de las

⁸³ La penalización moral de las mujeres que toman otras iniciativas a las prescritas por el discurso médico dominante ha sido ampliamente constatada y subrayada como práctica habitual hasta fecha recientes. En 1979, el presidente del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, por ejemplo, se refiere a los partos en el hogar como “la primera forma de abuso de menores” (Oakley 1984:219). Son muchas las autoras que aluden a los casos en que las madres han sido reprendidas por alejarse de la atención prenatal de los médicos y parir en el hogar (Oakley 1984: 246; 1992; Rowland 1992:129).

mujeres -exceptuando aquellas que no pueden acceder- acuden a los hospitales para tener a sus hijos/as y se someten a los protocolos prescritos. El proceso queda así regido por unos criterios de productividad y eficiencia completamente alejados de una visión respetuosa con el curso normal el parto y, sobre todo, con la mujer que de hecho lo protagoniza. Esta tendencia prevalece hasta finales del siglo XX y principios del XXI.

Aunque la mayoría de los nacimientos siguen produciéndose en hospitales, la medicalización del parto ha sido uno de los aspectos que más ha cambiado en los últimos años. Desde la década de 1990 proliferan las iniciativas que demandan una modificación de las prácticas. En ellas participan mujeres -asociadas o no-, organizaciones feministas y movimientos en defensa de la salud que vinculan a matronas, profesionales de salud pública y especialistas del campo de la ginecología y la obstetricia. El cambio, sin embargo, ha sido lento y sólo recientemente puede considerarse significativo en España.

Ya en 1985 la Organización Mundial de la Salud se hizo eco de las voces que denunciaban la excesiva medicalización del parto, la injustificada práctica de inducciones o aceleraciones hormonales, de cesáreas innecesarias, de episiotomías rutinarias, de posiciones inadecuadas y también el aislamiento y el trato hacia las mujeres durante el parto. Publicó un documento en el que se establece una serie de recomendaciones para la asistencia médica al parto. En ella se recogen declaraciones como la siguiente:

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los ‘embarazos de bajo riesgo’ pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado⁸⁴”.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó en 2007 un plan conocido como “Estrategia de Atención al Parto Normal”⁸⁵. Cada vez son más las comunidades autónomas que lo han puesto en marcha y, aunque son pocos todavía los centros que la aplican en su totalidad, el cambio es importante y la demanda de una asistencia al parto más humanizada e incluso fuera del ámbito hospitalario -pero atendida sanitariamente- más elevada.

Así pues, se están produciendo cambios importantes en el modo de enfocar las intervenciones médicas en el proceso de reproducción, lo que muestra que la configuración de

⁸⁴ El texto se conoce como la “Declaración de Fortaleza” y toma el nombre de la ciudad en la que se realizó la conferencia en la que se elaboró. Puede consultarse en la página web de la OMS. Recommendations [of the Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 1985]. <http://disei.who.int/uhtbin/cgiisirsi/gwTdKXIABI/97690018/5/0> [última consulta, 7 /01/2010].

⁸⁵ http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm [última consulta, 28/03/2010].

las prácticas tecnocientíficas son procesos relativamente abiertos en los que la intervención orientada de las personas implicadas es posible e imprescindible. A pesar de ello, queda mucho por hacer y la tendencia a la medicalización y las implicaciones en materia de género que conlleva -control, desobjetivación, dependencia, etc.- no deben darse por superadas.

El sesgo sexista derivado de una mirada androcéntrica ha caracterizado la producción de conocimiento y la orientación de la práctica médica. Este rasgo persiste en la actualidad y ha llevado a numerosas investigadoras feministas, también desde el ámbito de la propia medicina, a preguntarse por los motivos de esta persistencia y por cómo podría conducirse el cambio.

Carme Valls, por ejemplo, ha dedicado numerosos trabajos a denunciar la invisibilidad de las mujeres para la medicina (2006, 2009). La única atención que han recibido de modo específico ha estado centrada en los procesos relacionados con la reproducción. Esto ha conducido precisamente a una excesiva medicalización de los mismos y a una lectura de los síntomas y de los problemas de salud de las mujeres en clave de dolencias psicosomáticas relacionadas con una imagen de la mujer deudora de las concepciones anteriormente descritas. Todos los parámetros para el establecimiento de diagnósticos de otras dolencias o enfermedades, así como los protocolos de atención y las pautas de tratamiento se han establecido desde patrones masculinos tomados como universales. Este ‘olvido’ ha tenido y tiene repercusiones graves sobre la salud de las mujeres, ya que induce a la comisión de “errores en el diagnóstico, a la realización de exploraciones que no conducen a un fin eficaz y a la recomendación de tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que se pretendían tratar”. En su opinión, la causa principal reside en la pervivencia de estereotipos culturales, sociales y psicológicos de género que permean la mentalidad de los/as profesionales de la medicina tengan el sexo que tengan. Esto unido a un planteamiento frecuentemente reductivo de los problemas de salud, que ignora que están conformados por una “íntima interacción entre la cultura, el medio ambiente, la biología, la psicología y las condiciones de vida y trabajo de los seres humanos”, conduce a un modo de actuar -de forma a menudo imperceptible para los/as profesionales- que hace a la medicina ineficaz, sobre todo a la hora de abordar los problemas de salud de las mujeres (Valls, 2006: 20-22).

“Aunque a algunos les cueste aceptarlo, el sexismo y la misoginia, ejercidos a veces de forma consciente y muchas veces de forma inconsciente, ha supuesto el sustrato en el que se han manifestado las actuaciones de la medicina hacia las mujeres” (Valls, 2006: 292)

4.2.2. El salto cualitativo que comporta la medicalización de la concepción.

Tal y como se apuntaba al inicio de este apartado, si bien las TRA se inscriben en el proceso de medicalización de la reproducción, tienen algo que impide considerarlas una mera prolongación de éste. La diferencia que marca el salto cualitativo es el momento del ciclo reproductor en el que se sitúa.

Hasta la emergencia de las TRA la intervención médica en la concepción incidía en el modo de impedirlo. Las prácticas de control de natalidad, la evitación de embarazos no deseados y su interrupción han estado siempre presentes en nuestra sociedad. El desarrollo y la disponibilidad de medios anticonceptivos eficaces ha sido una reivindicación histórica del feminismo en defensa de la libertad reproductora de las mujeres. Pero la implicación de las instancias médicas en las prácticas de control de natalidad no surgió como respuesta a las reivindicaciones feministas ni como una apuesta por defender la autonomía de las mujeres.

Como señala Andrea Tone, los médicos promovieron el control médico de la natalidad para prevenir el desarrollo de problemas relacionados con el embarazo. En su comunicación al congreso anual de la Section of Obstetrics, Gynecology, and Abdominal Surgery, Barton Cooke Hirst proclamó en 1933 que el embarazo era “incompatible con la salud y con la vida de algunas mujeres”. De este modo el control de natalidad se disoció de la carga moral que suponía para la mentalidad machista considerarlo un tema de derecho de las mujeres a la autodeterminación procreativa. Definiéndolo como una manera válida de prevención de enfermedades, se justificó en 1918 la implicación médica. Después de 1918 los médicos abrieron un debate sobre las condiciones bajo las cuales el embarazo era inadmisibles y el control de natalidad indicado. También permitió que médicos católicos que se habían opuesto a la contracepción por razones morales, la aceptaran ahora basándose en razones terapéuticas. La práctica contraceptiva se erigió cada vez más en una rama de la medicina preventiva. Este giro médico incrementó el poder de los médicos sobre el cuerpo de las mujeres. Sólo los médicos podrían diagnosticar las enfermedades y determinar las circunstancias en las que el control de natalidad se consideraba indicado. Entonces como ahora se hizo borrosa la línea entre lo que los profesionales médicos consideraban lo mejor para la paciente y lo que pensaban que beneficiaba a toda la sociedad y era moral y/o políticamente correcto (Tone, 2009: 175-176).

La difusión de los anticonceptivos hormonales a partir de la década de 1960 y la progresiva normalización de su uso se considera un hito en la historia de la conquista de los derechos reproductores. Ciertamente contribuyó -sobre todo su difusión- a propiciar un cambio de mentalidad generalizado en el sentido de que la disociación entre sexualidad y reproducción se hacía patente en el imaginario colectivo. Pero, como también han afirmado numerosas investigadoras feministas, no se debe sobrevalorar el peso que tuvo en

este proceso y menos aún pensar que fue la tecnomedicina la que trabajó en favor de la conquista de estos derechos por parte de las mujeres (Harwood, 2007).

Estamos ante un caso que muestra la estrecha conexión entre la tecnología, las relaciones de género y otros factores sociales. Si el acceso a los anticonceptivos eficaces supuso realmente una conquista que benefició a las mujeres, no se debe olvidar que esto sucedió precisamente porque ya estaban en marcha o se habían producido cambios sociales considerables que alteraban -con mayor o menor rotundidad- la tradicional adjudicación a las mujeres de la maternidad como destino y única actividad a la que dedicar su vida; la contribución del movimiento feminista fue central en este proceso.

La difusión del uso de métodos anticonceptivos eficaces y la extensión de un discurso centrado en la prevención del embarazo no deseado, afianza la disociación entre sexualidad y reproducción, al tiempo que permite a las mujeres ejercer un mayor control -percibido como legítimo- sobre su capacidad reproductora y reconoce el derecho a gestionar su vida de acuerdo con su voluntad e intereses. El paso es enormemente positivo en términos de justicia y equidad de género, pero conlleva algunas cuestiones que podríamos calificar de ambivalentes. Como tantas veces ha planteado el pensamiento feminista⁸⁶, el hecho de utilizar el lenguaje de los derechos y la elección en materia de reproducción tiene aspectos muy favorables, ya que enfatiza el derecho de autodeterminación de las mujeres sobre su cuerpo y sobre su vida, pero también lo sitúa estrictamente en el terreno de la individualidad y la privacidad, con el peligro de olvidar o desdeñar el peso que las condiciones sociales ejercen sobre las opciones reproductoras.

“El discurso de la elección individual atomiza a las mujeres y oscurece las condiciones contextuales y estructurales bajo las que se realizan las elecciones, condiciones que incluyen el imaginario de las curaciones potenciales” (O’Riordan and Haran, 2009: 194).

Asimismo, este discurso preventivo genera una imagen del embarazo como riesgo del que hay que protegerse, al que se asocia íntimamente la de que la concepción y el embarazo se producirá inmediatamente en cuanto deje de evitarse. Como fruto de este proceso, las mujeres llegan a saber mucho más sobre cómo evitar el embarazo -aunque en ocasiones este saber no logre eludir el embarazo no deseado- que sobre cómo conseguirlo. Este ‘desconocimiento’ no es en absoluto ajeno a la generación de una demanda creciente de asistencia médica para lograrlo, al tiempo deja el terreno allanado para que el discurso médico elabore y difunda los contenidos acerca de la concepción y sus dificultades que más van a favorecer el aumento de su intervención. Podría decirse, por lo tanto, que éste

⁸⁶ Ver capítulo 3.

es un tema crucial para explicar el ingente crecimiento de las prácticas de reproducción asistida⁸⁷.

Entre acudir a los servicios médicos para la vigilancia del embarazo y la atención al parto y demandarles asistencia para lograr la concepción hay diferencias notables. Cuando la mujer embarazada entra en el mundo de la tecnomedicina se encuentra en un momento en el que el cambio en su estado ya se ha producido. Su cuerpo y su subjetividad se han modificado, movilizándolo todo el sistema de representaciones de las que dispone y en el que el discurso médico normalizado se encuentra siempre -aunque en mayor o menor grado- presente.

Las TRA retrotraen la demanda a un momento distinto, el de cuando la voluntad de tener un hijo se ha materializado en el intento por conseguirlo. Por esta razón, la percepción de las mujeres y/o de las parejas de que están teniendo dificultades estará estrechamente relacionada con la imagen que tengan acerca de cómo identificar los problemas. En este sentido, la información de la que dispongan resultará clave. Información sobre qué es lo normal, sobre la prevalencia de la esterilidad en nuestra sociedad, sobre los modos de identificarla, el hecho de haber padecido algún tipo de problema médico que les pueda hacer pensar que va a suponer una dificultad añadida, etc. La preexistencia normalizada de la medicalización del proceso reproductor les llevará a que sea cual sea la percepción de su problema, una vez reconocido o suscitada la inquietud, canalicen su demanda hacia el sistema médicosanitario. El conocimiento de la existencia de las TRA como recurso les llevará a tener que plantearse la decisión de utilizarlas o no y ello les enfrentará necesariamente a tener que preguntarse acerca de su deseo de tener hijos/as (Richardson, 1993: 62; Álvarez Plaza, 2008:33) y, previsiblemente, por lo que supone optar por otras vías, como la adopción, la espera, o la vida sin ellos/as. Deberán valorar los costes que puede reportar su uso, tanto en términos económicos, como temporales, físicos y emocionales; y plantearse, tanto si vale la pena intentarlo, como qué es lo que expresa -sobre todo en el caso de las mujeres- ante ellas, ante su entorno y ante la sociedad, su decisión de pasar o no por los tratamientos. Todo ello acompañado e influido por la voluntad y la actitud de la pareja -si la hay-.

Podría decirse que esta inscripción de la TRA en el curso del proceso normalizado de medicalización de la vida y, en particular, de la reproducción, comporta la generación de una demanda creciente de tratamientos y que en gran medida ésta estará inducida por la manera en la que, desde las propias instancias médicas y a través de los medios de comu-

⁸⁷ Permite además el desarrollo de nuevos productos en el terreno de la parafarmacia, como, por ejemplo, se puede ver en los recientes anuncios publicitados en televisión y en otros medios de test para detectar la ovulación indicando los días más favorables para lograr la fecundación. Si bien no se puede objetar la inocuidad de este producto, ya que no comporta mayor coste que el precio que hay que pagar por adquirirlo, sí que es indicativo de cómo la lógica comercial se extiende a cualquier ámbito en el que pueda identificarse o crearse una demanda potencial.

nicación, se transmitan mensajes alusivos a los problemas para lograr la concepción y cómo identificarlos, y a la imagen que se dé de las TRA como recurso para resolverlos.

Por otro lado, el modo en que las mujeres construyan su problema, y la decisión que adopten al respecto estará irremisiblemente relacionado con el significado que atribuyan a la maternidad y con el papel que ésta juega en la configuración de su identidad personal y genérica; del lugar otorgado a los/las hijas en su proyecto de vida; de las condiciones que el contexto social y su posición en él, así como su voluntad, marquen a la hora de llevar a cabo el plan de vida que desearían; de la importancia que ellas o su pareja le confieran al vínculo biológico con el hijo/a así como las condiciones de acceso a otras opciones como la adopción. En definitiva, de múltiples aspectos que acabarán configurando un repertorio amplio de situaciones.

Desde la perspectiva de género estas cuestiones resultan centrales. Su planteamiento será tratado con una cierta amplitud en el capítulo 7. La aproximación al conocimiento empírico de las mismas se efectuará en el capítulo 9.

El extraordinario auge adquirido por las TRA en los últimos veinte años muestra que ha habido una clara sinergia entre el incremento de la oferta y el de la demanda y que ésta se ha producido en un contexto social, político y económico cuyas condiciones han influido necesariamente en ella.

Tal y como han señalado las reflexiones feministas de los últimos años, la cuestión no se reduce a una voluntad de mantener o aumentar el control sobre las mujeres y sus cuerpos -aún cuando esto se produzca efectivamente-, ni a la exclusiva búsqueda del afán de lucro por parte de la medicina privada, ni a que esto sea posible porque las mujeres siguen sometidas a los dictados de un orden patriarcal que las aleja del reconocimiento de sus propios intereses y las lleva a entregarse pasivamente en manos de la medicina y sus artífices. Los intereses de los distintos agentes comprometidos en el desarrollo de estas tecnologías son muchos y muy potentes, pero se articulan en una relación compleja y eventualmente ambigua, que merece intentar ser explicada. Las implicaciones que la existencia y el uso de las TRA pueden tener y tienen para las mujeres, tanto a nivel colectivo como individual sólo se podrán conocer y evaluar adoptando una perspectiva compleja que intente enlazar todas las cuestiones descritas.

Este capítulo dedicado al proceso de medicalización se cierra con tres epígrafes en los que se aborda el planteamiento del modo en el que la herencia sexista que permea el conocimiento y la práctica médicas, configura las TRA de un modo determinado y que puede marca los límites entre los que se desarrollará el 'juego abierto' que suponen los tratamientos. Servirá de base tanto para orientar el diseño de la investigación empírica como para el análisis e interpretación de las experiencias de las mujeres.

El primero plantea un análisis del modo en el que la percepción de las diferencias sexuales por parte de la biomedicina ha contribuido a su conformación y constituye una

de las principales manifestaciones del sexismo en las TRA. El segundo alude a las consecuencias de la mirada médica en el modo de definir y tratar los problemas reproductores durante su intervención, y las implicaciones que conlleva para las mujeres y el modo en el que éstas viven y afrontan su experiencia. En el tercero se aborda la relación que se puede establecer entre los/las profesionales y las pacientes. Si bien la herencia de la tradición médica propicia que, en sus interacciones con la medicina, las mujeres se vean doblemente relegadas -en tanto que pacientes y en tanto que mujeres-, los recursos de las mujeres condicionados por su posición social, así como la actitud y mentalidad del/a profesional concreto con quién traten, y el ‘estilo’ del centro, pueden llegar a marcar diferencias importantes.

4.3. LA ASIMETRÍA SEXUAL INHERENTE A LAS TRA. UNA LECTURA EN CLAVE DE GÉNERO

“El pensamiento moderno reconoce las semillas de la mujer y ha ampliado algunos de los privilegios de la paternidad a las mujeres... Los niños, se dice, son ‘la mitad de ella’, como si hubieran podido crecer en el patio trasero en lugar de en los cuerpos de las mujeres”

Barbara Katz Rothman (2006: 112-113).

Uno de los aspectos en los que se manifiesta el sesgo sexista de las TRA, como tecnologías socialmente configuradas, reside tanto en el elevado coste físico que supone para las mujeres como en la diferencia que supone con respecto a los varones.

Tal y como señalaron las primeras feministas que abordaron el estudio de estas tecnologías desde una perspectiva crítica, puede considerarse que el grado de agresividad que supone la aplicación de muchos de los procedimientos sobre el cuerpo de la mujer está vinculado al descuido, si no menosprecio de ésta, por parte de la ciencia médica tradicional, configurada desde patrones sexistas. Esto, unido a una lectura de la fisiología femenina centrada en su dimensión reproductora, ha propiciado que cualquier intervención que tenga que ver con el proceso reproductor tome como objeto de conocimiento y actuación el cuerpo femenino. Tanto cuando se trató del desarrollo de procedimientos destinados al control de la fecundidad como cuando se trata de favorecerla, la destinataria principal de la actuación médica en este terreno ha sido siempre la mujer.

A primera vista, la denuncia del carácter sexista de las TRA derivado del hecho de que se apliquen sobre el cuerpo de la mujer puede resultar sorprendente, ya que puede parecer que este mayor intervencionismo procede necesariamente del mayor papel del cuerpo femenino en el proceso reproductor. La verosimilitud de esta percepción se sustenta en una evidencia innegable, pero que oculta los mecanismos sexistas que subyacen en la

configuración de la práctica médica en este terreno. Como sostiene reiteradamente Pierre Bourdieu, cuando se trata de conocer y desvelar el funcionamiento de los procesos sociales, los factores que por lo general emergen como explicativos a primera vista, son precisamente los que deben ser interrogados y explicados desde una mirada sociológica. En el caso de la dominación masculina, las supuestas diferencias biológicas y su utilización argumentativa deben ser puestas en cuestión en primer lugar (Bourdieu, 1988, 1991, 2000).

Durante los primeros años en los que tomaron auge, las Técnicas de Reproducción Asistida fueron objeto de un amplio tratamiento mediático y se suscitaron los primeros debates orientados a definir su regulación. La ausencia de cualquier mención explícita de los costes y riesgos que estos tratamientos comportaban para las mujeres llamó inmediatamente la atención de las observadoras feministas. Las referencias a estas cuestiones eran inexistentes en los textos de los informes, de los debates, y de los discursos de las instancias médicas en el plano divulgativo.

Autoras como, por ejemplo, Robin Rowland (1987, 1992), se apresuraron a desvelar el carácter intencional de este descuido o, mejor, de esta ocultación. Denunciaban el enorme poder del lenguaje y la terminología para la conformación de actitudes sociales y el hecho de que los grupos de interés crearan discurso como parte de su estrategia de comunicación y de control social. El lenguaje creado por los médicos y difundido por los medios de comunicación pretendía y conseguía mitigar la severidad de las prácticas, preparando a la gente para aceptar lo que de otro modo quizá sería cuestionado. Al hablar de los destinatarios de las técnicas se aludía siempre a la pareja, lo que contribuía a difundir la falsa imagen de que ambos participan por igual de los tratamientos. La actuación invasiva en el cuerpo de las mujeres que comporta, por ejemplo, la FIV, se ocultaba en las descripciones simplificadas que se ofrecían al público. En ellas se venía a decir algo tan simple como que a partir del óvulo aportado por la mujer y el espermatozoide del varón, se crea el embrión que se implanta posteriormente en el útero de la mujer.

Françoise Laborie denunció asimismo esta ocultación (1992: 185) ironizando, además, sobre el rol jugado por los discursos sobre las diferencias biológicas en la configuración histórica de las relaciones sociales de sexo. Durante mucho tiempo la afirmación e insistencia en estas diferencias sirvió para justificar la desigualdad social entre mujeres y hombres. Con las TRA, la desigualdad social en las relaciones entre sexos es negada, afirma, por una supuesta igualdad biológica.

“El concepto de relaciones sociales de sexo ha servido para pensar las relaciones como socialmente construidas y no necesariamente dependientes -ni justificadas- por la diferencia biológica. Ha permitido desterrar un naturalismo que históricamente ha servido para adscribir a las mujeres a la producción y crianza de los hijos, con todas las consecuencias sociales conocidas de reclusión en el ámbito doméstico. Ello ha llevado a rechazar toda referencia naturalista” (Laborie, 1992b: 31-32).

Pero en las TRA, la diferencia biológica de los sexos “insiste pesadamente”. En su opinión, la evolución de los paradigmas naturalistas ha servido para asegurar la permanencia de las relaciones sociales de desigualdad entre sexos.

La base de esta construcción se sitúa en la contribución genética a la formación del embrión a través de la aportación de los gametos femenino y masculino. Presentar esta contribución como equiparable y simétrica significa ocultar que el proceso de producción de óvulos, mediante la hiperestimulación ovárica y su posterior extracción, no es en sí comparable a la producción y obtención del espermatozoides (Rothman, 2006; Spallone, 1996; Stabile, 1994; Tubert, 2009)⁸⁸

El sesgo de género del que adolecen las TRA y que se oculta en el juego de falsas equivalencias y diferencias entre mujeres y hombres en el proceso reproductor, puede hacerse más visible considerando los casos en los que los tratamientos con técnicas de reproducción asistida se deben a problemas derivados del denominado ‘factor masculino’, es decir cuando el ‘problema’ para la concepción reside en el espermatozoides.

Según Consuelo Álvarez, ante la pregunta de por qué la medicina reproductiva actúa básica y exclusivamente sobre el cuerpo de las mujeres -controlando, manipulando e interviniendo- emergen tres posibles repuestas no excluyentes:

“es más fácil controlar el cuerpo reproductor femenino que el masculino; los especialistas médicos que trabajan en reproducción asistida son mayoritariamente ginecólogos; y puesto que la reproducción es un asunto de mujeres, el cuerpo femenino es más importante que el masculino para la reproducción [...] Las tres posibilidades están presentes para explicar la manipulación del cuerpo femenino” (Álvarez, 2008: 96)

La medicalización del cuerpo femenino y la atención y lectura que históricamente ha recibido ha estado centrada en el proceso reproductor. Si se han medicalizado la anticoncepción, la gestación y el parto, no es de extrañar que se actúe sobre el cuerpo de la mujer cuando aparecen obstáculos que impiden o dificultan el embarazo.

El estudio realizado por esta autora muestra cómo la propia configuración de las técnicas y su adopción como procedimiento hegemónico y normalizado para tratar la esterili-

⁸⁸ Patricia Spallone cita un artículo de la revista *Nature*, en el que se defiende la investigación sobre embriones. “Las reservas sobre la obtención artificial del óvulo por un procedimiento relativamente simple son comprensibles pero insostenibles racionalmente, dada la difusión y la aparentemente aceptable práctica de la inseminación artificial con el espermatozoides del marido (*Nature*, 1982: 475). Comenta la autora: “La lógica de este artículo es un ejemplo de cómo no se han tenido en cuenta las implicaciones que ello conlleva para la mujer como tema principal de la ética de la FIV. En su lugar, las cuestiones éticas en la medicina reproductiva tienden repetidamente a dirigirse hacia las técnicas más avanzadas (como la extracción de los óvulos) y hacia las preguntas como: ¿a quién pertenece el embrión?, ¿es una persona?, ¿se debería dejar a los médicos que emplearan bebés sin cerebro para trasplantes de órganos? Todas estas son preguntas importantes, pero no deberían tener prioridad sobre las concernientes al bienestar médico, emocional y social de las mujeres (los/as hijos/hijas y hombres implicados) y el *status* de la mujer como el sujeto humano principal en las NTR.” (Spallone, 1996: 60).

dad, clausura casi cualquier posibilidad de intervención sobre el cuerpo masculino. El personal médico entrevistado por ella en los centros reconoció que, en muchos casos, la esterilidad masculina podría ser tratada, haciendo probablemente innecesaria la aplicación de las técnicas usuales de reproducción asistida. Pero no se hace. Los motivos aducidos son, fundamentalmente, el tiempo, y la estandarización de los procedimientos⁸⁹. La conclusión a la que llega es contundente:

“Se medicaliza el cuerpo femenino en lugar del masculino por ser un proceso más rápido para obtener el embarazo, porque los especialistas de la reproducción son ginecólogos y porque, a pesar de compartir esterilidad hombres y mujeres, la reproducción sigue anclada en el cuerpo femenino. Controlar el cuerpo reproductor femenino hoy, controlar a las mujeres ayer, supone controlar la reproducción. Para la sociedad es importante este control; la procreación siempre ha sido, y sigue siendo, una función bajo el control público del grupo” (Álvarez, 2008: 99).

Tal y como se desprende de la cita anterior, en esta cuestión están implicados varios factores de distinto orden que guardan relación con la configuración social de estas tecnologías y no sólo explican su dinámica, sino que también generan consecuencias y efectos prácticos sobre los grupos sociales implicados en ellas.

En primer lugar, conviene mencionar que, en cierto modo, la no intervención sobre el cuerpo masculino se debe a que las TRA están configuradas como tecnologías de bypass, es decir, que no van a resolver los problemas de esterilidad o infertilidad sino su consecuencia más evidente, la ausencia de hijos. En este sentido, las causas de la esterilidad no van a ser atajadas; como mucho pueden servir en algunos casos para orientar los procedimientos o para tratar de mejorar o resolver los problemas orgánicos ‘insalvables’ por las técnicas de bypass. Sería el caso, por ejemplo, de que desbloquear una trompa obstruida era indispensable cuando la fecundación no se podía realizar de forma extracorpórea; desde que existe la FIV puede ocurrir que esta intervención no se produzca, pensando que se gana tiempo y ‘efectividad’ recurriendo directamente a ella.

⁸⁹ Álvarez (2008: 97) recoge citas literales de los testimonios de los médicos entrevistados que resultan muy ilustrativas en este sentido:

“Si, la esterilidad masculina cuando se debe a infecciones seminales, hay que tratarlas. Antes se hacían tratamientos para mejorar la calidad del semen, a base de hormonas, pero, la espermiogénesis es lenta, hacen falta seis meses. La ovogénesis es más rápida. Desde la aparición de la fecundación in vitro, se trata y maneja el ciclo ovárico, es más rápido todo, no son necesarios tantos espermatozoides. El factor tiempo en esto es fundamental” (ginecólogo del Hospital Sináptico).

“Claro que se pueden tratar (esterilidades masculinas), pero los urólogos no lo utilizan para resolver problemas de esterilidad masculina. Ahora la solución son las técnicas de reproducción asistida. Muchos cuadros podrían tratarse con hormonas o cirugía, pero no hacen nada los urólogos: “al ginecólogo, a la consulta de esterilidad”. Nosotros no tratamos al hombre, sólo nos queda aplicar tratamientos a la mujer y realizar una técnica específica con ella y en base al semen del marido” (ginecólogo del Hospital La Libertad).

Detectar problemas en el útero y tratar de resolverlos es necesario mientras no sea posible prescindir de él para llevar a término un embarazo. De hecho, las madres de alquiler podrían ser consideradas úteros de sustitución, es decir, instrumentos -provisionales- para llevar a cabo el bypass en el proceso de gestación y parto. En este sentido serían herramientas, dispositivos técnicos, artefactos particulares que funcionarían más eficazmente cuanto más desubjetivados estén. En esta lógica, toda la retórica humanista basada en el altruismo, la compasión y la generosidad podría no ser utilizada más que con el fin de hacer socialmente aceptable lo que sería básicamente un proceso de instrumentalización del cuerpo.

Desde una perspectiva sociológica, no puede desdeñarse la hipótesis de que la probabilidad de convertirse en madre de alquiler no se distribuye en forma aleatoria por el espacio social. Los factores de fragilidad social jugarán un importante papel a la hora de definir los perfiles sociales de las mujeres que se postulan como tales. En el mismo sentido, los óvulos y el espermatozoides de donante -de forma distinta puesto que, como se ha señalado, no son equivalentes- ofrecerían también la posibilidad de saltar por encima de las deficiencias causantes del problema de fertilidad. Constituirían, en este sentido, medios para lograr el objetivo. Actuarían como 'recambios' naturales, dada la imposibilidad de prescindir de ellos -al menos por el momento- o de disponer de sustitutos artificiales.

En segundo lugar, la relación entre ginecología y andrología puede considerarse como una relación que oscila entre el conflicto, la competencia y la cooperación entre especialidades médicas vinculadas a la reproducción.

Tradicionalmente, la esterilidad era atribuida siempre a las mujeres, pero la creciente atención prestada a los problemas de fertilidad -estrechamente vinculada al desarrollo de las TRA- ha ido desvelando progresivamente la prevalencia de la esterilidad o la infertilidad masculina. El desarrollo de las tecnologías se produjo de tal modo que la medicina reproductora así reconfigurada reunió en su desempeño a especialistas en ginecología y biología, con lo que la urología y la andrología quedaron inicialmente fuera del campo. Así pues, el 'triunfo social' de las Técnicas de Reproducción Asistida comportó inicialmente el mantenimiento del problema de la esterilidad o infertilidad masculina en un lugar marginal. Probablemente, aún en la actualidad, cuando el urólogo detecta algún problema masculino lo hace indirectamente, a partir de una consulta que puede estar motivada por un varicocele o por un problema de disfunción eréctil; no por infertilidad, ya que cuando una pareja tiene problemas de fertilidad acude al ginecólogo, no al urólogo. Al detectarlo, en muchas ocasiones, en lugar de tratarlo se remite a la pareja al ginecólogo o a las unidades de reproducción asistida, tal y como puede verse en la cita anterior recogida en la nota 19.

Durante las primeras etapas de aplicación de las TRA no eran infrecuentes los casos de parejas en las que las pruebas diagnósticas comenzaban por la mujer y sólo secundariamente, o tras no haber encontrado indicios de problemas en ella, se observaba al

varón⁹⁰. Hace ya tiempo que la realización de pruebas diagnósticas a ambos miembros de la pareja⁹¹ forma parte de la rutina protocolaria de la actuación de los centros. Lo que sigue siendo improbable es que del diagnóstico se derive una intervención en las causas de la esterilidad o la infertilidad, sobre todo en el caso de que se identifique ‘factor masculino’.

En este sentido, Consuelo Álvarez recoge las afirmaciones de Juan G. Álvarez⁹², quien atribuye el hecho de que no reciban tratamiento muchos de los casos de infertilidad masculina -diagnosticados en los centros de reproducción asistida- a la percepción por parte de los ginecólogos que trabajan en ellos de que el tratamiento no existe. Declara: “El protagonismo del ginecólogo en las clínicas de reproducción asistida resulta anacrónico; dada la elevada prevalencia de la esterilidad masculina, parece lógica la colaboración con urólogos” (Álvarez, 2008: 97).

Esta colaboración puede considerarse lógica y casi inexcusable desde el punto de vista de la racionalidad y el buen hacer, pero resulta conflictiva en su realización práctica. Los motivos son varios y de diversa índole. Más que una posible disputa por las competencias y el protagonismo entre especialistas, la dificultad deriva de que lo que puede estar en juego es la dinámica de los procedimientos.

Tal y como se señalaba anteriormente, la dinámica de las TRA sigue la línea de creciente control y protagonismo técnico en el proceso reproductor. No trata de resolver los problemas orgánicos que están en la base de las dificultades reproductoras, sino de obviarlos, mediante el uso de la tecnología, hasta hacerlos irrelevantes. En el terreno práctico, el hecho de favorecer el tratamiento de las causas de la infertilidad significa, en cierto modo, ir en detrimento de las prescripciones de reproducción asistida. Según Juan G. Álvarez, es posible diagnosticar y tratar la esterilidad masculina en un 75% de los casos. Esto significa que en muchas ocasiones la solución al problema puede buscarse y obtenerse sin tener que recurrir a técnicas como la FIV o la ICSI, costosas en términos económicos, emocionales y físicos⁹³ (Álvarez, 2008: 97).

⁹⁰ Tal y como se desprende de las entrevistas realizadas por la autora del presente trabajo durante el periodo 1997-1999.

⁹¹ Obviamente cuando la consulta la realiza una pareja heterosexual.

⁹² Director del Instituto de Infertilidad Masculina ANDROGEN y Director del Instituto Marqués (Especializado en Ginecología y Obstetricia y que presta servicios de reproducción asistida)

⁹³ En la Página web de ANDROGEN se menciona explícitamente la relativamente frecuente prescripción inadecuada de FIV en los centros que no disponen de servicios de diagnóstico y tratamiento de esterilidad masculina. “Dado que no es infrecuente que muchos centros de reproducción asistida no cuenten con el asesoramiento de un experto en infertilidad masculina con amplios conocimientos en reproducción humana, lo más probable es que cuando una pareja acuda a estas clínicas, si la causa del problema es la existencia de un factor masculino, esta pareja sea incluida en un programa de reproducción asistida, sin tan sólo plantearse el realizar un estudio diagnóstico y un eventual tratamiento de dicho factor masculino. Si por el contrario, en dicho centro cuentan con el asesoramiento de un experto en infertilidad masculina, o cuando en las parejas que acuden al mismo, ya ha sido correctamente valorado y en su caso tratado el factor masculino, el tratamiento de fertilización in vitro estaría plenamente justificado y asumido por la pareja” (<http://www.androgen.es/consulta.html>). [Última consulta, 02 /02/ 2010]. Su propuesta de abordaje de los

4.4. REDUCCIÓN AL CUERPO, FRAGMENTACIÓN DEL CUERPO, SUBJETIVIDAD Y CAPACIDAD DE ACCIÓN DE LAS MUJERES⁹⁴

Como usuarias de atención sanitaria, las mujeres asumen una posición de inferioridad ante el profesional, al que ven como alguien perteneciente a una jerarquía superior. Como si no fuera de ellas mismas, de su cuerpo, de lo que estuvieran tratando, adoptan una actitud encogida, sin atreverse a preguntar por temor al rechazo, en actitud de sometimiento que, lejos de ayudar a realzarlas, las desvaloriza aun más ante sí mismas y ante el otro

Graciela Traba (2009: 22)

En este epígrafe se exponen distintos planteamientos acerca de qué es lo que ocurre con la identidad de las mujeres, con su subjetividad, cuando se someten a tratamientos de fertilidad mediante el uso de TRA. Cómo viven su cuerpo y cómo y en qué medida la percepción de sí mismas puede oscilar entre la imagen de sujetos que participan activamente en el proceso y su contraria, la de objetos de una intervención cuyo control está totalmente en manos ajenas.

Tal y como se ha explicado, la medicalización del problema de las dificultades en la reproducción tiene como consecuencia la canalización de la búsqueda de soluciones hacia las instancias médicas, generando una demanda que será interpretada necesariamente en las claves y términos que maneja el discurso médico.

Un problema complejo y multidimensional como es la no consecución del embarazo buscado, queda reducido a su dimensión orgánico-fisiológica. Ello significa, no tanto que la mirada se focalice en el cuerpo, sino que lo hace en un cuerpo identificado exclusivamente como organismo. El sistema sanitario es tributario de una concepción del proceso salud-enfermedad estrictamente somaticista centrado en el órgano y no en la persona, su entorno y sus características psicosociales (Rodríguez y de Miguel, 1990).

problemas de esterilidad comienza por realizar un adecuado diagnóstico “para descartar o en su caso tratar posible factor masculino o femenino”

⁹⁴ En este contexto, se utiliza la expresión “capacidad de acción” como traducción del término inglés “agency”. Aunque no existe un término equivalente en castellano, el significado de “agency” connota ejercicio de poder al actuar incidiendo en o, por lo menos, desafiando a las estructuras que condicionan al individuo. En mi opinión, se podría vincular a la noción de ‘sujeto’ que plantea Jesús Ibáñez al hablar de la condición paradójica de “sujetos sujetos” inherente a los individuos en tanto que seres sociales condicionados por su ubicación social. Ibáñez afirma que “podrán actuar como sujetos en la medida en que, estando sujetos, sujeten a lo que les sujeta” (Ibáñez, 1985: 21-22). En la redacción se utilizará la expresión castellana que confiera un sentido más ajustado al significado que se quiera conferir en cada caso, dentro del marco de significación aquí explicado.

Aunque desde Freud y Nietzsche se impone en el mundo occidental una concepción del cuerpo como encarnación de la subjetividad, las ciencias biológicas se ocupan del cuerpo como organismo, encargándose de producir, en palabras de Foucault, una ‘cartografía anatómica del cuerpo humano’. Abordan el cuerpo humano como un conjunto de piezas separadas y separables, lo que permite recortar arbitrariamente las funciones orgánicas configurando lo que Rosi Braidotti denomina unos “órganos sin cuerpo”⁹⁵. Mediante la fragmentación del cuerpo, éste desaparece como referente de la individualidad (Tubert, 1991: 234-235). Por este motivo, cuando la persona es atendida como paciente por la ciencia médica, queda despojada de su subjetividad, “se pone literalmente ‘en manos del médico’, que, actuando como un funcionario de la ciencia, ignora el cuerpo porque sólo conoce el organismo” (Galimberti, 1996: 13).

Cuando las mujeres tienen problemas para quedar embarazadas o para llevar un embarazo a término y acuden al médico, prima en su representación una imagen escindida de su identidad en la que el cuerpo aparece como el obstáculo para la realización de aquello que persiguen. Entran, por tanto, en una percepción de su cuerpo como organismo que falla y que esperan pueda ser restaurado por la intervención médica. Se produce a partir de ahí la entrada en un mundo ajeno que les va a reportar un auténtico proceso de socialización, a través del cual irán adquiriendo un saber y unos recursos conceptuales para pensarse -a sí mismas y a su cuerpo- que se irá acrecentando a medida que avancen en su incursión en él.

“Cuando las mujeres hablan de su cuerpo lo hacen en términos del ‘cuerpo de la medicina’ y sus dichos se refieren a la estimulación de la ovulación, a extracciones de sangre, a óvulos que no fecundaron o que estaban en mal estado [...] Se trata del cuerpo que aparece, para el sujeto, como obstáculo, como lo que se resiste a incluirse en la cadena signifiante por la que se desliza el deseo [...] hablan de los diferentes tratamientos y de la respuesta de sus cuerpos a ellos, como buscando descifrar un enigma, obsesionadas por localizar en el cuerpo lo real de esa imposibilidad” (Tubert, 1991: 3-4).

En este sentido, la identificación de un problema orgánico -a través de las pruebas diagnósticas- puede ser recibida por parte de las mujeres con ambivalencia. Por un lado puede representar una mala noticia, que algo anda mal en su cuerpo, pero por otro lado esta localización del problema en el plano orgánico acrecienta la esperanza de que pueda ser resuelto por la actuación médica. Cuando los procedimientos diagnósticos no consiguen identificar el problema, la ambivalencia actúa en sentido inverso. Primero representa un alivio, pero rápidamente se convierte en fuente de incertidumbre, de desconfianza,

⁹⁵ Rosi Braidotti (1987), “Des organes sans corps”. *Les Cahiers du Grif*, 36. Citado por Tubert (1991: 235).

tanto en su propio cuerpo -que deviene más enigmático- como en las posibilidades de que los tratamientos lleguen a buen fin.

Durante la década de los años ochenta y noventa algunas de las visiones feministas críticas con las TRA señalaban que las TRA suponían un nuevo paso en la conquista del cuerpo femenino por parte del saber y la medicina patriarcal que utilizaba los cuerpos de las mujeres como laboratorio para la experimentación y como campo de pruebas para nuevos fármacos y procedimientos⁹⁶. Atendiendo a la fragmentación del proceso reproductor en distintas fases que ciertamente comporta, y en la que se basa la aplicación de los tratamientos, todos los análisis -incluso los menos radicales- describían la fragmentación concomitante de la que eran objeto los cuerpos de las mujeres durante las distintas intervenciones. Interpretaban que estos hechos suponían necesaria e indudablemente no sólo la conversión de las mujeres en pacientes pasivas, sino también su cosificación, la reducción de sus cuerpos a componentes, con lo que quedaban completamente desubjetivadas, alienadas de su condición de sujetos. Este reconocimiento implicaba, pues, que las mujeres quedaban totalmente desprovistas de la capacidad de actuar en nombre propio, y alimentaba el debate sobre cómo podía explicarse el hecho de cada vez más mujeres demandaran este tipo de tratamientos.

En los últimos años la relación entre la objetualización a la que indudablemente se someten las mujeres durante las pruebas y los tratamientos y su entidad como personas, es decir, su subjetividad y capacidad de acción intencional, ha sido objeto de creciente atención y se han desarrollado diversas investigaciones empíricas en las que esta cuestión ha sido uno de los temas centrales.

Con el fin de incorporar estas reflexiones al marco teórico del presente trabajo, se va a hacer referencia a dos de estas aportaciones, que compartiendo algunas observaciones similares -en cuanto a la descripción de los procesos-, los interpretan desde parámetros teóricos distintos y llegan a conclusiones asimismo divergentes en los puntos que nos ocupan.

⁹⁶ La ubicación temporal de esta referencia no significa que no haya sido recogida por aportaciones mucho más recientes ni que se considere que sea desdeñable la validez de la observación. Como ejemplo de actualización de esta mirada resulta muy ilustrativa la aportación de Mary Barbercheck (2009: 12-13) Afirma que desde hace mucho tiempo la naturaleza se ha representado como mujer y la ciencia como el método para conocer y controlar la naturaleza. La autora plantea que en ocasiones la publicidad ha utilizado la imagen de la mujer como símbolo de naturaleza o como objeto de estudio para vender productos científicos y presenta una imagen publicitaria que muestra la fusión de naturaleza y mujer. Se trata de un anuncio para una compañía de biotecnología en el que aparece una mujer desnuda, de perfil, superponiéndose a una representación de la doble hélice de ADN y a un antiguo mapa de África. Todas estas imágenes representan lo desconocido, listo para ser explorado y explotado. El continente oscuro de Freud. El pie de foto es ciertamente evocador: "Women represented as nature and the unknown. Women, DNA, and Africa as territory to be explored and exploited. © New England Biolabs. Used by permission" (Barbercheck. 2009: 13).

4.4.1. La ‘metamorfosis’ del cuerpo femenino

En el artículo “The Organizational Construction of the Body”, Manuela Perrotta presenta los resultados y conclusiones de una investigación empírica realizada en una clínica de fertilidad italiana, utilizando las técnicas de observación participante, entrevistas semi-estructuradas y consulta documental. Al referirse a cómo transcurre un ciclo de fecundación in vitro, describe un escenario y una práctica en la que el cuerpo de los pacientes, en especial de la mujer, desaparece sutilmente como centro de la escena. Ya no es que quede anulada su subjetividad, es que desaparece literalmente su cuerpo como entidad. Queda reducido a órganos y componentes. Durante las fases destinadas a la producción de embriones los cuerpos son sucesivamente fragmentados y reensamblados. La atención se centra en el “proceso microreproductivo” en el que óvulos, espermatozoides y embriones absorben todos los cuidados. En el camino, el cuerpo deviene líquido y es transformado en diferentes cosas durante el seguimiento de las prácticas organizacionales. El rol principal en la primera etapa del proceso reproductivo lo protagonizan los ovarios y los folículos que producen. El paso desde el cuerpo a los líquidos (gametos) también marca una transición crucial en los/las profesionales a cargo de su gestión: desde el territorio de la medicina al de la biología. La fase de manipulación ya no incumbe al conocimiento médico -central en las fases previas y en las posteriores- sino al conocimiento biotecnológico. La transformación de los gametos en embriones tiene lugar en el laboratorio bajo la directa responsabilidad del/la biólogo/a, y, finalmente, los embriones son transferidos al útero de la paciente. “Durante el proceso el cuerpo entero no es el elemento central, e incluso es incierto que pueda ser llamado cuerpo” (Perrotta, 2008: 180).

El proceso se divide en cuatro etapas:

Durante la primera, que denomina “la producción de los cuerpos organizacionales”, se opera una transformación importante en el estatus de las personas. Inicialmente los pacientes son simultáneamente sujetos de reproducción y objetos de tratamiento médico. Pero su carácter de sujetos se pierde inmediatamente cuando las parejas van al centro en busca de ayuda médica y su cuerpo se convierte en un objeto en la cadena reproductora. Los cuerpos de hombre y de mujer devienen marginales en comparación con sus órganos y sus productos -en los que reside el valor-, y el cuerpo masculino es casi inexistente en comparación con el femenino. De hecho, no se accede al cuerpo masculino, que sólo existe como “fondo”. El cuerpo femenino es el centro de atención, pero sólo de modo aparente. Puesto que los monitores permiten ver su interior, el cuerpo de mujer queda oculto, deviene invisible y transparente, sustituido por las imágenes de ovarios, folículos y útero.

En la segunda fase, la “obtención de gametos”, se pasa del cuerpo al líquido. Los elementos corporales se sitúan en los medios de cultivo.

Durante la tercera fase se produce la “manipulación” y, si no se produce la interrupción, se entra en la cuarta fase, en la que se efectúa el “regreso al cuerpo”. Es el momento en el que el cuerpo desmembrado es reintegrado por la fusión del doctor/a-biólogo/a. La introducción del embrión en el útero de la paciente marca el final del proceso, que dos semanas después puede comportar resultados completamente diferentes desde el punto de vista de los pacientes: el embarazo o el fracaso.

En la interpretación que hace Perrotta acerca de las representaciones que rigen el proceso de actuación biomédica, al finalizar la transferencia acaba la responsabilidad de los expertos y recae sobre la paciente. La posibilidad de éxito se percibe en términos de que el útero de la paciente ‘deje’ que el embrión se implante. Aunque esta responsabilidad no se atribuye explícitamente, la lógica organizacional deja claro que “se ha hecho todo lo técnicamente posible, y ahora es la naturaleza la que debe seguir su curso” (Perrotta, 2008: 177-180).

En el relato de esta autora se concluye la pérdida de subjetividad que se opera durante el proceso. A partir de su análisis puede deducirse que la entidad persona existía al inicio, y era además presentada como sujeto de acción expresando su voluntad de conseguir un hijo/a y en la decisión de acudir al centro médico. Esta entidad queda reconstituida al final, aunque ‘el final’ es distinto en la representación de los/as profesionales y en la de los/as pacientes. Cuando ‘finaliza’ la responsabilidad técnica la subjetividad de la mujer se mueve en el terreno de la incertidumbre, teniendo que asumir la ‘responsabilidad’ de lo que ocurra, pero en unas condiciones que desbordan por completo su capacidad de acción, ya que no depende tanto de su voluntad o de lo que ella haga, sino de que la naturaleza siga su curso. Si el embarazo llega a producirse y llega a buen término es posible que la mujer -y la pareja en su caso- reconstruya el proceso desde una lectura retrospectiva en la que la autopercepción como sujeto prevalezca sobre la de objeto.

4.4.2. La orquestación de una coreografía ontológica

En el capítulo VI de su libro *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Charis Thompson aborda extensamente la compleja relación que, en su opinión, se establece entre los procesos de ‘objetivación’⁹⁷ que experimentan las mujeres en tratamiento y su subjetividad y su capacidad de actuar como sujetos⁹⁸.

Su aportación cuestiona explícitamente “el argumento humanista de que debemos ser protegidos de la objetivación tecnológica para garantizar la agencia y la autenticidad”

⁹⁷ Aunque la traducción literal del término ‘objectification’ es objetivación, creo que sería más adecuado hablar de ‘objetualización’ (que no está reconocida en castellano) puesto que se refiere a la conversión en objeto que experimentan. En el texto se utilizará el término objetivación entendiéndolo en este sentido.

⁹⁸ Ella lo refiere en términos de ‘agency’.

(Thompson, 2005: 179). También se distancia de la posición asumida por las críticas feministas que interpretan el sometimiento a los tratamientos como entradas en un mundo ajeno en el que las mujeres se convierten en objetos de la mirada, el saber y la práctica médica y, sobre todo, de la interpretación de que esta conversión signifique irremisiblemente su alienación, la pérdida de subjetividad y de la capacidad de agencia. Escribe:

“El objetivo de este capítulo no es negar, el sometimiento y la disciplina efectos de muchas tecnologías, incluyendo tecnologías de reproducción, en los que trabajan con o son controlados por la tecnología, sino más bien responder a la pregunta de si las diversas formas de objetivación de por sí son antitéticas de la personalidad” (Ibíd.: 180).

Para Thompson las clínicas de fertilidad son lugares idóneos para localizar y estudiar “la posible coexistencia de la objetivación, la agencia y la subjetividad”. Mediante una aproximación etnográfica accede al conocimiento y la interpretación de los casos reales en los que esto sucede.

Los tratamientos de reproducción asistida en los que los pacientes, en particular las mujeres -su cuerpo y su subjetividad-, son objetivados de diversas maneras. Esto se produce en un marco de relaciones de poder en el que la autoridad reside en los/as profesionales y en la dinámica institucional. Pero no debe olvidarse que, al entrar en esta dinámica, las mujeres están realizando una gran inversión personal en términos emocionales y económicos, que se vinculan estratégicamente a lo que han definido como su meta a largo plazo. En este sentido, uno de los puntales en los que se asienta la argumentación de Thompson es en el hecho de que al tomar la decisión de acudir a los centros y de someterse a los tratamientos están actuando, al menos en parte, en defensa de lo que perciben y asumen como sus propios intereses.

Parece derivarse de su afirmación que la reducción a la dimensión orgánica de los tratamientos y lo que ello va a implicar en sus experiencias concretas, es algo que las mujeres asumen previamente cuando dirigen su demanda a la medicina, o por lo menos que pueden elaborar a medida que esto ocurre. Por eso este reduccionismo no implica necesariamente una alienación en la percepción de sí mismas como personas y de su proyecto vital, puesto que remite a un uso instrumental de los recursos médicos en su propio beneficio e interés.

“Yo sostengo que la objetivación es sólo a veces un estado reductor en oposición a la presencia o metas de un sujeto. En las diversas manifestaciones no reduccionistas de la objetivación, los pacientes pueden mostrar agencia (y así aprobar su subjetividad) a través de su objetivación. También argumento que cuando la objetivación es la antítesis de la persona, se produce en circunstancias que pueden ser rastreadas y entendidas [...] las circunstancias en las que la gente se objetiva revelan la dinámica

de objetivación por la cual a veces se opone a la personalidad y en ocasiones no” (Ibíd.: 179)

Al describir la dinámica de los tratamientos Thompson afirma que las mujeres pasan por distintos y sucesivos “ciclos de objetivación” (Ibíd.: 198). A medida que estos transcurren, las pacientes -análogamente a lo que ocurre con otras entidades implicadas, como por ejemplo los gametos y los embriones⁹⁹- sufren “cambios ontológicos”. Una paciente que está en un ciclo de tratamiento es a veces una persona que hace malabares con su trabajo para poder estar en la clínica, a veces es una paciente genérica que se sienta en la sala de espera, a veces ‘es’ los ovarios y los folículos que aparecen en una pantalla durante una ecografía, a veces un cuerpo anestesiado que yace en una mesa quirúrgica, y así sucesivamente (Ibíd.: 182).

La relación entre objetivación, mantenimiento de la subjetividad y ejercicio de la agencia es de tensión durante todo el proceso de tratamiento y la evaluación que hagan de ella las mujeres, su manera de percibirse como más o menos alienadas o sujetos durante los momentos de objetivación es sensible al contexto desde el que se habla. El relato de las mujeres sobre un procedimiento idéntico -incluso de la misma mujer- podrá variar si lo formula desde un resultado exitoso o uno fracasado o si lo hace mientras aún está en proceso. La confirmación o la esperanza de lograr el resultado esperado permiten mantener la sensación de agencia, de participar o haber participado activamente en el proceso.

Esta participación implica no sólo aceptar como necesarias las diversas formas de objetivación que va a experimentar sino también la colaboración en ellas. En las clínicas de fertilidad, afirma Thompson, las mujeres aceptan de buen grado el papel de ser objeto de la mirada médica y, de hecho participan activamente en ella. A partir de la comprensión de la situación y de lo que podríamos denominar ‘las reglas del juego’, establecen un juego de roles, en el que adaptan e incluso dejan en suspenso su identidad global, en defensa de lo que creen que puede favorecer sus objetivos. La autora establece un paralelismo con el fenómeno sociológico de la ‘subordinación intencional’, que consiste en aceptar voluntariamente la subordinación al poder estructural de otra persona u organización para alcanzar algún objetivo global¹⁰⁰. En este sentido, por ejemplo, las mujeres hacen lo que les dicen y pueden decidir comportarse como las ‘mejores pacientes’. Para ello se desprenden temporalmente de aspectos de su identidad personal y social, según lo

⁹⁹ Thompson explica cómo, por ejemplo, los embriones pueden pasar de ser percibidos como una persona en potencia (cuando está activo un ciclo) a serlo como seres en animación suspendida (cuando son crioconservados), o a ser un conjunto de células sin potencial para convertirse en personas (cuando se decide desecharlos o destinarlos a investigación), etc. (2005: 182)

¹⁰⁰ Thompson se refiere a Goffman cuando utiliza este concepto para hablar de lo que ocurre en las instituciones totales. Afirma la autora que, aunque las clínicas son muy diferentes de las instituciones totales, existen algunos paralelismos entre ‘ser un buen interno’ y ‘ser una buena paciente’, puesto que ambos gestionan su yo para obtener los beneficios del lugar o situación. Ella añade o mejor enfatiza que la dinámica técnica de las clínicas es la que ayuda a crear y a mantener la coherencia de ese ‘mundo social’ (Ibíd.: 191)

que requiera el ciclo de objetivación por el que estén pasando¹⁰¹. Aunque ello pueda amenazar la individualidad de la paciente, facilita su flujo a través de la clínica (Ibíd.: 191; 199). El sometimiento que indudablemente se produce presenta, así, componentes de lo que puede considerarse una actuación estratégica.

Durante los procesos de tratamientos se orquesta lo que Thompson denomina una “coreografía ontológica”, en la que un conjunto heterogéneo de actores, (médicos, pacientes, compañías farmacéuticas, procedimientos, instrumentos, medicamentos, etc.) funcionan como un conjunto ensamblado -siempre de modo provisional y relativamente incierto- que puede conducir o no al objetivo perseguido, también y sobre todo, por las mujeres que está en tratamiento.

Desde ahí argumenta que cuando el tratamiento finaliza con éxito, la coreografía ha mantenido la compatibilidad entre los actores heterogéneos, ha funcionado sin fisuras y ha logrado el objetivo. Así, la agencia de la mujer queda reforzada y su entidad como persona sostenida, ya que el paso por distintas etapas y momentos en los que su identidad ontológica ha ido variando, acaba favoreciendo el refuerzo de su persona. La posibilidad de que los intereses de las mujeres y los de los otros agentes implicados (compañías médicas y farmacéuticas sobre todo) sean compatibles -y percibidos como tales- depende del resultado final. Es una posibilidad que se sitúa en el largo plazo.

Cuando se produce una ruptura, el embarazo no se consigue, y el yo de la mujer como persona queda afectado. En su representación de las distintas fases del proceso de tratamiento acaban cobrando protagonismo los momentos en los que su estatus ontológico eran el de cuerpo fragmentado, objeto de la intervención médica, y es frecuente que la mujer lo experimente en términos de alienación. Aunque por estas fases pasan todas las mujeres, las que al final acaban consiguiendo el objetivo deseado han podido mantener viva la relación metonímica -de sinécdoque- entre el cuerpo objetivado y la persona entera; en las que esto no ocurre, esta relación se rompe y por eso emergen sus sentimientos de haber sido reducidas al estatus de objeto. En palabras de la autora, cuando esto ocurre “la operativa médica hace de nosotras un cuerpo fragmentado [...] la objetivación del paciente social nos convierte en objetos de experimentación y manipulación, la burocratización nos convierte en engranajes institucionales, engañadas por la disciplina epistémica” (Ibíd.: 200).

La clave para que el mecanismo que hace posible que la agencia de la mujer quede reforzada es pues el mantenimiento de la relación de sinécdoque, por la que su cuerpo

¹⁰¹ La autora pone como ejemplo lo que ocurre durante una visita de rutina para la realización de un examen pélvico, la mujer comienza como alguien con su identidad habitual cuando está en la sala de espera, se traslada a un lugar donde debe desnudarse y ponerse una bata, se convierte en un objeto de estudio que puede verse desde ángulos inusuales con la ayuda de instrumentos, y termina como alguien que se viste y se relaciona cara a cara. Muchos de los múltiples roles de la mujer social son irrelevantes temporalmente mientras se está examinando. La pérdida temporal de la identidad social hace posible ‘ofrecer’ las partes de su cuerpo para la intervención (2005: 198).

fragmentado se vincula a la totalidad de su persona. La posibilidad omnipresente de esta alienación -que resulta de la ruptura sinédocal- explica, en parte, “nuestra ambivalencia habitual hacia los beneficios de la tecnología”. Se puede explicar así “por qué a veces la persona y la tecnología están en oposición y, a veces se presentan como socios” (200). “La coreografía ontológica es la acción coordinada de muchas cosas y personas ontológicamente heterogéneas que puede actuar al servicio del yo a largo plazo” (202).

El estudio de Thompson se inscribe explícitamente en enfoque de “una nueva generación” de los estudios CTS llevados a cabo por académicas feministas que estudian la tecnociencia desde una posición que “no rechaza la ciencia y la tecnología, sino que trata de negociar una política en su utilización y desarrollo” que preste atención a las posibilidades de que la tecnociencia y la práctica médica puedan servir para defender los intereses de las mujeres (190).

Su propuesta resulta sugerente y ofrece algunas claves muy interesantes para analizar e interpretar los procesos de interacción que se producen durante las situaciones de tratamiento. Si bien, resultaría conveniente no encerrar el análisis en una perspectiva estrictamente microsocia, ya que se corre el riesgo -en opinión de quien escribe estas páginas- de minusvalorar el peso de los factores sociales estructurales en la configuración de las posiciones de cada tipo de agente presente en dichas situaciones. En la misma línea, se considera que la posición socioestructural no sólo condiciona a cada tipo de agente sino que también introduce diversidad dentro de cada grupo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres que se someten al tratamiento, tanto su perfil social como otros elementos activos en el proceso de conversión en demandantes de los tratamientos -como el modo en el que se construye la voluntad de convertirse en madres- propicia distintas probabilidades de actuar como sujeto, globalmente y durante las distintas etapas del proceso.

Por esta razón, se considera que todas las aportaciones recogidas en este apartado pueden resultar de interés para la indagación empírica acerca de las experiencias de las mujeres, pudiendo utilizarse instrumentalmente no como excluyentes sino como complementarias.

La hipótesis general de la que se parte en este trabajo en relación con estos temas es que existirá una diversidad de modos de actuar y de percibirse en las interacciones y que las ‘estrategias’ desarrolladas estarán relacionadas -en términos de probabilidad de que se den unos u otros- tanto con el perfil social de la mujer como con su el sistema de representaciones en el que se inscriba su voluntad y decisión de acudir a los tratamientos. Se recoge asimismo la sugerencia de Thompson de considerar que el momento del tratamiento en el que se encuentre así como su resultado debe integrarse, tanto en el diseño de la tipología de mujeres a entrevistar como en el análisis de sus discursos.

4.5. LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE EN LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. EL VARIABLE ESTATUS DE LA MUJER OBJETO DE TRATAMIENTO

Las definiciones vigentes de esterilidad e infertilidad comportan que la designación de las mujeres como pacientes se produzca, en la mayoría de los casos, cuando su condición de enfermas está todavía por determinar, si es que tal identificación llega a producirse, y se mantendrá en el futuro aunque esto no ocurra. De modo análogo a lo que sucede con las embarazadas, que como tales acuden a los servicios médicos, entrarían en la categoría social de “asistibles”, cuya atribución no depende necesariamente de la detección de un problema biológico o psíquico, sino de la existencia de un conjunto de reglas, necesariamente arbitrarias, aún cuando se puedan amparar en la detección de ciertos signos y síntomas (Montes, 2007: 54). En el caso de las mujeres y/o las parejas que acuden a las instancias médicas aquejadas por supuestos problemas de esterilidad, el único síntoma requerido es la ausencia de embarazo tras el intento reiterado y sostenido durante cierto periodo de tiempo, cuya duración es convencional y variable. Este hecho confiere a las consultas y tratamientos de reproducción asistida un carácter peculiar y eventualmente contradictorio en relación con los rasgos básicos que definen la relación médico paciente habitual.

En el contexto de una práctica médica estructurada exclusivamente sobre las relaciones de saber-poder, la condición de paciente sitúa a las personas demandantes de atención médica en una posición de pasividad, sometimiento y dominación simbólica. Tal y como plantea Montes “si el/la profesional posee y se le reconoce el monopolio legal el conocimiento, se anula o ignora el punto de vista del profano y se excluye su iniciativa en la determinación de decisiones y su capacidad personal de enjuiciar la situación”¹⁰². Así configurada, la relación médico/paciente se caracteriza por la subordinación, aceptación y acatamiento tanto de los procedimientos como de los discursos protagonizados y formulados por las instancias médicas y sus administradores (Montes, 2007: 55).

La persona convertida en paciente queda apeada de la condición de sujeto en un doble sentido. En tanto que deviene objeto de observación, diagnóstico y tratamiento, y en tanto que su palabra no es escuchada ni se le reconoce como interlocutora.

El saber médico convierte el cuerpo del enfermo en objeto específico de su aplicación. El cuerpo queda reducido a organismo desprovisto no sólo de su integridad holística sino también de cualquier vestigio de subjetividad.

¹⁰² La autora se apoya [en] y cita las aportaciones de José M^a Uribe (1998: 305-306) y de Eduardo Menéndez (1990:62),

“Por esta razón, la mirada médica no ve al enfermo sino su enfermedad, y en el cuerpo no lee una biografía sino una patología, en la que la subjetividad del paciente desaparece detrás de la objetividad de los síntomas que no remiten a un ambiente, a una manera de vivir, a una serie de costumbres contraídas sino a un cuadro clínico...”¹⁰³ (Galimberti, 1996: 12).

Al acudir a las instancias médicas, la persona que demanda la asistencia ingresa en “el discurso del Otro”, discurso dominante, que capitaliza todos los significantes capaces de articular el significado y el sentido del problema que le aqueja (Tubert, 1991: 22). Cuando ejerce estrictamente desde su posición hegemónica, el discurso médico tiene un carácter totalitario, en el sentido de que no puede ni quiere saber nada con respecto a todo aquello que no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede conducir a ningún tipo de práctica médica.

“La medicina nos reduce al silencio. No ha ninguna razón que pueda oponerse a la razón médica, y es raro que el médico recoja, de las manifestaciones de su paciente, algo que no pueda ocupar un lugar en el discurso médico” (Tubert, 1991: 21-23).

En este sentido, y siguiendo a Jean Clavreul, Tubert afirma que la medicina nos deja subjetivamente divididos. Aunque nos acalla y nos anula como sujetos, llegado el momento todos recurrimos a su ayuda, independientemente de las críticas que podamos formularle. El motivo es que somos “seducidos y conquistados, no tanto por los resultados terapéuticos, como por la extensión y las certezas del saber médico, y menos por ellas que por la permanencia de su organización en el momento en el que nuestro propio cuerpo nos abandona” (Ibíd.: 22).

Desde la consideración estructural del poder del discurso médico, existe poco margen para la comunicación y la interacción médico-paciente en los encuentros asistenciales. Tal y como acabamos de describir, en esta dinámica el punto de vista del paciente no puede existir o es irrelevante. A lo sumo podría formularse como rechazo de la opinión médica, como puesta en cuestión de la competencia del médico concreto o de la medicina en su conjunto. Pero es difícil que esto ocurra.

¹⁰³ En el caso de las Técnicas de Reproducción Asistida, esta marca estructural del proceder médico queda en parte desdibujada por la frecuente imputación de los problemas de reproducción a la edad de la paciente, tanto en los casos en los que se identifica un problema orgánico (por ejemplo la baja respuesta a la estimulación ovárica) como si no (por ejemplo en los frecuentes casos de fracaso inexplicado de la fecundación, de la implantación o del desarrollo del embarazo). Implícitamente, con esta atribución se está aludiendo al estilo de vida de la paciente y a su “inadecuada” decisión de plantearse la reproducción “demasiado tarde”. El resultado y el efecto sobre la subjetividad de la mujer es doblemente punitivo, en el sentido de que tan sólo se reconoce su condición de sujeto (capaz de elegir) para transmitirle la idea de que se ha equivocado. Su ‘cuadro clínico’ es en cierto modo resultado de su actuación que además ‘exculpa’ el eventual fracaso de la intervención médica.

El discurso médico, en tanto que no toma en consideración aquello que queda fuera de su ámbito de interpretación -por ejemplo lo que se sitúa en el terreno de lo psíquico-, aspira a “buscar toda causalidad en hechos materiales y a extenderla a todo aquello que se presenta como anormal”. En este sentido lo inexplicado se considera como desconocimiento provisional, a la espera de un nuevo descubrimiento que llegue de la mano del progreso científico, que acabe identificando “las causas naturales”, las únicas que puede tomar en consideración. De nuevo de la mano de Clavreul, Tubert plantea que “quizás sea un error creer que el principal argumento del progreso médico se refiera a sus logros observables. Quizá la justificación fundamental de la medicina radique en la promesa de éxito, que no concierne sólo al individuo sino a toda la humanidad, en las generaciones futuras” (Tubert, 1991: 24).

De este modo, se infunde una representación del saber médico como saber absoluto en el terreno imaginario, compatible con la experiencia real de incertidumbre o de fracaso. Fracaso que puede atribuirse a la falta de fortuna o a la falta de saber o de recursos de un equipo médico o de un centro concreto, lo que permite mantener la esperanza de acudir a otro, más avanzado o mejor, o de poder acceder a un nuevo tratamiento que subsane las deficiencias del anterior. Y si no es posible localizarlo en el ahora se localizará en el futuro. Un futuro cada vez más aproximado al presente por la imagen de avance vertiginoso de los descubrimientos tecnocientíficos.

“Así como el enfermo se encuentra en la situación de ‘el que no sabe’, ante alguien que es el representante y el funcionario del saber, cada médico tiene por encima de él a un sujeto que se supone que sabe más que él. Clavreul dice ‘que se supone’, porque la jerarquía no tiene límites hacia arriba, y siempre hay un médico (preferiblemente extranjero), una publicación ya hecha o por realizar, que contendría el saber en el que puede inscribirse lo desconocido de la enfermedad. De este modo, la angustia que acompaña a toda enfermedad se puede reducir a una falta de saber, que los equipos de investigación se apresurarán a subsanar” (Tubert, 1991: 24).

La modificación del ejercicio de la práctica médica concreta resulta difícil dado el peso estructural de la dimensión institucional de la misma. Su efecto normativizador, el hecho de constituir una poderosa instancia de control social, y la magnitud de los intereses en juego -tanto económicos como políticos y sociales-, obstaculiza el cambio y le confiere un peso inercial de enorme magnitud. La posibilidad de transformación excede la voluntad aislada de los agentes, sean profesionales o usuarios y requiere de la organización colectiva y de un planteamiento ideológico y político capaz de articular las críticas y de definir propuestas y acciones¹⁰⁴.

¹⁰⁴ En este sentido, resulta pertinente comentar la observación de Tubert (1991) cuando afirma que, a pesar del marcado sesgo sexista y androcéntrico del discurso médico dominante, históricamente el ingreso de mujeres en la profesión no produjo automáticamente su modificación. Las primeras mujeres médicas se hicie-

Según M^a Jesús Montes, ideológica y prácticamente todas las áreas relacionadas con el nacimiento están sometidas a una medicalización intensiva como consecuencia de una visión centrada en lo biológico. En la práctica obstétrica actual continúa prevaleciendo el dominio del modelo asistencial tradicional, denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1983) o Modelo Tecnocrático (Davis-Floyd, 2001), si bien su dominio y evolución están marcados por la presencia, conflicto y eventual integración de elementos de otros modelos y prácticas. Estos últimos derivan de iniciativas democratizadoras en la concepción de la atención sanitaria y/o de resistencias al modelo hegemónico protagonizadas tanto por profesionales de la salud, como por movimientos e iniciativas sociales y comunitarias.

El modelo dominante presenta estructuralmente los rasgos de: biologicismo, eficacia, orientación curativo-asistencial y relación jerárquica médico-paciente. El/la paciente ocupa el lugar de consumidor/a pasivo/a, al que se supone ignorante o portador/a de una saber erróneo, que debe acatar los dictados de una saber médico avalado científicamente e identificado ideológicamente con la racionalidad.

El reduccionismo que supone centrarse exclusivamente en el plano biológico será denunciado por el Modelo Humanista (Davis-Floyd), que recupera y reivindica la conexión mente/cuerpo. Al tiempo reclama el reconocimiento de un papel más activo de la persona tradicionalmente designada como paciente, que es visto como sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el médico. Entiende este modelo que ciencia y tecnología deben complementarse con una orientación humanista, estableciendo un equilibrio entre las necesidades de la institución médica y las del individuo, y favoreciendo la democratización de la salud promoviendo la participación de la ciudadanía. En opinión de Davis-Floyd, parte de las bases ideológicas de este modelo están cerca del modelo tecnocrático, por lo que se puede favorecer la introducción de cambios en el sistema desde dentro sin generar por ello gran rechazo.

Tanto Eduardo Menéndez como Robbie Davis-Floyd, describen la presencia de otros modelos en los que se integran las aportaciones de otras prácticas médicas identificadas como “alternativas”. Así Menéndez habla de un Modelo Médico Alternativo que integra las prácticas médicas consideradas tradicionales, con otras que se van construyendo como alternativas a él, pero partiendo de una misma base ideológica; y aquellas “prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización, desarrolladas hasta fechas recientes al margen del sistema médico occidental” (Menéndez, 1983: 7). Davis-Floyd identifica la utilización de éstas últimas con el Modelo Holista, que parte de la unidad mente, cuerpo y

ron portadoras del discurso científico dominante, incluyendo todas sus connotaciones morales e ideológicas. Hecho esperable, por otro lado y por varias razones. En primer lugar porque, como plantea Tubert, la subjetividad del médico queda borrada en tanto éste interviene como soporte de un discurso que lo trasciende. En segundo lugar, y matizando lo anterior, porque la condición de mujer no comporta automáticamente la capacidad de adoptar una ideología y unos recursos representacionales capaces de enfrentar el efecto de de la violencia simbólica.

espíritu. El cuerpo es visto como un sistema de energía que se interrelaciona con otros sistemas. Concibe a la persona en su totalidad y tiene en cuenta su contexto vital. La autoridad y responsabilidad sobre la salud es inherente a cada individuo. Ciencia y tecnología se ponen al servicio de la persona y se establece una unidad entre profesional y paciente para la individualización de los cuidados.

Por último, Menéndez alude a la práctica de la Autoatención, identificándola como un modelo en el que el diagnóstico y atención son llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal y en el cual no actúa directamente el curador profesional. Su descripción y su identificación como una práctica efectiva suponen el reconocimiento de que existe en la sociedad un primer nivel de atención a la salud que se realiza habitualmente en el entorno familiar y comunitario. (Montes, 2007: 78- 81).

Las consideraciones expuestas en este breve apartado cobran una relevancia central a la hora de enmarcar, tanto la formulación de hipótesis sobre las experiencias de las mujeres durante los procesos de tratamiento -en particular en lo que se refiere a su condición de pacientes-, como el análisis e interpretación de las actitudes que describen y los discursos desde los que expresan su posición y sus opiniones.

La conceptualización de la relación médico/paciente como una relación presidida por el poder y la violencia simbólica no significa que se atribuya indefectiblemente a las mujeres -ni a todas por igual- la condición de víctimas pasivas de tal ejercicio. La posición social de las mujeres expresada, sobre todo en este caso, en términos de recursos culturales (formación) e ideológicos y simbólicos (legitimidad de su saber y capacidad crítica) marcará diferencias entre ellas favoreciendo o dificultando la posibilidad de leer la situación y de adoptar -deliberada o sobre todo implícitamente- estrategias adaptativas, de resistencia o de cuestionamiento.

CAPÍTULO 5

LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DESDE LAS INSTANCIAS MÉDICAS. LAS TRA COMO TERAPIA PARA COMBATIR LA ESTERILIDAD

La imposibilidad física de tener descendencia ha sido un problema constatado reiteradamente a lo largo de la historia y hasta fechas muy recientes la atribución causal ha sido siempre femenina. El carácter problemático de la esterilidad sobrepasa la dimensión personal y se inscribe plenamente en el terreno social. Así, mientras domina la representación de los hijos como don divino, la esterilidad se asocia a la idea de castigo o maldición divina (Cambrón, 2001: 167). En los periodos y/o culturas en los que el orden social y simbólico sitúa en la capacidad reproductora de la mujer su principal fuente de valor y en la condición maternal el elemento central de la identidad femenina, ser estéril supone un menoscabo de primera magnitud, un estigma que marca a la mujer no sólo a los ojos de los demás sino también ante sí misma.

Aunque no es el momento de entrar a hacer una exposición extensa y detallada de las imágenes históricas sobre el papel jugado por ambos sexos en la reproducción, sí que se quiere destacar una de las expresiones que muestran el carácter androcéntrico y sexista de las mismas, cuyas secuelas llegan hasta nuestros días. Se trata del hecho de que a partir y desde el momento en que ya se reconoce la contribución de los varones a la reproducción, la lectura de los problemas de fertilidad presenta un sesgo marcadamente sexista. Así, mientras que conseguir tener hijos era tomado con frecuencia como signo de virilidad, los problemas para lograrlo se vinculaban a una deficiencia de la mujer. Este rasgo ha influido -como se ha expuesto en el capítulo 4- en la configuración de las TRA, y ha sido asimismo el desarrollo de estas tecnologías lo que ha contribuido fundamentalmente a su modificación.

Actualmente se ha generalizado la convicción de que los problemas reproductores responden con frecuencia a causas masculinas, al menos con la misma extensión e intensidad con la que se deben a factores femeninos. Al tiempo, se ha ido consolidando la imagen de que los problemas reproductores afectan a un número elevadísimo de personas en nuestra sociedad y, en este escenario, las TRA se erigen en la vía más adecuada y eficaz para su abordaje.

El objetivo de este capítulo es reflexionar acerca del modo en el que el discurso y la práctica tecnomédicos contribuyen a establecer los parámetros desde los que se construye la percepción de las dificultades reproductoras como problema y las TRA como solución.

5.1. EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD POR PARTE DE LA MEDICINA

La medicina siempre se ha ocupado del problema de la esterilidad y la atención hacia ella se acrecienta a partir de la institucionalización de la ginecología como especialidad centrada en el cuerpo reproductor femenino. Como apunta Andrea Tone, en la segunda década del siglo XX los profesionales de este campo señalaron la esterilidad como uno de los retos de la ginecología (Tone, 2009:176). A pesar de estas declaraciones, durante mucho tiempo y hasta la emergencia de las TRA, la investigación y el tratamiento de la esterilidad ocuparon un lugar relativamente menor dentro de una especialidad -la ginecología- que no gozaba de demasiado estatus dentro de la jerarquía médica (Pfeffer, 1987). Aunque se pudiera reconocer el sufrimiento que la ausencia involuntaria de hijos/as pudiera suponer para las mujeres estériles, éste no fue el principal motivo para ocuparse del problema.

La presentación de la esterilidad como un problema importante en términos tanto de prevalencia -personas afectadas- como de intensidad con la que se vive -fuente de sufrimiento y de desesperación- no se produjo hasta que entraron en escena las TRA, de la mano de su tecnología central, la fecundación in vitro. El despliegue mediático que la acompañó y la retórica utilizada, que subrayaba su carácter de logro científico sin precedentes -casi de milagro- puesto al servicio de las personas estériles que podían ver en ella la luz de la esperanza, suscitó inmediatamente las suspicacias de gran parte del feminismo, que se apresuró a desvelar y denunciar la presencia de otros intereses, ajenos, e incluso contrapuestos, a los de las mujeres.

A la hora de comprender la configuración de las TRA resulta interesante considerar el modo en el que el discurso médico presentó inicialmente la potencialidad terapéutica de la novedosa FIV. La indicación que se destacó en primer lugar fue la de los casos de mujeres que presentaban obstrucción tubárica¹⁰⁵. En ella se condensan distintas dimensiones y aspectos que resultan enormemente significativos para analizar la morfología de la técnica, su dinámica de implantación, el marcaje del territorio médico de actuación en el campo del tratamiento de la esterilidad y las vías utilizadas para conseguir su progresiva aceptación social.

En primer lugar sirve para situar el problema de la esterilidad en su dimensión orgánico-fisiológica, definiéndolo como una patología que remite a una causa identificada e identificable. De este modo la esterilidad queda definida como patología y se sitúa estrictamente en el terreno de la medicina. En este sentido, se ajustaría a la lógica de la intervención terapéutica en el más puro sentido teórico, es decir, en el de que haya factores que expliquen el problema y sobre los que se puede incidir para resolverlo.

¹⁰⁵ Bloqueo total o mayoritario de las trompas de falopio que impide el paso del óvulo al útero.

Pero las características y el modo de proceder de la propia técnica se disocian claramente de ella. La FIV no actúa sobre el factor de esterilidad sino que, en el mejor de los casos, lo vuelve irrelevante, ya que el proceso de fecundación es sustituido por la intervención tecnológica. Por esta razón se ha considerado una tecnología de ‘by pas’ o, en palabras de Inmaculada de Melo, es lo que se llama un “apaño tecnológico”, en el sentido de que en ningún caso se dirige a solucionar las causas de la infertilidad. “La mujer estéril seguirá siéndolo después de haberse sometido a estas tecnologías. Las trompas de falopio bloqueadas seguirán bloqueadas y, si la mujer no ovula, seguirá sin ovular” (de Melo Martín, 1996:300)¹⁰⁶. Esta autora se hace eco de las reflexiones apuntadas por el feminismo¹⁰⁷ al señalar que estas tecnologías no han surgido de la investigación sobre las causas de la infertilidad y el modo de tratarlas y/o prevenirlas sino que han seguido otra dinámica de desarrollo vinculada a intereses científicos, profesionales y económicos. Insiste además en que su existencia y protagonismo relega esta investigación -centrada en el tratamiento y prevención de causas- a un lugar secundario y marginal. “La prevención no reporta a los profesionales ni las ganancias económicas, ni el estatus que les ofrecen las nuevas tecnologías de reproducción, ni permite la investigación con gametos y embriones humanos” (300).

Ciertamente, el modo de proceder de la FIV supone una alternativa al proceso natural de concepción, de manera que podría decirse que convierte la causa y, por lo tanto el diagnóstico de la misma en una cuestión relativamente irrelevante. En la primera regulación jurídica española, la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, Sobre Técnicas de Reproducción Asistida, se recoge -en el inicio del capítulo I- este carácter alternativo a la procreación natural que suponen y las expectativas que abren a la resolución de los problemas derivados de la esterilidad:

“Los modernos avances y descubrimientos científicos y tecnológicos, y en especial en los campos de la biomedicina y la biotecnología, han posibilitado, entre otros, el desarrollo y utilización de técnicas de reproducción alternativas a la esterilidad de la pareja humana, generalmente conocidas como técnicas de reproducción asistida o artificial, algunas de ellas inimaginables hasta hace muy poco”¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Esta idea ha sido señalada por múltiples autoras. Véase, por ejemplo, Spallone. 1996.

¹⁰⁷ No sólo desde el feminismo. Resulta muy interesante, por ejemplo, el relato de Jacques Testart cuando explica cómo pasó de trabajar en el campo de la ganadería al nuevo mundo del laboratorio de la reproducción humana. “Hace quince años, mi ocupación era la de embarazar por la fuerza a desconfiadas hembras bovinas, por medio de una catapulta que propulsaba en el útero de las pobres bestias embriones que ellas no conocían en absoluto [...] A principios de 1977 llegué al Laboratorio de Fisiología y Psicología de la Reproducción Humana del Hospital Antoine Béchère”. En la primavera de 1978 formó equipo con René Frydman, con el que se embarcó en el proyecto de aplicar la técnica de fecundación in vitro en mujeres. El resultado fue el nacimiento de Amandine, la primera bebé probeta francesa, el 10 de mayo de 1981 (Testart, 1988: 29-58).

¹⁰⁸ Como puede observarse, se recoge de modo indirecto, puesto que se plantean literalmente como alternativas a la esterilidad de la pareja, aunque su mención de la denominación de “artificiales”, no deja lugar a dudas.

Lo que se quiere destacar en estas líneas es que la configuración cualitativa de la FIV, es decir, el hecho de que consista en la producción extracorpórea del embrión a partir de la obtención de los gametos -que mediante un proceso de extracción o recolección se sitúan fuera de los cuerpos, quedando disponibles para su utilización y manipulación- le confiere un potencial enorme para el desarrollo tecnocientífico. En la línea centrada estrictamente en la reproducción y más en concreto en el tratamiento de los problemas de esterilidad, carece de sentido restringirla exclusivamente a los casos de obstrucción tubárica. De hecho esta indicación inicial fue rápidamente superada, abriendo su recomendación terapéutica a cualquier tipo de esterilidad o infertilidad.

Desde el feminismo se alertó tempranamente sobre el camino que se estaba iniciando, al tiempo que se denunciaba el carácter manipulador de una retórica que enfatizaba el padecimiento de las personas estériles, presentando la nueva tecnología como un recurso a su servicio (Franklin, 1990). Autoras como, por ejemplo Françoise Laborie, explican el uso de una estrategia de comunicación que tiene como finalidad conseguir la aceptación social de una nueva tecnología cuyas implicaciones son muy potentes y pueden suscitar temores y recelos por parte de la sociedad. El recurso al argumento terapéutico proporciona de modo inmediato la atribución de legitimidad de la que goza el discurso médico. Sirve así para justificar y hacer aceptable una nueva tecnología. Pero, “como un caballo de troya, este argumento permite a los facultativos ofrecer la tecnología por otros motivos”. La ubicación y la consistencia de la frontera entre las razones médicas y otras razones más susceptibles de ser puestas en cuestión -entre ellas las denominadas por la autora de “conveniencia”- evolucionan con el tiempo y según los intereses en juego¹⁰⁹ (Laborie, 1992a: 181).

La ampliación de indicaciones era, pues, una derivación lógica de las características de la FIV, que permitía, además, ampliar enormemente la demanda potencial de tratamientos. Prácticamente desde las primeras etapas, las TRA se consideraron adecuadas para ‘tratar’ cualquier tipo de esterilidad, fuera de causa femenina, masculina, mixta e incluso indeterminada -la conocida como esterilidad idiopática-. El desarrollo del diagnóstico genético preimplantacional permitió indicarla incluso en los casos en que no existiera esterilidad. La disociación antes aludida entre la lógica médica convencional y las dinámicas abiertas por las TRA se fue haciendo cada vez más patente y propició, por ejemplo, que René Frydman describiera el imparable proceso de medicalización de la vida, en términos de emergencia de “la medicina del deseo”. Su ya celeberrima frase lo expresa

¹⁰⁹ Mucho más recientemente, autoras como Karen Throsby han utilizado el concepto de “arrastre tecnológico” para describir la facilitación del camino que una tecnología abre a nuevos usos o a la aplicación de otras tecnologías estrechamente conectadas con ella (Throsby, 2004). En el mismo sentido, otras han explicado cómo la retórica de presentación mediática forma parte de una estrategia de marketing que busca y facilita la aceptación social y política de unas prácticas que no se han discutido previamente. Explican, por ejemplo la centralidad de las “promesas” que las tecnologías ofrecen. En el terreno de la reproducción, la promesa de satisfacer el “deseo de hijo”, en el de la terapia génica, la promesa de la prevención o de la cura (O’Riordan and Haran, 2009; Waldby, 2006; Waldby and Cooper, 2008).

con claridad: “Antes el médico preguntaba al paciente ¿qué le duele? y trataba de interpretar los síntomas. Hoy el médico pregunta más bien ¿qué desea?” (Frydman, 1986: 12). La configuración de las TRA como un servicio que se oferta a un número cada vez mayor de consumidores fue reflejada, pues, de forma temprana por los propios protagonistas.

Esta dinámica conllevó también una revisión del concepto de esterilidad en busca de una definición que diera cuenta de los nuevos modos de proceder y proporcionara al tiempo las bases para que los/as potenciales destinatarios/as pudieran identificar sus síntomas.

5.2. LAS MÚLTIPLES DEFINICIONES DE UNA ENTIDAD RESBALADIZA

Esterilidad e infertilidad son términos que aparecen de modo recurrente en la literatura médica, así como en las presentaciones y comunicaciones públicas de los centros médicos que disponen de unidades y servicios relacionados con la reproducción. En particular, para aquellos que ofrecen prestaciones de reproducción asistida resultan indispensables, tanto para enmarcar su campo de actuación principal como para establecer pautas más o menos protocolizadas de actuación. Una de las primeras y principales tareas que posibilitan es la de establecer cuándo y cómo una mujer o una pareja puede reconocer que tiene problemas de reproducción y, por lo tanto, puede o debe acudir a ellos. A partir de ahí servirán asimismo de base para estructurar los procedimientos de diagnóstico y detección de la presencia de factores que puedan considerarse relevantes y seguir el camino de indicación de los tratamientos considerados más adecuados. En la mayor parte de los casos los términos esterilidad e infertilidad se utilizan en la práctica de modo indistinto y sirven en primera instancia para identificar dificultades en la procreación.¹¹⁰

Aunque en términos lingüísticos pueden considerarse sinónimos, las connotaciones difieren. Así, mientras que la esterilidad remite a “la cualidad de estéril”, otorgando a la incapacidad de procrear un significado más rotundo, la infertilidad alude a la “no posesión o pérdida de la condición de fértil”¹¹¹, por lo que evoca en cierto modo la posibilidad de recuperarla. La utilización de este matiz está estrechamente relacionada con el modo en que se comunican los servicios que se ofrecen a los consumidores potenciales y, específicamente, el espíritu o la voluntad que anima a profesionales y centros.¹¹²

¹¹⁰ Conviene precisar, no obstante, que así como en inglés son estrictamente indiferenciables y en la literatura médica anglosajona se utiliza únicamente el término *infertility*, no ocurre lo mismo en español. Para la Real Academia de la Lengua (RAE) son términos sinónimos, pero en los textos médicos su uso difiere: mientras que en algunos casos no se establece distinción, en otros se definen de modo abiertamente distinto, como se explica a continuación.

¹¹¹ En la última consulta al diccionario de la R.A.E. esta definición ha desaparecido de la entrada “infertilidad”, que remite, exclusivamente a “esterilidad”.

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=infertilidad [19/01/2011].

¹¹² Resulta significativo, por ejemplo, el temprano giro semántico que llevó hablar de Técnicas de Reproducción Asistida en lugar de nuevas tecnologías reproductoras o técnicas de reproducción artificial (Rothman,

5.2.1. Definiciones médicas. De la teoría a la clínica. Del organismo al calendario

Resulta ciertamente difícil proporcionar definiciones unívocas de los términos frecuentemente utilizados tanto en la teoría médica como en la práctica clínica. Tras una consulta bastante exhaustiva, se ha tomado la decisión de seleccionar algunas de las definiciones que más se ajustan al uso habitual. La finalidad es desarrollar la argumentación a partir del comentario de las mismas¹¹³.

Esterilidad: “Es la incapacidad absoluta de concebir”

Infertilidad: “Es la ausencia de la capacidad de conseguir un recién nacido vivo. El término esterilidad e infertilidad se utilizan con frecuencia como sinónimos”

Subfertilidad: “Es una capacidad disminuida de concebir y conseguir un hijo vivo. Es la situación más frecuente entre las parejas que acuden a la consulta de esterilidad”

Fecundabilidad: “es la probabilidad de concebir en un sólo ciclo menstrual, situándose su valor promedio alrededor del 0,25 (25%) en parejas sanas jóvenes. A partir de la fecundabilidad acumulativa se estima que al cabo de un año -13 ciclos- de cada 100 parejas, 85 habrán conseguido un embarazo”.

“La definición clínica de esterilidad se establece a partir de la fecundabilidad promedio, cuando ha pasado un año de relaciones sexuales frecuentes sin protección y no se ha conseguido un embarazo” (Torres, 2009: 1).

Tal y como puede observarse en las definiciones anteriores, en términos teóricos la esterilidad en sentido estricto se vincula a la existencia de una causa orgánica que impida por completo que la concepción se pueda producir. Serían los casos de obstrucción tubárica completa, la ausencia de ovulación o la ausencia total de espermatozoides, por ejemplo.

2006: 115). Dicho cambio no sólo respondió a razones de mayor precisión, puesto que permitía designar específicamente a aquellas encaminadas a favorecer la procreación, sino que también permitió destacar -con el término “asistida”- la connotación de apoyo, de servicio. En la misma línea se puede observar una cierta tendencia de cambio en los nombres de los centros y en los eslóganes de presentación destinado a eludir connotaciones negativas y a destacar la apuesta que afrontan en positivo. Por ejemplo, aunque uno de los centros pioneros y de mayor expansión en España y fuera de ella es el Instituto Valenciano de Infertilidad - que mantiene su nombre probablemente porque ha consolidado una fuerte imagen de marca- la mayoría se presentan como clínicas o servicios de fertilidad, utilizando eslóganes del tipo:

“Clínica de fertilidad. Al servicio de la vida” (La Cigüeña <http://www.laciguenia.com/>) [última consulta, 2/04/2010] “Más de 15 años haciendo realidad el sueño de personas como tú” (GINEFIV <http://www.ginefiv.com/>) [última consulta, 2/04/2010]. “Juntos podemos hacer realidad tu sueño” (EUGIN <http://www.eugin.net/>) [última consulta, 2/04/2010].

¹¹³ Las definiciones que se van a exponer en primer lugar están extraídas de los apuntes elaborados por el Dr. José Vte Torres Gallach, profesor titular de ginecología y obstetricia de la Universitat de València, para el curso 2009-2010. www.uv.es/jvtorres/Tema15.pdf [última consulta, 2/04/2010].

La infertilidad se define de modo más impreciso, puesto que se expresa como ausencia de capacidad de conseguir un nacido vivo y, aunque el propio autor reconoce su uso indistinto con el concepto de esterilidad, introduce el matiz de dar cabida a los casos en que la concepción llega a producirse pero el embarazo no llega a término. En realidad su estimación se efectúa sobre la base de la ausencia de nacimiento, es decir, por el hecho de que se intenta y no se llega a conseguir. La frontera con la subfertilidad es borrosa, de grado, y mide la distancia entre ausencia de capacidad y capacidad disminuida.

A partir de ahí emerge casi necesariamente la definición clínica de esterilidad, puesto que si se habla de una capacidad disminuida, la pregunta es: disminuida ¿respecto a qué? La respuesta obvia remite a una comparación con lo que podría considerarse normal o esperable y esta normalidad se mide a partir estimaciones estadísticas de lo que se supone que le sucede a la población joven y sana. El resultado acaba traducándose en el establecimiento de un límite temporal.

Con este recorrido hemos entrado en un territorio en el que la imprecisión y la ambigüedad son máximas, puesto que entran en juego multitud de factores difíciles de controlar. De hecho, el plazo establecido ha variado en el tiempo y aún en la actualidad existen organismos médicos que lo definen de modo distinto (Athéa, 1990:65; McNeil, 2007: 92).

Con anterioridad a los década de 1990 podían encontrarse fuentes en las que se hablara de cinco años, posteriormente se estableció en dos y desde mitad de la década de los 90 se sitúa, en la mayoría de las referencias, como máximo, en un año. Aunque no menciona la fecha de establecimiento de la definición, Asunción Cambrón menciona en 2001 que tanto el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia como la Organización Mundial de la Salud adoptan la definición de la infertilidad “como el resultado de dos años de exposición al riesgo de embarazo sin concebir”¹¹⁴ (Cambrón, 2001: 168).

Según las fuentes consultadas recientemente para la realización de este trabajo¹¹⁵ el resultado ha sido que se ha impuesto en la mayoría de los casos el plazo de un año, aunque las controversias persisten. Así pues, puede considerarse que las definiciones de esterilidad e infertilidad son convencionales y por lo tanto no están exentas e una cierta arbitrariedad (Cambrón, 2001: 169). En la actualidad la OMS adopta el plazo de un año para la definición clínica de la infertilidad, tal y como se recoge en el documento “Revised Glossary on ART Terminology” (Zegers-Hochschild et al, 2009).

¹¹⁴ Según Maureen McNeil, en Gran Bretaña la Human Fertilisation and Embryology Authority aconseja a las parejas buscar atención médica si no han concebido tras dos años de relaciones sexuales sin protección. Comenta asimismo que según Susan Faludi, en los Estados Unidos desde principios de 1990 se etiqueta como estériles a las personas que no conciben tras un año de relaciones (2007: 92)

¹¹⁵ Entre otras: The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19801627?dopt=AbstractPlus>; <http://emedicine.medscape.com/article/274143-overview>; American Fertility <http://www.americanfertility.com/faqs/4.php> [última consulta, 04/04/2010]

Conviene destacar que el hecho de no haber concebido al cabo de un año no significa que exista necesariamente una patología que lo impida. No puede menospreciarse tampoco la ambigüedad que se deriva de la referencia a las relaciones sexuales ‘normales’, ‘frecuentes’ o a la ‘exposición al riesgo de embarazo’. Los significados que la población atribuya a tales términos y expresiones pueden ser variables y estarán relacionados con lo que perciban como tales. Tal y como se mencionaba en el capítulo 4, las prácticas sociales de los últimos años han propiciado que las personas tengan más información acerca de cómo protegerse del embarazo que sobre cómo lograrlo. La imagen de que conseguir naturalmente una concepción -aún cuando no existan problemas orgánicos que lo impidan- es relativamente difícil se está acrecentando pero choca con la imagen prevalente del embarazo como riesgo derivada del discurso sobre la prevención el embarazo no deseado. Para tener mayores posibilidades de lograrlo es imprescindible que las relaciones sexuales se produzcan en los momentos de máxima fecundabilidad y esto no se colige necesariamente de la expresión ‘relaciones sexuales frecuentes’, que puede ser interpretada de modo variable¹¹⁶.

En la práctica clínica los centros de reproducción asistida utilizan otras definiciones que matizan y complementan las anteriores. Habitualmente se distingue entre *esterilidad primaria*, cuando nunca se ha logrado un embarazo y *esterilidad secundaria*, cuando habiéndose logrado éste no ha llegado a término. También se introduce la distinción entre *infertilidad primaria*, cuya definición sería prácticamente idéntica a la de esterilidad secundaria, ya que se refiere a aquella pareja que nunca ha conseguido finalizar un embarazo con un recién nacido vivo; e *infertilidad secundaria*, cuando habiendo tenido previamente al menos un embarazo y un parto normal -es decir un nacimiento- no se consigue llevar a término otro posterior -bien porque no se llegue a concebir, bien porque no llegue a término con un nacimiento vivo. Todo ello dentro del marco temporal que, en términos generales, se establece en un año. Así pues, el hecho de haber tenido ya algún hijo no sirve -más que relativamente- como prueba de fertilidad. Los problemas reproductores pueden acechar también a estas personas y, sobre todo, sus temores a padecerlos.

De la identificación de las causas orgánicas que remiten a una patología, se ha producido un desplazamiento hacia un eje temporal, cuyo plazo no deja de acortarse. Tal y como se explicará a continuación -en el epígrafe “causas de la infertilidad”- este plazo de un año se plantea en términos generales. Cuando entra en consideración el factor edad,

¹¹⁶ En las entrevistas realizadas tanto en la primera etapa de mi investigación como en la segunda abundan los testimonios que permiten introducir estas consideraciones acerca de esta ambigüedad. Aunque la exposición sistemática se realiza en el apartado de análisis, considero interesante mencionarlas aquí -a título ilustrativo- para desarrollar la argumentación. Por ejemplo, la de mujeres que dicen que “empezamos a probar pero sin mucha insistencia, o no muy en serio”, también casos en los que se reconoce que por motivos laborales las posibilidades de mantener relaciones sexuales se limitaban a ciertos días de la semana o del mes. Incluso el de una mujer que comentaba el caso de una amiga que reconoció -tras ser informada durante los tratamientos- que precisamente ella evitaba las relaciones sexuales justamente durante los días -que ahora reconocía como- de la ovulación puesto que las alteraciones que experimentaba en su cuerpo las hacían desagradables. Más allá de lo anecdótico, muestran que este tipo de reflexión debe ser tenida en cuenta.

este periodo se reduce, llegando incluso a desaparecer. Los efectos que esto comporta a la hora de establecer las bases sobre las que las personas usuarias deciden que necesitan asistencia médica son indudables. “Se confunde la incapacidad para concebir con la dificultad de hacerlo con cierta rapidez”. De este modo, “se está etiquetando de infértiles a personas que no los son y se les presiona a someterse a tratamiento cuando bastaría con que esperaran algo más de tiempo” (Birke et al, 1992:66; Laborie, 1992b: 33).

Esta dinámica se relaciona asimismo con las estimaciones de las cifras de prevalencia de la infertilidad y de las dificultades para tener hijos/as. Su incidencia en la generación de una demanda que no deja de aumentar puede considerarse incuestionable. “Por eso es fácil argumentar que la esterilidad está en aumento y ello responde a un interés médico” (Birke et al, 1992: 67).

5.2.2. Las causas de la esterilidad y su papel en las TRA

Tal y como se comentaba un poco más arriba, las TRA no están configuradas para incidir en las posibles causas de la infertilidad¹¹⁷. Van directamente a intentar resolver el problema que pueda suponer la no consecución de la descendencia deseada. Por otro lado, la definición clínica de la esterilidad y la infertilidad -en sus variantes-, evaluada de acuerdo con parámetros estadísticos y localizada en un plazo temporal, también relega a un lugar relativamente secundario las posibles causas del problema de reproducción.

A pesar de esto, la reflexión sobre las causas resulta interesante, puesto que nos va a permitir adentrarnos en el complejo entramado de problemas orgánicos, psicológicos, culturales y sociales que están en la base de las TRA, de su justificación, del aumento de su oferta y también de su demanda. Permite, además, iniciar una evaluación del tipo de solución que suponen, de sus ventajas e inconvenientes en relación con otras vías y del modo en que unas y otras interactúan.

Atendiendo a los textos médicos y también a su divulgación cuando se informa a la población de los problemas reproductores existentes y de lo que ofrecen las TRA, nos encontramos con que siempre se alude a las causas que los generan, y entre ellas predominan las que se identifican como causas orgánicas. Como ya se ha explicado, para la medicina la infertilidad es una patología que se define como fisiológica en sus orígenes, como una disfunción más o menos grave. Sólo de este modo podrá ser plenamente coherente con los modos de actuar de la medicina, al tiempo que -al hacerlo así- se erigen en los agentes resolutivos privilegiados, si no únicos del problema (Juan Pérez, 1991; Steinberg, 1990).

¹¹⁷ Siguiendo un criterio de economía en el uso del lenguaje, en adelante se utilizarán de modo indistinto los términos esterilidad e infertilidad. Sólo cuando se considere relevante en la exposición se hará notar el uso específico de alguno de los términos o de sus variantes anteriormente descritas.

En el lenguaje médico se habla de factor femenino, cuando la disfunción se localiza en el cuerpo de la mujer; de factor masculino, cuando es en el del varón; de causas mixtas, cuando se localizan en ambos; y de causas indeterminadas, cuando en la historia clínica y con el uso de la tecnología diagnóstica disponible no se pueden identificar los factores causales, en lenguaje coloquial, cuando todo ‘parece’ estar bien. En este último caso lo que se suele dar a entender es que la causa orgánica existe aunque no se haya podido detectar¹¹⁸.

Uno de los avances que han favorecido las TRA es el de modificar la tradicional atribución de la causa de la esterilidad a la mujer. A pesar de que en sus inicios el peso de esta tradición se podía hacer notar y de que sus secuelas todavía persisten en cierto modo, la práctica ha llevado a reconocer la fuerte incidencia del factor masculino. También el lenguaje de la casuística ha sustituido al de la culpa, desplazando así -o por lo menos reconfigurando- fantasmas ancestrales.

La información sobre la prevalencia de las causas de la esterilidad se refleja en estimaciones estadísticas -a partir de la información recabada a través de la propia práctica clínica- y se elabora globalmente con los datos aportados por los distintos centros. Aunque las estimaciones varían, la tendencia es a atribuir casi por igual a varones y mujeres las posibles causas de la infertilidad. A título de ejemplo se puede mencionar la información ofrecida por la American Society for Reproductive Medicine en 2007. En ella se menciona que un tercio corresponde primariamente a la mujer, otro tercio al varón y el resto se debe a factores mixtos o inexplicados, señalándose que estos últimos constituyen el 20%.

Las causas concretas que se aducen son múltiples y tan sólo unas pocas se consideran absolutas, es decir, que hacen imposible la concepción sin intervención médica. El resto se consideran factores de subfertilidad. El listado es extenso y no se considera necesario mencionarlas exhaustivamente en este trabajo. Por lo general se agrupan en grandes categorías. En las mujeres: vinculadas a la función ovárica, tuboperitoneales y endometriosis, uterinas y cervicales. En los varones: alteraciones que afectan a la cantidad o a la calidad de los espermatozoides, ya sean genéticas o funcionales.

¹¹⁸ Por ejemplo, en la página web española del Center for Human Reproduction se dice literalmente: “Cuando un médico dice que una paciente tiene infertilidad inexplicable, significa simplemente que el doctor no pudo determinar la causa de la infertilidad de la pareja. Esto se puede deber a que los estudios realizados para detectar la causa sencillamente no fueron suficientes. Nuestra experiencia en infertilidad inexplicable, sugiere que la mayoría son casos no diagnosticados de infertilidad causada por endometriosis o factores inmunológicos. En la mayoría de los casos, con estudios apropiados y exhaustivos, podemos determinar la causa precisa de la infertilidad de la pareja, sin recurrir al vago concepto de “infertilidad inexplicable”. Por medio de la determinación de la causa precisa de la infertilidad, podemos brindar tratamientos específicos, cuyo resultado son bebés para llevarse a casa”.

http://www.centerforhumanreprod.com/infertilidad_304.html [Última consulta: 03/03/2010]

En la página web del IVI directamente no se alude a esta posibilidad. Se vincula el 40% a la mujer, el 40% al varón y el 20% a ambos. <http://www.ivi.es/pacientes/faq-preguntas-pacientes.aspx#>. [Última consulta: 03/03/2010].

Resulta interesante destacar que gran parte de las causas identificadas están propiciadas por enfermedades y/o intervenciones médicas o quirúrgicas anteriores, por factores ambientales y por factores sociales y culturales asociados al estilo de vida. En el caso de las mujeres, por ejemplo, las infecciones derivadas de haber padecido enfermedades de transmisión sexual; las cirugías pélvicas y los abortos o partos anteriores, pueden provocar problemas de bloqueo de las trompas, adherencias y endometriosis. Se suele citar, asimismo, el llamativo caso de la utilización -en el periodo comprendido entre los años 50 y principios de los años 70 del pasado siglo- del estrógeno sintético dietilstilbestrol para prevenir el aborto. Se ha constatado una prevalencia elevada de cáncer vaginal y de esterilidad, en las hijas de las mujeres que lo tomaron. Nicole Athéa lo presenta como un ejemplo de yatrogenia, que muestra, con su cara más sombría, la paradoja de que un tratamiento para combatir una pseudoesterilidad produjo una verdadera esterilidad, y ésta será, probablemente, canalizada hacia el uso de TRA. Advirtiendo de la necesidad de evaluar los riesgos que las técnicas comportan, apunta que “reparar a cualquier precio puede ser un precio suplementario a pagar por las víctimas de la yatrogenia” (Athéa, 1990: 59).

Los propios tratamientos contra la esterilidad pueden favorecerla. Es el caso de las estimulaciones ováricas repetidas que pueden generar endometriosis. Los síndromes de hiperestimulación pueden propiciar lesiones ováricas que pueden derivar en distrofias ováricas y en lesiones tubáricas. La historia presenta muchos casos en los que la práctica médica comporta riesgos. Precisamente porque se trata de una práctica compleja y difícil, es imprescindible que se haga una correcta evaluación de los riesgos que comportan los nuevos tratamientos que se llevan a cabo, sin dejarse deslumbrar por la fascinación que puedan suscitar (Athéa, 1990: 61).

En el caso de los varones, se alude a la incidencia de factores ambientales, además de a causas genéticas y a otras alteraciones, como la exposición a tóxicos, la contaminación hormonal, y a lesiones vinculadas al tipo de trabajo, a la ropa ajustada, al excesivo consumo de tabaco y alcohol, etc.

Las consideraciones precedentes enfatizan la complejidad de la casuística que puede interferir en la consecución y desarrollo de un embarazo. Pero existe un factor que ha cobrado cada vez mayor relevancia y que no responde a una disfunción orgánica ni remite a un estado patológico. Se trata de la edad, sobre todo, de la edad de la mujer. En la construcción de la edad como factor de riesgo de sufrir infertilidad confluyen, entrelazados, un cúmulo de argumentos, motivos y razones de carácter heterogéneo: biológicos, médicos, sociales y culturales.

5.2.3. La edad como factor de riesgo. Del organismo a la sociedad. De la prevención al combate contra el tiempo

El aumento de la edad a la maternidad ha sido considerado tradicionalmente por la demografía como una de las causas -voluntarias e involuntarias- del descenso de la fecundidad. El inicio ‘tardío’ de la actividad reproductora conlleva un acortamiento del periodo genésico que aumenta de la probabilidad de tener menor número de hijos/as al finalizar el mismo. Pero su traducción en un aumento de la infertilidad, es decir, de merma de la capacidad biológica, no se infiere automáticamente. Desde el discurso médico sí. En términos globales se constata que la fertilidad disminuye con la edad y existen argumentos biomédicos que lo avalan, vinculados, fundamentalmente, a la disminución de la reserva ovárica y a la peor calidad de los óvulos disponibles. A partir de estimaciones estadísticas, desde la medicina se establece una tipología que describe la edad idónea para la reproducción, entre los veinte y los treinta años. A partir de esta edad y sobre todo a partir de los 35 la fertilidad decae abruptamente.

Aún sin poner en duda la veracidad de este argumento, resulta conveniente tener en cuenta las implicaciones que puede conllevar la utilización indiscriminada de la edad como factor de riesgo de padecer esterilidad. Como señala Andreu Segura, “El conocimiento que proporcionan los estudios epidemiológicos sobre los determinantes y los factores de riesgo se refiere a poblaciones y no a personas y la lógica de la población no es aplicable directamente a los pacientes individualmente considerados”. La estimación del riesgo de presentar una determinada enfermedad desde la condición de estar expuesto a un factor de riesgo determinado “acostumbra a calcularse a partir de la aceptación frecuencial de la probabilidad, de forma que lo que hacemos es estimar las medias poblacionales [...] y la media no es el mensaje” (Segura Benedicto, 2008: 13-14).

Este autor cita la definición de lo que es un factor de riesgo proporcionada por el diccionario de epidemiología:

“un aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, una exposición ambiental o una característica congénita o heredada que, sobre la base del conocimiento científico, se sabe asociada a condiciones relevantes de la salud; un atributo o exposición asociada a una probabilidad más elevada de presentar un efecto específico como la incidencia de una enfermedad. No es necesariamente un factor causal [...] Las ambigüedades conceptuales, la incertidumbre inherente y los distintos significados que se le dan según las diferentes culturas, incluso en una misma sociedad, deben tenerse muy en cuenta con objeto de evitar la medicalización de la vida y la yatrogenia.” (Segura, 2008:16)

Afirma que actuar de igual modo ante las enfermedades y ante los factores de riesgo como si la diferencia sólo fuera de grado, constituye un grave error, sobre todo cuando se

sabe que la acción médica no será inocua en los términos anteriormente descritos, es decir, excesiva medicalización y yatrogenia.

“Si frente a una limitación real está justificada una intervención más radical y potencialmente peligrosa, cuando lo que estamos tratando es una mera probabilidad de presentación, por muy elevada que sea, mucha precaución es poca” (Segura, 2008:16).

Desde estas reflexiones, la evaluación de lo que supone considerar la edad a la maternidad como un factor de riesgo de padecer esterilidad, y cómo desde ahí se actúa a la hora de recomendar el uso de TRA, se convierte en una cuestión interesante. La referencia a la edad de la mujer y su importancia a la hora de orientar tanto los tratamientos aconsejables¹¹⁹ como de definir el riesgo de padecer esterilidad, es una constante en la información médica que proporcionan los centros de reproducción asistida. Uno de los aspectos que se ve afectado de modo central es el plazo temporal durante el que se ha intentado el embarazo sin conseguirlo y, por lo tanto, el tiempo de espera aconsejado para valorar que existe un problema y tomar la decisión de acudir a los servicios médicos. Tal y como se ha señalado anteriormente, si en el momento actual se considera establecida la infertilidad cuando no se concibe tras un año de relaciones sexuales habituales sin protección, este plazo se reduce considerablemente, en las recomendaciones médicas, a medida que aumenta la edad de la mujer. En la mayoría de los centros se establece un plazo de seis meses cuando la mujer supera los 35 años¹²⁰, aunque no son infrecuentes los casos en los que se aconseja la consulta médica inmediata.

Teniendo en cuenta que la fundamentación de la definición del plazo temporal de un año reside en la tasa de fecundabilidad normal -estimada para mujeres jóvenes y sanas- su reducción o eliminación en las mujeres a partir de los 35 años no deja de constituir, en cierto modo, una paradoja. En esa edad las mujeres no son necesariamente infértiles y de hecho muchas mujeres han tenido y tienen hijos/as tras haber superado esa frontera temporal. Lo que ocurre es que probablemente su fertilidad disminuye. Pero, si efectivamente la fertilidad de la mujer se reduce, aunque no se llegue a anular con la edad, el plazo temporal en el que se situaría la probabilidad real de quedar embarazada debería aumentar. El problema es que alargar este plazo supone un incremento en la edad de la mujer y por lo tanto en sus dificultades reproductoras.

¹¹⁹ Tal y como puede observarse en el anexo II en el que se describen las técnicas y los procedimientos, existe un tendencia a recomendar el uso directo de la fecundación in vitro a las mujeres a partir de cierta edad, también la utilización de óvulos de donante o, en el caso de querer utilizar sus propios óvulos, se recomienda la utilización del diagnóstico genético preimplantacional a las mujeres mayores de 37 años.

¹²⁰ Puede tomarse como ejemplo la definición de esterilidad que se ofrece en la página web del Instituto Dexeus. http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=48 [última consulta, 11/11/09].

Aunque construido sobre bases científicas, el mensaje que llega a las parejas y a las mujeres es inquietante, ya que dibuja un panorama preocupante y contradictorio del que difícilmente podrán desentenderse. El círculo se cierra de este modo construyendo la imagen de la búsqueda de la maternidad ciertamente como una batalla contra el tiempo. Si tenemos en cuenta, además, que los índices de éxito de los tratamientos decaen a medida que aumenta la edad de la mujer, la representación del tiempo como enemigo cobra todavía mayor fuerza. La búsqueda de la eficacia técnica se convierte en el motor de esta aceleración, y la complicidad de las mujeres se ve favorecida por el marco representacional en el que se inscribe la demanda.

A medida que se ha ido normalizando la presencia social de las TRA, las indicaciones se han multiplicado y la edad se destaca, cada vez, más como factor principal para explicar no tanto o no sólo el aumento de la infertilidad, sino el incremento de la demanda de tratamientos y el cambio en los perfiles de las personas que acuden a los centros de reproducción asistida. A título de ejemplo -puesto que no se dispone de datos globales de demanda por edad¹²¹- se pueden citar las declaraciones -emitidas en octubre de 2006- de Gorka Barrenetxea, responsable de la Unidad de Reproducción Asistida de la Clínica Quirón Bilbao, en las que afirma el cambio de perfil de las mujeres y de las parejas que acuden a los centros especializados. El cambio más significativo que señala es el incremento de la edad media de las mujeres. Lo presenta como una tendencia constante en el primer lustro del siglo XXI y el dato que lo ilustra es el de que la proporción de mujeres mayores de 35 años fue en 2005 del 47,8% de todas las demandantes de tratamiento¹²².

Si la edad ha cobrado tal protagonismo, las preguntas ineludibles no remiten a cuestiones médicas sino a factores sociales. ¿Hasta qué punto ha sido significativo el retraso en la edad a la que las mujeres se plantean tener hijos/as? Si lo es ¿por qué motivo se produce tal desplazamiento temporal? Y, por último, ¿justifica esta tendencia el espectacular aumento del número de tratamientos?

Nos encontramos pues con que el paso del tiempo ha situado en un primer plano de relevancia las reflexiones críticas que ya se plantearon desde el feminismo -en particular desde la sociología- a finales de la década de los años ochenta y principios de los noventa del pasado siglo¹²³. Gran parte de los problemas reproductores que las TRA se plantean

¹²¹ En el capítulo 6 se presentan los datos de edad de las usuarias que publica la Sociedad Española de Fertilidad en sus registros anuales. Aunque no se conocen los datos absolutos reales, puesto que el registro se elabora a partir de los datos presentados por los centros que deciden colaborar, sí que, en términos relativos, suponen una buena aproximación a la estructura por edad de las pacientes.

¹²² Este dato se extrae de una investigación realizada por la citada clínica titulada "Perfil de la paciente que acude a un centro privado de reproducción asistida" y que fue galardonado en el XXVI Congreso Nacional de la Sociedad española de Fertilidad en el año 2006. En ella se reconoce que "tanto el perfil de los usuarios de técnicas de reproducción asistida como las indicaciones se han modificado en función de la disponibilidad de nuevos procedimientos y de la evolución de la propia sociedad"

<http://www.quiron.es/revista/noticias/index.php?MTQ%3D&ZXN%3D&NDg%3D> [última consulta, 28/12/09]

¹²³ Entre otras: Athéa. 1990; Berryman. 1991; Juan Pérez. 1991; Laborie. 1992; McNeil et al, 1990; Roberts. 1997.

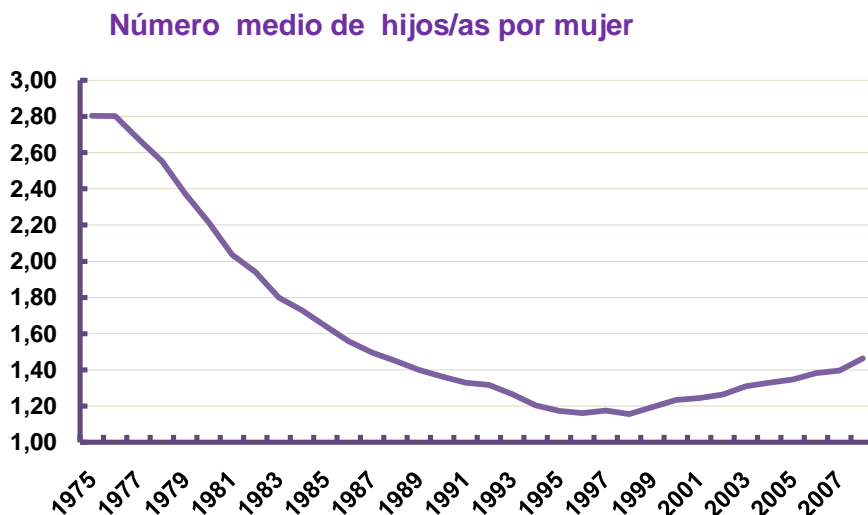
afrontar y resolver, son -en su base- conflictos sociales que podrían y deberían ser abordados principalmente de otro modo. Con las TRA se está efectuando un auténtico proceso de medicalización que comporta, además, la relegación de vías colectivas para incidir en los problemas y que deberían ser consideradas, al menos, como complementarias.

5.3. EL RETRASO EN LA EDAD DE LA MATERNIDAD

5.3.1. Aproximación demográfica

En España, el aumento de la edad a la que se tienen los/las hijos/as es una tendencia constatada por los estudios demográficos. Constituye uno de los principales factores explicativos -en términos demográficos- de la abrupta caída de la fecundidad experimentada desde 1975 y que alcanza su momento álgido hacia la mitad de la década de los años 1990. El cambio experimentado en los patrones del comportamiento reproductor de la población española ha llevado a hablar de la emergencia de un nuevo modelo de fecundidad. Este nuevo patrón se caracterizaría -en palabras de Delgado, López y Barrios- “por un envejecimiento de la fecundidad, entendiéndolo por ello no un simple retraso coyuntural de la maternidad, sino un desplazamiento –conscientemente decidido- de la llegada de los hijos a edades cada vez más elevadas” (Delgado et al, 2006: 200). El descenso de la fecundidad ha situado a España, desde los primeros años de 1980 en unas pautas reproductoras por debajo del considerado como el nivel de reemplazo generacional -2,1 hijos/mujer-.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia a partir de: I.N.E. Indicadores Demográficos Básicos. Natalidad y Fecundidad.

La caída es máxima en 1996, año en que se sitúa el indicador en 1,16 y se recupera a partir de 1999 -1,23- hasta llegar en 2008 a una cifra de 1,46. Uno de los factores demográficos más relevantes ha sido el retraso general en la edad de la maternidad y, sobre todo, en la edad del nacimiento del primer hijo/a.

Tabla 1

Edad media a la maternidad										
Unidades: Años										
Año	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
España	28,8	28,2	28,45	28,86	29,96	30,72	30,9	30,89	30,83	30,83

Fuente: I.N.E. Indicadores Demográficos Básicos. Natalidad y Fecundidad

El indicador presentado en la tabla 1 refleja la edad promedio de las madres de los/as nacidos/as en cada año de referencia, sin tener en cuenta el orden del nacimiento, es decir si la madre ya tenía previamente alguno o si éste ha sido el primero. La tendencia alcista de la edad es indudable y el incremento en dos años durante el periodo comprendido entre 1980 y 2000 preocupó a algunos demógrafos que destacaron la rapidez con la que se estaba produciendo (Ortega y Kohler, 2001: 96). Como puede observarse, a partir del año

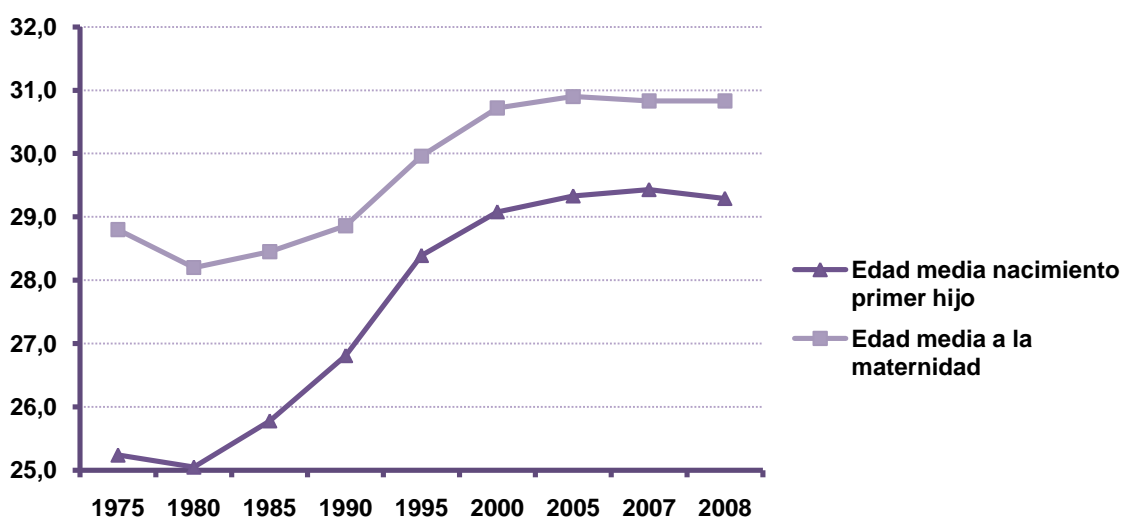
2000 los datos se estabilizan en una cifra cercana a los 31 años. Desde el punto de vista de los objetivos del presente trabajo se podría afirmar que, aún teniendo en cuenta que se trata de un indicador global -a partir del cual no pueden observarse las diferencias entre distintas mujeres- la magnitud del incremento de la edad no permite, en principio, deducir automáticamente que el retraso comporte un aumento muy significativo y generalizado de los problemas reproductores -médicos- vinculados a la edad. Aunque la fertilidad desciende con la edad, un aumento en dos años de promedio sigue situando la tendencia central en torno a los 30 años. Ahora bien, si estos datos se comparan con los de la edad a la que tenían las mujeres que tuvieron su primer hijo en los años de referencia, el panorama varía sensiblemente.

Tabla 2

Edad media al nacimiento del primer hijo									
Unidades: Años									
Año	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	2008
Edad	25,24	25,05	25,78	26,81	28,39	29,08	29,33	29,43	29,29

Fuente: I.N.E. Indicadores Demográficos Básicos. Natalidad y Fecundidad

Gráfico 2



Así como las mujeres que tuvieron su primer hijo en 1975 rozaban de promedio los 25 años, en 1995 el incremento de la edad se pronuncia y en 2000 la diferencia con respecto a los años 1975 y 1980 es de 4 años. Este indicador refleja mejor -a pesar de que sigue

siendo impreciso- los previsibles cambios sociales que están en la base del aumento de la edad a la que las mujeres se plantean iniciar la maternidad. El aumento del periodo de escolarización y la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, las dificultades para acceder a la vivienda y el retraso en la edad de emancipación de las personas jóvenes, acompañan previsiblemente esta transformación.

Para establecer en qué medida el retraso en el calendario reproductor acaba generando una disminución efectiva de la fecundidad global poblacional, los estudios demográficos analizan cómo afecta el retraso en la edad a los distintos órdenes de nacimiento. El objetivo es averiguar si el hecho de que se comience más tarde a tener hijos/as supone tan sólo un desplazamiento de calendario -sería el caso de que se acabaran teniendo los mismos hijos/as sólo que más tarde- o realmente supone una reducción del número final de hijos/as.

Las conclusiones a las que llegan diferentes trabajos es que el mayor retraso en la edad reproductora se ha producido con relación al primer hijo/a. La edad media en los otros órdenes se ha visto menos afectada con el paso de los años, pero lo que sí que ha bajado es su intensidad. Es decir, se tienen menos segundos, terceros y sobre todo cuartos hijos (Ortega y Kohler, 2001: 114-115; Valero, 1997:34). Una de las causas principales de este descenso se debe precisamente a la edad más tardía a la que se tiene el primero. Este retraso afecta sobre todo al cuarto o posterior, hasta el punto en que supone la práctica desaparición de los hijos que ocupan este lugar en la descendencia. El impacto en el tercero es algo menor aunque significativo, y es mucho más ligero en el segundo. En términos más comprensibles ello significa que no ha habido una disminución notable en la intensidad de la fecundidad en lo que se refiere al nacimiento del primer hijo/a, pero el hecho de que éste se produzca más tarde sí que afecta a la disminución de nacimientos de los segundos y sobre todo de los terceros y cuartos hijos.

Para Delgado, Zamora y Barrios, los cambios se han producido de modo desigual en el periodo comprendido entre 1975 y 2003.

“[Existen] dos etapas claramente diferenciadas; una primera entre 1975 y 1995 en la que todas las tasas de fecundidad -cualquiera que sea el orden de nacimiento que se considere- declinaron acusadamente, y una segunda a partir de esa fecha. En esta segunda etapa se puede observar que la tasa de fecundidad del primer rango [nacimiento del primer hijo] experimentó una apreciable recuperación, sostenida hasta el presente, mientras que en la tasa de rango 2 apenas puede hablarse de recuperación. Por lo que respecta a las tasas de fecundidad de orden superior a dos, han seguido disminuyendo continuamente, hasta llegar en el presente [2003] a una estabilización en valores extremadamente bajos”. [Puede decirse que] “la recuperación experimentada por el índice sintético de fecundidad [estimación del número medio de hijos por mujer] a partir de 1995 es imputable, casi exclusivamente, al repunte de la tasa de rango 1” (Delgado et al, 2006: 206-207).

Así pues, en términos demográficos, el “nuevo modelo de fecundidad” se caracteriza por una “fecundidad menor y más tardía”. Los/as autores/as advierten que la demografía no debe caer en el error de utilizar los términos retraso o posposición de la maternidad puesto que -aunque desde la perspectiva del comportamiento individual tenga sentido- connota la idea de que “simplemente se están teniendo los hijos más tarde, pero sin la intención de disminuir la intensidad de la fecundidad”. Pero de hecho, el aplazamiento comporta una disminución de la probabilidad de tener más de un hijo/a, no sólo por el menor tiempo disponible, sino también porque la capacidad reproductora -fertilidad- de las parejas disminuye progresivamente con la edad (Delgado et al, 2006: 200-201).

Los datos anteriormente comentados permiten afirmar que las pautas de fecundidad reflejan cambios importantes en el comportamiento social en materia de reproducción desde 1975 hasta la actualidad y señalan asimismo que el aumento de la edad a la que se tienen los/las hijos/as puede favorecer la aparición de problemas de fertilidad. Ahora bien, habría que plantearse hasta qué punto el número final de hijos que se llegan a tener se aleja de las expectativas que se pudieran haber albergado y suponga un problema estrictamente vinculado a motivos fisiológicos. De todos modos, parece que la esterilidad absoluta tiene una incidencia relativamente baja en términos globales. A pesar de la reducción de la fecundidad, son relativamente pocas las mujeres que finalizan su edad reproductora sin llegar a tener algún hijo.

En el trabajo publicado por Francisco Pérez Muñoz se presenta una estimación a partir de los datos de los Censos de Población. En 1970, la proporción de parejas infecundas que tenían entre 45 y 49 años era del 9,9%; en 1981 la cifra desciende hasta el 5,3% para el mismo grupo de edad, y en 1991 se sitúa en el 5,6%. La forma en la que se suministran los datos en estas fechas los circunscribe exclusivamente a mujeres no solteras (Pérez Muñoz, 1995: 42). Este hecho permite aventurar que estas cifras reflejan la infecundidad definitiva y que ésta es, en la mayor parte de los casos, involuntaria, aunque esta última afirmación es inconstatable. En la información proporcionada por el último censo de población disponible, el de 2001, los datos eran los siguientes:

Tabla 3

Nº de hijos de la mujer generadora del núcleo %	TOTAL	0 hijos/as	1 hijo/a	2 hijos/as	3 hijos/as	4 y más
Edad de la mujer						
35-39 años	100	9,87	29,40	48,83	9,78	2,11
40-44 años	100	7,00	25,28	50,74	13,64	3,35
45-49 años	100	8,21	25,95	45,77	15,74	4,32
50-54 años	100	13,92	31,15	36,60	14,01	4,32

Fuente: I.N.E. Censo de Población, 2001 y elaboración propia

Estas cifras recogen una información distinta a la que proporcionaban las presentadas anteriormente -al hablar de la caída de la fecundidad y del aumento en la edad reproductora- puesto que recogen la trayectoria reproductiva de las cohortes de mujeres representadas en la tabla. Con la única excepción de las mujeres entre 50 y 55 años, el resto tienen, en más del 90% de los casos, al menos un hijo. Conviene precisar que a diferencia de los censos anteriores, en el de 2001 la información no se limita a mujeres no solteras, lo que puede conllevar un aumento de la proporción de infecundidad y en ella de la infecundidad voluntaria. Por esta razón, en los datos censales, y sobre todo en los del censo de 2001, resultaría infundado pensar que todas las mujeres que no tienen hijos es por impedimento biológico. Razones como la voluntad de no tenerlos, la priorización de otros aspectos de su vida, la circunstancia de no haber encontrado la pareja adecuada, etc. deben ser tenidas muy en cuenta.

En cualquier caso, comprender las tendencias descritas requiere ir más allá de los factores estrictamente demográficos y abordar el análisis sociológico de las causas de la disminución de la fecundidad y del retraso en la edad a la que se afronta -en los casos en los que así ocurra- la maternidad.

5.3.2. Tendencias sociales y aumento de la demanda de TRA

Las referencias a las tendencias de cambio social como causa propiciatoria del aumento de la esterilidad y de los problemas reproductores aparecen en el discurso médico desde la década de los años ochenta y han ido afianzándose con el paso del tiempo, cobrando un protagonismo cada vez más destacado. Dichas tendencias se traducen, resumidamente y de modo relacional, en considerar que las personas, y en particular las mujeres, planifican y toman decisiones sobre su curso vital que las aleja del modelo tradicional de vida femenina orientado fundamentalmente hacia el matrimonio y la maternidad. La importancia y dedicación concedida a los estudios, la presencia en el mercado laboral y, en definitiva, la adopción de estilos de vida acordes con los tiempos que corren, dan como resultado que las parejas y las mujeres se planteen de un modo más deliberado y consciente que antaño su decisión de tener hijos/as. Esto conlleva, en gran número de casos, el retraso en la edad de la maternidad, así como la voluntad de, una vez tomada la iniciativa, realizarla en el menor plazo de tiempo posible. Se configura de este modo una situación conflictiva, puesto que cuanto más retrasen las mujeres la maternidad, sus posibilidades de ser madres y de serlo además en poco tiempo decaen, puesto que la fertilidad disminuye con la edad.

En principio esta situación ‘propicia’ el crecimiento del campo de aplicación de las TRA, ya que la demanda se prevé cada vez mayor en la medida en que esta tendencia se generalice. No obstante, conviene adoptar una mirada que no simplifique en exceso la consideración de que se esto favorece los intereses médicos. Uno de los datos que deben ser tenidos en cuenta es el de que la eficacia de las TRA también decae con el aumento de

la edad -sobre todo de la mujer- y ello dibuja un panorama complejo, ambivalente y conflictivo en la actuación de los/as profesionales que administran las TRA. Autores/as como, por ejemplo, Belaish-Allart, Devaux, Payel y Mouzon describen este carácter cuando en la práctica clínica los/las profesionales se “enfrentan a mujeres ‘jóvenes en la vida [pero] añosas para la reproducción’. A menudo las pacientes -y a veces sus médicos- piensan que la Reproducción Asistida va a compensar el declive natural de la fertilidad femenina vinculado a la edad” (Belaisch-Allart et al, 2004: 230). Y esto no es así. En su artículo analizan los datos procedentes del registro FIVNAT en Francia y llegan a las siguientes conclusiones: la edad promedio de las mujeres sometidas a FIV y a ICSI va en aumento; las tasas de éxito declinan con la edad; y va en aumento la infertilidad por causa desconocida, sobre todo en las mujeres mayores de 40 años. En este último caso la indicación por causa inexplicada deviene en 2002 la primera en el rango de indicaciones. La única causa identificable, concluyen, es la edad (231).

Cada vez más emergen voces dentro de la medicina que reconocen que la causa originaria de muchos casos de esterilidad asociados a la edad es de tipo social e incluso plantean la necesidad o por lo menos la conveniencia de que se tomen medidas políticas sociales al respecto. Pero, en términos generales, el discurso médico y el desarrollo tecnológico en el campo de la reproducción asistida se mueven y avanzan en su propio terreno. Cuando incorporan el planteamiento acerca de los factores sociales, asumen como dato incuestionable las tendencias sociales en las prácticas reproductoras y orientan la resolución del ‘problema’ hacia la tecnología. De hecho, la diversificación de la que podríamos denominar ‘carta de servicios’ en reproducción asistida refleja cómo se sigue este camino. La utilización de óvulos procedentes de donación se recomienda como opción preferible para las mujeres ‘mayores’¹²⁴ ya que las posibilidades de éxito en el logro de un embarazo y de un nacimiento aumentan. Esta solución técnica puede presentar problemas de aceptación por parte de los/las usuarios/as, porque en cierto modo contradice la percepción de las TRA como solución o medio para tener un hijo/a ‘propio’ en términos biológicos. En cualquier caso, no existen -o no se conocen- estudios que indaguen directamente esta cuestión en concreto¹²⁵.

Los servicios de preservación de la fertilidad son una de las ‘novedades’ en reproducción asistida. Su desarrollo puede tomarse como ejemplo de cómo el proceso de innovación tecnológica articula factores propiamente técnicos con intereses de investigación así como con previsiones de mercado. La posibilidad de ofrecer este servicio deriva del avance en las técnicas de criopreservación que permiten la vitrificación, en este caso de los óvulos, de los ovocitos -óvulos inmaduros- o del tejido ovárico. Y el desarrollo de la

¹²⁴ Además de para cualquier mujer que presente problemas de reserva ovárica y o alteraciones en la conformación de los ovocitos.

¹²⁵ En la presente tesis se aborda el análisis empírico de las representaciones acerca de los lazos genéticos y biológicos con el hijo/a y el valor que le confieren las mujeres en relación con su ‘idea de maternidad’ (págs. 314-226)

tecnología que lo permite no es ajeno al valor de los óvulos para investigación -por lo que su correcta conservación es un asunto importante-, al tiempo que abre la vía para ofrecer tratamientos más eficaces a nuevos nichos de mercado, que sería el caso que estamos relatando¹²⁶.

Puede considerarse, pues, que las TRA emergen como una respuesta tecnomédica a una ‘realidad social’ y sitúan la acción resolutoria en el terreno de las opciones y decisiones de las mujeres individuales.

Uno de los argumentos que defienden la bondad social de las TRA, y que enfatiza los beneficios que puede reportar para las mujeres, es que permiten a las mujeres controlar o superar el ‘reloj biológico’, de modo que puedan ajustar su proyecto vital sin que la maternidad interfiera inevitablemente en sus planes y sin que tengan que renunciar a ella si no lo desean. El argumento puede ser llevado más lejos, hasta afirmar que la tecnología favorece de este modo la libertad y la capacidad de actuar como sujeto -en defensa de sus intereses- de las mujeres. Se alude con frecuencia a la ayuda que el uso y disponibilidad de estas técnicas pueden suponer para extender el periodo formativo o para combinar dedicación y/o la carrera profesional con la experiencia de la maternidad.

Desde la mayor parte de las posiciones feministas, este razonamiento ha sido acogido con reticencia o con franco rechazo. La supuesta libertad de acción ganada se hace a costa de aumentar la dependencia de la tecnología médica; una tecnología que, por otro lado, no está al alcance de todas las mujeres.

Desde una perspectiva sociológica- incluya o no una mirada feminista- es también fácilmente debatible. Si además se adopta una perspectiva de género, las posibilidades de discusión aumentan. La pregunta pertinente es ¿por qué el reloj biológico se interpone en la vida y en los proyectos de las mujeres?

Al hablar de las razones sociales que propician el retraso en la edad de la maternidad no se debería desestimar la incidencia de los factores que acaban generando el retraso en la edad de emancipación de los/las jóvenes. La dificultad para acceder a la vivienda y a la ocupación, la inestabilidad y la precarización de las condiciones laborales que caracterizan el modelo de trabajo postfordista -incluso para quienes han accedido a largos perio-

¹²⁶ La información ofrecida por el Instituto Dexeus ilustra detalladamente cómo se presenta este procedimiento. “La Unidad de Preservación de la Fertilidad de nuestro departamento proporciona un servicio efectivo y personalizado con un único objetivo: preservar la fertilidad en aquellas pacientes que por motivos personales desean posponer su proyecto reproductivo. Gracias a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) es posible criopreservar ovocitos y/o embriones para su futura utilización [...] En los últimos años, se ha observado un retraso de la maternidad por motivos sociales. Este hecho conlleva una mayor dificultad en conseguir un embarazo ya que a medida que la edad de la mujer avanza, se produce una disminución del número y la calidad de los ovocitos. La criopreservación de ovocitos en mujeres jóvenes permite posponer la maternidad, pudiéndose utilizar estos ovocitos en el momento deseado [...] En mujeres con deseo de posponer su proyecto reproductivo por razones sociales, se aconseja criopreservar ovocitos o embriones antes de los 38 años, cuando todavía existe una adecuada reserva ovocitaria

http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=79&c1=2 [última consulta, 08/04/2010].

dos de formación- que se viene imponiendo desde hace varias décadas, han contribuido indudablemente a perfilar un panorama social que no favorece en absoluto la realización de proyectos personales autónomos, más aún si figura en ellos la voluntad de tener hijos/as (Delgado et al, 2006: 199). Constituyen unas condiciones poco alentadoras que con la crisis actual no han hecho sino empeorar.

En el caso de las mujeres, la perspectiva es doblemente sombría. Existe una amplísima bibliografía sociológica en la que se vincula el retraso en la edad de la maternidad al aumento del periodo de formación de las mujeres, a sus dificultades de inserción laboral y a los obstáculos que encuentran para el desarrollo de una trayectoria profesional exitosa¹²⁷.

Resumida y esquemáticamente se podría decir que todas estas cuestiones se relacionan con la dificultad de compaginar maternidad y actividad laboral, problema que afecta -en la práctica- de modo especialmente intenso a las mujeres. Los motivos centrales son la insuficiente modificación del modelo tradicional de división sexual del trabajo en la familia y la escasez de medidas y de servicios colectivos que faciliten dicha compatibilización. Estos factores se suman a los anteriores dificultando las posibilidades de cambio, en el sentido de aumentar las opciones de las mujeres para poder decidir acerca de la maternidad. Los cambios en el modo de asumir las responsabilidades domésticas y de cuidado de los hijos/as pueden mejorar la situación de las mujeres en los casos en los que la actitud y el comportamiento de la pareja sean de mayor implicación pero, aún así, los límites que marcan las insuficientes medidas sociales colectivas continúan siendo muy estrictos. De tal modo que, aún en el caso de las parejas que asumen un modelo de corresponsabilidad en el trabajo familiar, el retraso en la edad de procrear parece seguir siendo inevitable.

Desde la sociología de orientación feminista se han formulado numerosas críticas denunciando los riesgos que comporta el asumir una perspectiva individualista en el análisis, ya que oculta o minimiza la importancia de los factores sociales. Este cierre de la perspectiva en torno a la dimensión individual-privada de los conflictos en materia de reproducción ofrece una imagen de control y de aumento de las posibilidades de elección abiertas a las mujeres que resultan, en muchos casos y en distintos niveles, ilusorias.

Las Técnicas de Reproducción Asistida han contribuido a reforzar esta manera de enfocar el tema. Numerosas autoras coinciden en afirmar que el intento de compaginar actividad laboral y maternidad -obligado para aquellas que quieran situarse en ambos terrenos- se lleva a cabo por las mujeres adaptando su calendario reproductor a las exigencias del eje temporal socialmente hegemónico, el que describe y marca el trabajo remunerado¹²⁸.

¹²⁷ Entre otras: (Alcañiz, 2004, 2010; Carrasco, 2001, 2003; Carrasquer, 2009; García de León, 2002; Maruani et al., 2000; Poveda, 2008; Prieto, 2007; Rodríguez Martínez, 2008; Tobío, 2005; Torns, 2007, 2008)

¹²⁸ Son numerosísimas las referencias. En la exposición se han seleccionado tan sólo algunas, las que se consideran que permiten un mejor desarrollo expositivo del análisis que se plantea en este trabajo.

Françoise Laborie explica que, en términos generales, se podría hablar de una especie de trayectoria estándar de la vida de las mujeres. Primero se ocupan de ejercer una profesión y después de tener uno o dos hijos. El tiempo de las mujeres tiene acotaciones biológicas cuyos límites son establecidos por la profesión médica. Desde ésta se tiende a acortar sin cesar el periodo en el que las mujeres pueden esperar lograr sin excesivos problemas la concepción y tener un embarazo ‘sin riesgo’. La difusión de esta apreciación propicia que ambos, mujeres y médicos, experimenten un doble proceso de impaciencia, incluso de pánico, si el embarazo no se produce rápidamente tras dejar la anticoncepción¹²⁹. La consecuencia que de ello se deriva es la de que desde las instancias médicas, cada vez más, se etiqueta como estériles a mujeres a menudo simplemente hipofértiles o incluso fértiles. Ello favorece, por un lado, que la esterilidad pueda incluso llegar a ser percibida por las mujeres como una especie de castigo por un uso prolongado de la anticoncepción, o un uso ocasional el aborto. Por otro lado, genera una utilización cada vez más frecuente y precoz de las TRA, en muchos casos innecesaria. Son numerosos los casos en los que el embarazo se produce espontáneamente en mujeres en listas de espera, o tras un tratamiento –con éxito o no- (Laborie, 1992b: 33).

Maureen McNeil elabora una interesante reflexión acerca de cómo las mujeres que tuvieron acceso a métodos anticonceptivos eficaces a partir de finales de la década de 1960 y ejercieron un mayor control sobre su capacidad reproductora, pueden encontrarse, cuando deciden ser madres a una edad considerada por la medicina como excesivamente avanzada, en una situación en la que probablemente se pueden sentir penalizadas o inculpadas cuando se les dice “que lo han dejado para demasiado tarde”. Los problemas para conseguir el embarazo se pueden representar como el resultado de haber tomado decisiones equivocadas. Señala la autora que, en muchos casos de modo explícito y en otros de modo indirecto, los mensajes que reciben las mujeres desde el discurso médico inducen a la culpabilidad. El *New England Journal of Medicine* señaló expresamente al feminismo y al egoísmo y la ambición de las mujeres como causas de la infertilidad. El olvido o la ocultación de los factores sociales tienen así consecuencias directas sobre el modo de vivir los problemas reproductores.

“Lo que se vela o se niega desde estos mensajes individualistas es el hecho de que muchas mujeres del mundo occidental han esperado para tener hijos y han invertido en el mundo del trabajo remunerado porque reconocieron que, en nuestras sociedades sexistas, no tener hijos durante un cierto tiempo era un requisito previo para cualquier posibilidad de independencia. No fue el egoísmo, sino nuestra conciencia - a veces articulada, a veces no- del sexismo lo que motivó -y aún motiva- a muchas mujeres a evitar el embarazo a los veinte años. No puedo dejar de pensar en la reciente culpabilización de estas mujeres por problemas relacionados con la infertilidad y la esterilidad como la venganza final sobre las mujeres que, como Firestone,

¹²⁹ Esta idea la plantea asimismo Henri Leridon (1991).

se dispusieron con optimismo a romper las cadenas de la biología reproductora” (McNeil, 2007: 45-46).

La difusión mediática de los mensajes que alertan acerca de los problemas de fertilidad vinculados a la edad se utilizan para “reorientar de forma insidiosa” a las mujeres jóvenes, advirtiéndolas de que no cometan los errores en los que incurrieron sus predecesoras generacionales (McNeil, 2007: 46).

La búsqueda de soluciones tecnomédicas a problemas sociales relacionados con el calendario reproductor es expuesta asimismo por Susan Harwood. Esta autora comenta cómo una noticia aparecida en el verano de 2000 le sirvió para “cristalizar” su planteamiento y su reflexión acerca de las TRA. Se trata del anuncio hecho por el Dr. Roger Gosden, un científico canadiense de la McGill University of Montreal, de que estaba ensayando la creación de una píldora anticonceptiva de “carrera” [career pill]. Los beneficios que en opinión de Gosden proporcionaría serían dobles: permitiría un control efectivo de la natalidad y además haría posible que las mujeres preservaran su fertilidad más allá de los treinta y cinco y/o los cuarenta años. Este fármaco inhibiría la ovulación de modo en que no hubiera desgaste en la reserva ovárica. La presentación que de ella hizo el autor enfatizó que suponía una respuesta a las necesidades motivadas por los cambios sociales y aludía explícitamente a que, de este modo, las mujeres podían alargar sin preocupaciones su periodo formativo y el inicio y desarrollo de su carrera profesional.

La semejanza con los ‘servicios de preservación de la fertilidad’ antes mencionados es indudable. Para Harwood se muestra de nuevo la tendencia -ya conocida en otros campos- a hacer recaer sobre las mujeres, en este caso sobre sus cuerpos y sus ritmos biológicos, las ‘soluciones’ a las necesidades de ajuste del sistema social. El lenguaje de la elección individual, la libertad y el control sobre el proceso reproductor se utiliza como un medio eficaz para evitar la dura tarea de modificar la sociedad en una dirección más justa y equitativa. También contribuye a configurar una representación de los hijo/as, su nacimiento y su crianza, exclusivamente como un deseo privado y como una fuente de satisfacción personal. Se oculta de este modo la importancia social que esta tarea tiene para la sociedad y el papel que en ella desempeñan, fundamentalmente y de modo gratuito, las mujeres. El escaso apoyo y reconocimiento que se recibe por parte de la sociedad es un problema que queda relegado.

En este sentido, el abordaje de las reivindicaciones de cambios sociales en lugar de respuestas tecnológicas individualizadas y asimétricas -entre hombres y mujeres- supone una cuestión no sólo de justicia social sino también de equidad de género. En relación con el desarrollo de las TRA, la autora afirma explícitamente que la relación entre el incremento del retraso en la edad reproductora -al menos entre las mujeres blancas de clase media- y el incremento del uso de las TRA no puede considerarse en absoluto una mera coincidencia. Se plantea asimismo la pregunta de si en cierto modo la existencia de las TRA no está contribuyendo a este retraso. “Quizá las TRA puedan llegar a superar de

hecho el reloj biológico, pero hacerlo de esta manera no es necesariamente algo bueno” (Harwood, 2007: 2-5).

Dorothy Roberts establece un paralelismo entre las TRA y el recurso a las empleadas de hogar, en tanto que ambas no sólo constituyen malos remedios a problemas colectivos que son presentados en el plano individual, sino que también contribuyen a aumentar las desigualdades entre las mujeres. Las TRA constituyen una solución tecnológica a problemas sociales que quedan de este modo ocultos y posibilitan que no se destinen medios para incidir sobre ellos. Una de las razones para la infertilidad de las mujeres blancas, educadas, de clase media y alta -afirma Roberts- es el aplazamiento de la maternidad con el fin de desarrollar una carrera profesional. La causa de la infertilidad de estas mujeres no es biológica, sino que es el modelo de trabajo dominante el que hace que sea prácticamente imposible combinar el empleo con la crianza de los hijos. Las TRA se ofrecen como solución para el problema de estas mujeres, con lo que se incurre en una injusticia social similar a la que atraviesa la solución al trabajo doméstico mediante la contratación de empleadas de hogar. Por lo tanto, además de beneficiar de modo incierto a las mujeres que, por sus recursos, pueden acceder a ellas, son socialmente restrictivas y segregadoras, reforzando la desigualdad social entre mujeres. Este caro recurso tecnológico sustituye otras posibles soluciones socialmente más amplias que ayudarían a resolver los conflictos entre familia y trabajo para todas las mujeres (Roberts, 1997: 292).

El reconocimiento político por parte de las instituciones de gobierno europeas de que el retraso de la edad a la maternidad está motivado en gran medida por la incompatibilidad entre maternidad y actividad laboral en las condiciones sociales actuales, se pone de manifiesto en la información aportada por Consuelo Álvarez Plaza (2008). En abril de 2006 la parlamentaria Irena Belohorská planteó en el Tribunal de Estrasburgo la cuestión de considerar las TRA como un medio que podría ayudar a abordar el problema del envejecimiento poblacional europeo derivado del descenso de la natalidad. Belohorská indicaba que las TRA tienen la capacidad de estimular la fertilidad y deben compararse con políticas demográficas existentes y a menudo utilizadas por los gobiernos como, ayudas financieras para el cuidado de los hijos o incentivos fiscales. Es decir, que las TRA pueden considerarse como parte de una política demográfica que ayude a elevar los índices de natalidad. Para la Comisión Parlamentaria Europea no parece probable que una mayor disponibilidad de técnicas de reproducción asistida aumente la tasa de fertilidad en Europa. La respuesta emitida por la institución europea fue la siguiente:

"Es importante comprender los motivos de la baja tasa de fertilidad en Europa. Muy a menudo, las mujeres postergan la maternidad o tienen un menor número de hijos debido a las dificultades para reconciliar la vida laboral con la vida privada. La creación de condiciones que permitan a las parejas tener hijos preferentemente antes de

los 35 años de edad podría ser una forma eficaz de resolver los problemas de esterilidad y de aumentar la tasa de natalidad europea"¹³⁰ (Álvarez Plaza, 2008: 27-28).

5.4. LA INFERTILIDAD: ¿ENFERMEDAD, PROBLEMA DE SALUD O CONTRATIEMPO?

A tenor de todas las consideraciones realizadas se puede retomar la pregunta acerca del carácter que adoptan las TRA en la práctica.

Durante los primeros años de su desarrollo el debate acerca de si la esterilidad o, mejor, la ausencia involuntaria de hijos podía y debía considerarse una enfermedad, un problema de salud o tan sólo un posible contratiempo, más o menos intensamente vivido por las personas afectadas, estuvo particularmente presente. El núcleo del debate se situaba en la consideración de que aún en el caso en el que se pudiera identificar una patología o causa orgánica en el origen de la esterilidad, ésta tan solo llegaba a ser perturbadora en la medida en que las personas afectadas desearan tener hijos/os.

En este sentido, desde algunas posiciones se insistía en negar el carácter de enfermedad aduciendo que las personas no por ello dejan de estar sanas. Pero precisamente a partir del concepto de salud, considerado en sentido amplio, es posible argumentar que la ausencia involuntaria de hijos sí que constituye un problema de este orden.

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades“. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados¹³¹, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948¹³². El concepto de salud reproductiva es posterior, fue adoptado en la Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994. Se define como:

“una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductor en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de

¹³⁰ Respuesta de la Comisión Europea, el 18 de mayo de 2006, a la pregunta n° 93 formulada por Irena Belohorská (H-0357/06) (Álvarez Plaza, Consuelo 2008: 28)

¹³¹ Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100.

¹³² Información extraída de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> [última consulta, 09/04/2010].

salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura¹³³.

El sufrimiento, malestar, problemas psicológicos, de pareja y en las relaciones sociales que puede ocasionar la ausencia involuntaria de hijos/as, es evocada por todos los centros que se dedican a la TRA y también por las asociaciones de pacientes. A partir de esta consideración se afirma enfáticamente la infertilidad como un problema de salud, incluso como una enfermedad de la que las personas tienen derecho a ser tratadas, si así lo desean. La cuestión que se plantea es compleja y controvertida, y resulta imposible, o por lo menos imprudente, zanjarla de modo resolutivo. La definición de salud proporcionada por la OMS es amplia y, aunque alude implícitamente a la intervención de las instancias médicas para su consecución, no restringe a ellas el campo posible y deseable de acción para la atención al bienestar de las personas en todos los órdenes. De hecho, tal y como se ha venido planteando desde estas páginas, convertir a la medicina en la principal instancia para resolver cualquier malestar propicia la medicalización de la vida.

La adopción del criterio de que el derecho a la salud -definido de esta forma- es el que debe regir la práctica médica y las relaciones entre médicos y pacientes, desborda ampliamente la lógica de la actuación médica dominante y puede generar, en la práctica, ambivalencias en los/as propio/as profesionales. En este sentido, resulta extremadamente ilustrativa la reflexión recogida en el Boletín nº 8 de la Sociedad Española de Fertilidad publicado en diciembre de 2009¹³⁴. En un artículo titulado “Los efectos de la reforma del aborto sobre la reproducción asistida” el asesor jurídico de la SEF, Fernando Abellán comenta las implicaciones que puede tener para la práctica clínica de la reproducción asistida el hecho de que en la nueva ley del aborto se asuma como fundamento el concepto de salud reproductiva de la OMS, anteriormente citado. Dice literalmente:

“Si se observa esta definición, la misma comprende elementos que no son estrictamente médicos o patológicos, como el ‘bienestar sociocultural’. Y este extremo traerá consigo, a mi juicio, que lo que deba entenderse por un problema reproductivo deje de ser una cuestión meramente médica a decidir tan sólo por los profesionales de la reproducción, sino que habrá que atender también a lo que la mujer o la pareja piensen al respecto [...] De estos preceptos entiendo que se derivará una cierta pérdida de soberanía de los profesionales, y, paralelamente, un refuerzo de la autonomía de los usuarios, que podrán exigir la realización de técnicas que, sin estar estrictamente indicadas desde el punto de vista médico, puedan sin embargo responder a sus deseos personales [...] En definitiva, el proyecto de ley de reforma del aborto contiene unos ingredientes que pueden terminar resquebrajando las coordenadas actuales

¹³³ Información extraída de http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm [última consulta, 09/04/2010].

¹³⁴ http://nuevo.sefertilidad.com/Boletin_SEF-8_15-12-09.pdf [última consulta, 09/04/2010].

en las que se desenvuelve la reproducción asistida en nuestro país, y transformarla en alguna medida en una especie de medicina del deseo de los ciudadanos” (Abellán, 2009: 5).

Las reflexiones anteriores nos llevan a considerar que aunque el sufrimiento que puede generar la ausencia involuntaria de hijos/as no debe minusvalorarse en absoluto, el complejo entramado de factores sociales, culturales, identitarios y personales a partir de los cuales se generan y se viven las dificultades reproductoras requiere una comprensión lo más detallada posible. Dar por sentado el deseo unívoco e irreprimible, de tener hijos/as, y que éste es construido y vivido por igual por todas las personas supone una reducción injustificable. Al tiempo, afirmar que la respuesta debe ubicarse exclusiva o prioritariamente en el terreno de la intervención médica y en particular en el uso de las TRA, no sólo es una simplificación excesiva sino que puede comportar graves problemas añadidos.

5.5. PREVALENCIA DE LA INFERTILIDAD

El objetivo principal de este epígrafe es evaluar en qué medida las dificultades reproductoras son consideradas como un problema que requiere la intervención médica y más en concreto el uso de las TRA, y en qué medida se estima que afecta a un número importante y creciente de personas en nuestra sociedad. Para ello se establece en primer lugar una consideración acerca de las dificultades para unificar criterios y métodos a la hora de evaluar su prevalencia. A continuación se presentan y comentan los datos que proporcionan distintas fuentes con el fin de destacar su diversidad. El siguiente paso consiste en analizar el mensaje que se construye cuando se comunica a la sociedad y cómo puede incidir en la respuesta de las personas.

Alcanzar el consenso en torno al modo de estimar la magnitud -cuantitativa- del problema al que las TRA se presentan como respuesta, es una tarea extremadamente ardua si no imposible. Uno de los obstáculos es el ya comentado acerca de los distintos modos de definir las dificultades reproductoras. Evidentemente, el resultado del cálculo variará en función de qué tipo de esterilidad o infertilidad se esté analizando, así como del procedimiento utilizado para llevarlo a cabo.

Tal y como se ha explicado, una de las disciplinas que aborda la estimación de la infertilidad es la demografía. Aunque su interés se centra en conocer la fecundidad, es decir, el comportamiento reproductor efectivo, la referencia a la fertilidad aparece en la medida en que se considera importante a la hora de establecer los límites biológicos de los comportamientos reproductores y sus variaciones. Por ejemplo, se mencionaba que el retraso en la edad a la maternidad comportaba un descenso -no siempre deseado ni previsto por las personas- de las posibilidades de alcanzar el resultado inicialmente propuesto o deseado en cuanto al número de hijos/as.

La referencia ‘clásica’ que se toma en demografía para constatar el modo en que la fertilidad declina con la edad, alude a las pautas de fecundidad observadas en las denominadas sociedades que siguen un “modelo de fecundidad natural”, es decir comunidades delimitadas en las que, por motivos culturales y religiosos, los matrimonios se celebran edades muy tempranas y no se utiliza ningún tipo de método anticonceptivo¹³⁵ (Delgado et al, 2006: 227; Leridon, 1991: 201). En ellas se constata un declive lento de la fecundidad hasta los 35 años y que se precipita notablemente a partir de los 40 años. En cualquier caso, el dato demográfico más importante para estimar los posibles problemas de esterilidad es el de la mujeres que han finalizado su periodo fértil -49 años- sin haber tenido hijos/as. Por lo general se suele afirmar que estas cifras suelen estar muy lejos de las anunciadas habitualmente desde las instancias médicas. Autores/as como por ejemplo Nicole Athéa señala que el dato en Francia permanece estable -desde hace al menos un siglo- entre el 3% y el 5%. Insiste, además, en que su valor como indicador de esterilidad debe matizarse, ya que no haber tenido descendencia al finalizar el periodo no significa que se haya intentado y no se haya conseguido. Los motivos de la disparidad con las cifras que ofrecen las publicaciones médicas -entre un 10% y un 20% de parejas estériles- se debe a que estas últimas no se refieren a la esterilidad en sentido estricto, sino a “situaciones de hipofertilidad, es decir, a las oportunidades más o menos disminuidas de concebir, incluso a situaciones muy normales que se van a patologizar y a medicalizar”. El campo de intervención médica -señala esta autora- se extiende a costa de abrirse a indicaciones imprecisas y mal definidas (Athéa, 1990: 65).

Para el caso de España, Magda Teresa Ruiz-Salguero presenta unos datos sobre esterilidad primaria y secundaria, calculados a partir de la información proporcionada por la Encuesta de Fecundidad y Familia, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en el año 1995. El cálculo se establece a partir de los casos de mujeres que han estado expuestas al riesgo de embarazo durante periodos de dos y cinco años y que no han quedado embarazadas durante ese tiempo. Según sus estimaciones, considerando el periodo de cinco años, el 2% de las mujeres de 25 a 49 años experimentaron esterilidad primaria, es decir, no tuvieron su primer/a hijo/ y un poco más del 8% de los casos se podrían calificar de esterilidad secundaria¹³⁶, ya que previamente habían sido madres. La esterilidad aumenta con la edad, pero parece que las cifras de esterilidad primaria se estabilizan a partir de los 30 años alrededor de 3%. La esterilidad secundaria es la que experimenta mayor aumento con la edad, llegando a ser superior al 14% en las mujeres entre 40 y 44

¹³⁵ La más conocida y citada es la comunidad de los hutteritas. “Son un grupo religioso anabaptista que vive en diversas colonias de Norteamérica, tras haber emigrado desde Europa en el siglo XIX. Suelen casarse a edades muy tempranas y, debido a las directrices de su religión, no utilizan métodos para controlar la fecundidad. De ahí que se les haya venido considerando un modelo de fecundidad natural” (Delgado et al, 2006: 201).

¹³⁶ La autora utiliza el término esterilidad primaria para identificar los casos de las mujeres que no han tenido ningún/a hijo/a previamente y el de esterilidad secundaria para las que no consiguen su segundo/a hijo/a o posterior.

años y casi del 25% en las mujeres entre 45 y 49 años. Al final del periodo reproductivo, concluye la autora, el 28% de las mujeres ha sufrido algún tipo de esterilidad, en la mayoría de los casos, de esterilidad secundaria (Ruiz-Salguero, 2001: 21-22).

Estos resultados corroboran los anteriormente presentados al analizar los cambios en las pautas de fecundidad de la población española y su impacto sobre las dificultades reproductoras. Las dificultades existen y se acrecientan significativamente con la edad, pero la inmensa mayoría -por encima del 90-95%- de las mujeres que lo intentan acaban teniendo, por lo menos un/a hijo/a.

En las publicaciones médicas también se suele reconocer la dificultad de realizar estimaciones y la variabilidad de los datos en los diferentes estudios epidemiológicos. Roberto Matorras¹³⁷, por ejemplo, comenta que los estudios referidos a países industrializados, realizados en la década de 1990, sitúan la tasa de esterilidad entre un 6% y un 20% (Matorras, 2006). El margen es ciertamente muy amplio e indica la dificultad de establecer datos unificados y fiables.

Resulta curioso observar que así como cuando se habla de la esterilidad desde la demografía, a partir de los datos de fecundidad, se suele considerar que estos últimos pueden estar sobreestimando la incidencia de la esterilidad -ya que no todas las mujeres infértiles lo son de forma involuntaria-, en la información médica este dato se interpreta de forma distinta. En el documento “Epidemiología de la esterilidad” se expone la siguiente consideración:

“Se estima que, en países desarrollados, hasta el 16% de las parejas pueden tener dificultad para gestar y este porcentaje, traducido a números, en España, implica a 600.000-700.000 parejas. Estos datos, que se repiten de forma sistemática en todos los documentos en que se habla de epidemiología de la esterilidad, probablemente se encuentren muy por debajo de la prevalencia real del problema. Hay una gran dificultad para conocer realmente a cuántas parejas afecta la esterilidad. Por una parte, de los estudios demográficos sólo podríamos obtener datos de cuántas parejas no tienen hijos. Esto incluiría también a las parejas que no desean descendencia pero excluiría a aquellas que, teniendo hijos, desearían tener más, pero no les es posible, o las que optaron por la adopción¹³⁸”.

En la información que los centros de reproducción asistida ofrecen al público en sus páginas web, las cifras de prevalencia de la esterilidad¹³⁹ suelen presentarse en el enlace ‘preguntas frecuentes’. La variabilidad es la norma, aunque predomina y circula el dato de que 800.000 parejas se ven afectadas por ella en España. Algunos hablan de una inci-

¹³⁷ Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad del País Vasco. Jefe de la Unidad de Reproducción Humana del Hospital de Cruces IVI Bilbao.

¹³⁸ <http://medicinareproduccion.wordpress.com/category/epidemiologia-de-la-esterilidad/> [última consulta, 06/04/2010]

¹³⁹ Al presentar estos datos se habla de esterilidad, sin matizaciones. Bien es cierto que en otros apartados la mayoría de los centros explican las distintas definiciones de esterilidad primaria y secundaria.

dencia entre el 10% y el 15%¹⁴⁰, otros entre el 15%, y el 17%¹⁴¹ y la cifra máxima que se ha localizado en la revisión efectuada de las mismas es del 20%¹⁴².

El baile de cifras acerca de la prevalencia de la esterilidad y el que los datos ofrecidos por las fuentes médicas y clínicas sean tan elevados no es, en cierto modo, algo que debiera sorprender. No sólo o no tanto por la dificultad real de su estimación, sino por el hecho, ya constatado, de que en realidad lo que ofrece la medicina y en particular las TRA, es la asistencia, la prestación de servicios ante cualquier dificultad en la reproducción, y cada vez más esta dificultad se identifica y traduce como un problema de tiempo.

Todo parece indicar que la información ofrecida por los centros tiende a normalizar -convirtiendo en habitual- la presencia de los problemas reproductores, ofreciendo una imagen de que es algo extremadamente frecuente y alentando a quienes se informan sobre el tema a que no duden ni demoren la consulta especializada¹⁴³. La urgencia que transmiten es máxima -como se ha comentado anteriormente- en los casos en los que la edad sea superior a 35 años.

¹⁴⁰ Por ejemplo el Instituto Dexeus. http://www.dexeus.cat/ca_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=48 [última consulta, 06/04/2010].

¹⁴¹ Son los datos que ofrece el IVI. En esta página sorprende el modo en el que se presentan estos datos ya que puede parecer que ofrecen información contradictoria. Literalmente se dice: “Aproximadamente nueve de cada diez parejas en edad fértil que mantienen relaciones sexuales regulares consiguen un embarazo durante el primer año. Las cifras que manejamos los especialistas sitúan entre un 15% y un 17% la imposibilidad de tener un hijo. Alrededor de 800.000 parejas españolas sufren problemas de fertilidad. <http://www.ivi.es/pacientes/faq-preguntas-pacientes.aspx#> [última consulta, 06/04/2010].

¹⁴² Se trata de los datos aportados por la clínica Ginefiv.” Aproximadamente el 20% de las parejas en edad reproductiva presentan casos de esterilidad. En España unas 800.000 parejas padecen de esterilidad”. http://www.ginefiv.com/respuesta_clinicas_reproduccion_asistida_fiv_fertilidad.htm#tres [última consulta, 06/04/2010].

¹⁴³ La invitación a la premura no sólo se transmite a las personas potencialmente usuarias. Cada vez más se insta a los posibles mediadores, como los médicos de atención primaria, a que tomen conciencia del mismo. Resulta altamente ilustrativo el mensaje a través del que se informa de un curso on line sobre reproducción asistida patrocinado por la compañía farmacéutica líder en el sector: “Merck Serono, la División Biotecnológica de la compañía químico-farmacéutica alemana Merck, en colaboración con la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), acaba de lanzar el primer Curso Online de Reproducción Asistida para ginecólogos no especializados en fertilidad y médicos de Atención Primaria [...] el curso **tiene como objetivo ayudar a que el mayor número de pacientes afectados de infertilidad traten su problema sin dilaciones**”. Este anuncio aparece publicado en el Boletín de la Sociedad española de Fertilidad de julio de 2009.

CAPÍTULO 6

LAS PRÁCTICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA

6.1. UNA PRÁCTICA EN AUMENTO. UNA INFORMACIÓN IMPRECISA

Resulta difícil presentar una visión panorámica de la evolución ajustada de la oferta de servicios de Reproducción Asistida en España. A pesar de que, desde la entrada en vigor de la ley 1988, se requiere la autorización administrativa de los centros que prestan sus servicios en este campo, no existe un listado oficial de centros autorizados en la actualidad y tampoco datos que permitan seguir su evolución histórica.

La única información oficial localizada ha sido la ofrecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo -actual Ministerio de Sanidad y Política Social- y que consiste en un listado de Centros y/o Servicios sanitarios acreditados relacionados con las técnicas de Reproducción Humana Asistida, actualizado a fecha 1 de febrero de 2003.

Pueden encontrarse referencias en distintos documentos y publicaciones que permiten reconstruir de modo impreciso y fragmentario el desarrollo de la atención clínica de Reproducción Asistida en España. Algunas de las referencias a las actividades pioneras identifican las primeras iniciativas y los primeros logros en el campo de la inseminación artificial en la década de los años 1970. A título de ejemplo pueden citarse: la creación en 1977 del primer banco de semen en España, por parte del Instituto CEFER¹⁴⁴; la consecución del primer embarazo -en España- con semen de donante, por parte del equipo del Instituto Dexeus, en 1978¹⁴⁵. Los datos referidos a la práctica de la Fecundación in Vitro nos sitúan en los inicios de la década de 1980. Aunque no se sabe con exactitud en número de centros que la practicaban, se puede documentar la actuación pionera de centros como el Instituto Dexeus, que consiguió en 1984 el nacimiento de la primera nacida concebida por este procedimiento en España; el Instituto CEFER que comienza su actividad en este terreno en 1982; el equipo de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Clínico de Valencia, algunos de cuyos miembros fundaron en 1990 el Instituto Valenciano de Infertilidad; y el Hospital La Fe de Valencia, entre otros.

¹⁴⁴ <http://www.institutocefer.com/es/historia-y-experiencia.php> [última consulta, 10/04/2010]

¹⁴⁵ http://www.dexeus.com/es_es/conoce-dexeus-informacion-institucional-03.aspx [última consulta, 10/04/2010].

Durante la década de 1990 se produce un fuerte incremento en el número de centros autorizados en España. Según datos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), en 1999 existían 129 centros acreditados para la realización de FIV y 175 para la práctica de Inseminación Artificial¹⁴⁶ (Matorras et al, 2002); en 2000 la misma fuente cita 143 en el primer caso y 183 en el segundo.

En el Registro de la SEF correspondiente al año 2001 se alude explícitamente a la inexistencia de un registro oficial que permita conocer con exactitud el número de centros acreditados en España. Se menciona la estimación proporcionada por la Secretaría General de Promoción a la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo que cifra en 185 el número de centros (Marqueta et al, 2005). A partir de esta fecha y hasta el registro 2007 -publicado en junio de 2009- la referencia es constante a 190 centros, aunque se precisa que puede resultar incorrecta ya que data de 2002.

La ausencia de datos oficiales contrasta con la creciente disponibilidad en internet de las páginas web de los centros privados que ofrecen sus servicios. En cualquier caso, lo que resulta claro es que la oferta de servicios de reproducción asistida en España ha crecido de modo considerable y lo ha hecho sobre todo en el campo de la asistencia médica privada.

Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo antes mencionados, el listado de Centros y/o Servicios Sanitarios relacionados con las técnicas de Reproducción Humana Asistida, se distribuye, en febrero de 2003, del modo siguiente: 123 con autorización para FIV y banco de preembriones, 180 para Inseminación Artificial, 52 Laboratorios y Bancos de Semen, 88 Laboratorios de capacitación espermática y 38 acreditados para la recuperación de ovocitos.

¹⁴⁶ Numerosos centros son coincidentes, es decir, practican ambas técnicas.

Tabla 4. Tipo de autorización a los Centros y/o Servicios sanitarios acreditados relacionados con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, por Comunidad Autónoma

Tipo de autorización					
Comunidad Autónoma	F.I.V y Banco de Preembrione:	Inseminación Artificial	Banco de Semen y Laboratorio	Laboratorio de capacitación espermática	Recuperación Oocitos
Andalucía	27	32	8	21	1
Aragón	3	14	1	0	0
Asturias	2	2	1	1	1
Baleares	4	7	0	7	0
Canarias	4	6	1	1	0
Cantabria	1	2	0	2	0
Castilla-La Mancha	3	4	0	2	0
Castilla y León	6	9	5	1	0
Cataluña	27	32	9	20	28
C. Valenciana	8	9	5	1	0
Extremadura	3	2	0	3	0
Galicia	8	10	0	10	8
Madrid	17	33	12	13	0
Murcia	2	2	2	0	0
Navarra	1	3	1	1	0
País Vasco	9	11	6	5	0
La Rioja	1	2	1	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0
TOTAL	126	180	52	88	38

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁴⁷

Dada la coincidencia de varias autorizaciones para un mismo centro, la cifra total no debe calcularse a partir de la suma de los datos anteriores. Al mismo tiempo, algunos de los centros tan sólo se ocupan de la capacitación espermática, por lo que no deben considerarse propiamente como prestadores de tratamientos de reproducción asistida directa a las personas usuarias. En el cuadro siguiente se presentan los datos correspondientes al número de centros existentes por Comunidad Autónoma y titularidad -pública o privada-.

¹⁴⁷<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centroReproHumAsist.htm> [última consulta, 16/04/2010].

La no coincidencia con los datos de la SEF se puede deber a que ésta en sus informes tan sólo alude a los centros que realizan Inseminación Artificial y/o FIV

Tabla 5. Centros y/o Servicios Sanitarios autorizados y homologados, por Comunidad Autónoma, según dependencia patrimonial

Comunidad Autónoma	Total	Dependencia	
		Público	Privado
Andalucía	40	5	35
Aragón	14	1	13
Asturias	2	1	1
Baleares	7	2	5
Canarias	6	2	4
Cantabria	2	1	1
Castilla-La Mancha	6	2	4
Castilla y León	9	2	7
Cataluña	41	3	38
C. Valenciana	9	2	7
Extremadura	3	0	3
Galicia	11	4	7
Madrid	34	9	25
Murcia	3	0	3
Navarra	3	0	3
País Vasco	11	3	8
La Rioja	2	1	1
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
TOTAL	203	38	165

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁴⁸

En octubre de 2009 se establece un acuerdo entre la SEF y el Ministerio de Sanidad y Política Social mediante en que se adjudica, de modo provisional, a la SEF el proyecto de realizar el registro de actividad correspondiente al año 2008, de modo que permita acercarlo a los objetivos y métodos del que debería ser el registro oficial. Este acuerdo se formaliza el 20 de noviembre de 2009, con la firma de un contrato entre ambas instituciones. El Ministerio se compromete a financiar parte del registro SEF 2008, siendo el resto financiado por Schering-Plough. Con este contrato, el ministerio intenta paliar el vacío de

¹⁴⁸<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centroReproHumAsist.htm> [última consulta, 16/04/2010].

información oficial, mientras se concluye la redacción del Real Decreto por el que se desarrollará el registro oficial y cuya publicación está prevista a lo largo del año 2010.

El registro de actividad de 2008 está todavía pendiente de publicación en el momento en el que se redacta este documento -abril de 2010-. El procedimiento acordado para su elaboración varía significativamente en relación con los registros SEF anteriores. Se pretende la participación de todos los centros y la información resultante ofrecerá no sólo datos agregados del total de la actividad desarrollada, sino también individualizada por centro. Otra de las novedades que se introducen es la de un control auditor, mediante la monitorización del 10% de los centros, elegidos aleatoriamente. Dicha monitorización será realizada por Dynamic Solutions -la misma consultora que desarrolla y explota la base de datos del registro- mediante visitas presenciales de un día. Desde la SEF se interpreta esta iniciativa como un reconocimiento y una muestra de apoyo a la política de transparencia iniciada por el comité de registro de la SEF. En el Boletín SEF de diciembre de 2009 se afirma que el establecimiento de un control auditor sobre el proceso se considera un paso adelante por todos los miembros del comité de registro de la SEF, que aportará credibilidad y fiabilidad, además de reconocer que era algo demandado desde el registro europeo (EIM). La publicación de los datos individualizados por centro se define como la entrada en una nueva etapa la de la “transparencia” (Castilla, 2009: 3).

6.2. EL REGISTRO DE ACTIVIDAD DE LOS CENTROS

España fue pionera en la regulación jurídica, promulgando la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. El interés público reconocido en ella contrasta con el escaso desarrollo práctico de los mecanismos legales y técnicos para llevar a cabo de forma efectiva algunos de los procedimientos básicos previstos de forma temprana. Entre ellos: el registro oficial y público de los centros autorizados, el registro de actividad de los mismos y el registro nacional de donantes de gametos.

El 21 de marzo de 1997 se creó la Comisión Nacional Española de Reproducción Humana Asistida y entró en funcionamiento el 11 de noviembre del mismo año. En su primer Informe Anual -correspondiente al año 1998- la comisión al-día al ingente volumen de temas pendientes de resolución, motivado por la demora de casi nueve años en la constitución de la misma, tal y como estaba prevista en la ley de 1988. Una de las cuestiones consideradas prioritarias en los inicios de su andadura fue el desarrollo de los registros previstos para el control y supervisión del desarrollo y la calidad de los centros y de sus actividades. Se reconoce en dicho informe que el único que está funcionando de forma adecuada es el Registro de Centros, dependiente de la Dirección general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este reconocimiento contrasta con la realidad de su resultado, ya que, como se ha expuesto hace un momento, la única informa-

ción disponible sobre él es la publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en los inicios de 2003. En el citado informe se califica de urgente la creación del Registro de Actividad y se considera imprescindible aportar la debida información a las personas potencialmente usuarias de las TRA. Por este motivo se propone que, hasta que las administraciones responsables de su elaboración hayan ultimado su preparación —en curso—, se ponga en marcha con carácter inmediato la elaboración de un cuestionario de autoevaluación a cumplimentar de forma voluntaria por los centros. Este cuestionario debería ser provisional y servir como estímulo para el desarrollo urgente del citado registro oficial de actividad (Comisión Nacional Española de Reproducción Humana Asistida, 1998).

A fecha de hoy -abril de 2010-, más de veinte años después de la primera ley y más de diez desde el informe de la comisión, el Registro oficial de Actividad continúa siendo inexistente en la práctica.

En 2006 se promulga la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, vigente en la actualidad. En ella se reconoce de nuevo la importancia de dicho registro y se crea formalmente, a la espera de su puesta en marcha efectiva mediante la elaboración de un real decreto, todavía pendiente de presentación y aprobación. La Ley 14/2006 ubica la necesidad de dicho registro y su principal finalidad en el derecho de la ciudadanía a disponer de información precisa, que garantice y facilite la decisión informada de las personas usuarias a la hora de utilizar unas técnicas cuya expansión se ha producido fundamentalmente en el ámbito de la medicina privada. Se reconoce la presencia de intereses diversos que requieren de la actuación pública para favorecer un cierto equilibrio entre ellos, apoyando a la ciudadanía. Los contenidos referidos a dicho registro se localizan en el apartado II de la exposición de motivos y en el artículo 22 de dicha ley.

En el apartado II de la Exposición de Motivos se enuncia literalmente:

“La realidad de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida en nuestro país no puede ser ajena a la consideración de que dichas técnicas se han desarrollado de manera extensiva en especial en el ámbito privado. De esa realidad se deriva que la intervención de los poderes públicos en este campo debe ir dirigida también a compensar la asimetría de información que existe entre quienes acuden a demandar la aplicación de estas técnicas y quienes las aplican, de manera que se garantice en lo posible el equilibrio de intereses entre unos y otros.

Uno de los mecanismos prioritarios para contribuir a la equidad de esa relación es la disponibilidad de una información accesible a los usuarios de las técnicas que sea clara y precisa sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que las practican. Esta necesidad se traduce en la Ley en el reforzamiento de los registros y otros mecanismos de información que deben constituirse, hasta el punto de considerar dicha información pública como un elemento esencial de la práctica de las técnicas, de manera que se proporcionen a los ciudadanos que acuden a los centros los instrumentos adecuados de información que les permitan ejercer con criterios sólidos su capacidad de decisión.

Para ello, además del Registro de donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, ya previsto en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, se crea el Registro de actividad de los centros de reproducción asistida. En el primero se consignarán los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización. Y en el segundo se registrarán los datos sobre tipología de técnicas y procedimientos, tasas de éxito y otras cuestiones que sirvan para informar a los ciudadanos sobre la calidad de cada uno de los centros, que deberán hacerse públicos, al menos, una vez al año. También se recogerá el número de preembriones que se conserven en cada centro o servicio de reproducción asistida y se elimina la obligación establecida en la Ley anterior de enviar los preembriones sobrantes al Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa” (*LEY 14/2006 de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida* 27 de mayo de 2006)

La única Comunidad Autónoma que avanzó más tempranamente en esta iniciativa fue Catalunya. En 1991 el Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS) de la Generalitat de Catalunya, aprobó el “Decret sobre la autorització administrativa de centres i serveis que realitzen tècniques de RHA”; en 1992 aprobó l’Ordre de creació de la Comissió Assessora sobre tècniques de RHA “y en 1994 se creó un registro de datos sobre la actividad realizada por el conjunto de centros autorizados en Catalunya. A partir de esta última fecha se publica anualmente un informe estadístico descriptivo denominado FIVCAT. Este registro no se ajusta estrictamente a lo previsto en la Ley 14/2006 puesto que ofrece información global del conjunto de la actividad y no proporciona datos desglosados para cada centro. A pesar de esta importante deficiencia, tiene la ventaja de que recoge los datos de la totalidad de los centros acreditados.

La iniciativa de llevar un seguimiento de la actividad de reproducción asistida y de los resultados de la misma fue asumida en España por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Inició la meritoria tarea de realizar un registro anual a partir del año 1993, instando a los centros a colaborar voluntariamente en él con el objetivo de desarrollar una herramienta que permitiera el conocimiento y la reflexión sobre el volumen de actividad, su orientación y sus resultados. En el año 1993 tan sólo 8 centros respondieron a la iniciativa, pero progresivamente la participación fue en aumento, tal y como se recoge en la tabla siguiente.

Tabla 6. Centros participantes en el registro SEF

Año	1993	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07
Centros	8	14	26	31	36	33	43	37	39	56	75	84	124	107	115

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF

6.3. PRINCIPALES RESULTADOS SEGÚN LOS DATOS DE LOS REGISTROS ANUALES DE LA SEF¹⁴⁹

En la presente investigación se ha tenido acceso a los informes anuales elaborados por la SEF desde al año 1999 hasta el año 2007. Esta institución publica dos informes anuales, uno correspondiente a las técnicas de Inseminación Artificial y otro dedicado a las técnicas de Fecundación in Vitro e ICSI. A partir de la valiosa -y única- información proporcionada en ellos, se presenta a continuación una descripción de algunos de los datos (sobre FIV-ICSI) considerados más relevantes en relación con los objetivos del presente trabajo: los relativos a la actividad, número ciclos iniciados, número de embarazos y número de partos; las tasas de embarazo y las tasas de parto según los distintos procedimientos de manipulación de los embriones -“en fresco” o criopreservados- y la procedencia de los óvulos -propios o donados-; y la composición por edad de las mujeres usuarias de las técnicas en los diferentes años.

6.3.1. Consideraciones metodológicas

A la hora de leer e interpretar los datos se deben observar al menos las siguientes caute-
telas:

En primer lugar, los datos pueden considerarse más fiables en la medida en que, con los años, va aumentando el número de centros participantes.

En segundo lugar, conviene tener en cuenta que la información de base es la suministrada voluntariamente por los centros, a partir de los formularios proporcionados por la SEF, sin que exista un protocolo de auditoría establecido. Bien es cierto que se dan recomendaciones, se apela a la conveniencia de favorecer la transparencia y se intentan corregir errores o incoherencias detectados en la información suministrada por algunos centros.

En tercer lugar, algunos de los datos y procedimientos de cálculo de indicadores varían entre unos informes y otros. Las precisiones necesarias se harán constar en cada caso, aunque se pueden mencionar anticipadamente las siguientes: En al año 1999 no se recoge información sobre el número de ciclos de tratamiento iniciados, por lo que en el cálculo de tasas de embarazo y de parto no se pueden elaborar los indicadores correspondientes. En el registro de 2004 se elaboran por primera vez las tasas de parto y se menciona que se eliminan del numerador los ciclos en los que no se conoce la evolución del embarazo;

¹⁴⁹ Se ha trabajado sobre los datos del Registro FIV-ICSI. La SEF publica otro referido a los procesos de Inseminación Artificial.

este cálculo se mantiene hasta 2007, aunque conviene hacer constar que en realidad lo que se presentan son tasas de nacimientos, es decir, que en el numerador, en lugar de figurar el número de partos figura el número de nacidos/as. La diferencia de perspectiva entre calcular la tasa de partos -nº de partos/nº de ciclos- o la tasa de nacimientos -nº de nacidos/ nº de ciclos- es evidente. Mientras que en el primer caso la información resultante es cuántos ciclos han finalizado produciendo padres/madres, en el segundo caso lo que se ofrece es cuántos hijos/as se han producido. En la medida en que se pretenda tomar la tasa como indicador de éxito desde la perspectiva de las personas usuarias, se considera más relevante la tasa de partos que la tasa de nacimientos.

En las tablas que aquí se presentan, las tasas de parto para los años anteriores se han calculado para este trabajo a partir de los datos de parto suministrados en los informes correspondientes, siguiendo el criterio de no incluir en el numerador los embarazos de evolución desconocida; y las tasas de parto desde 2004 se calculan como tales y no como tasas de nacimiento. En el registro de 2005 se introduce por primera vez un filtro en la selección de datos consistente en descartar la información de aquellos centros que muestren datos previsiblemente incorrectos o incoherentes. El filtro aplicado es: nº de ciclos \geq nº de transferencias \geq nº de gestaciones \geq nº de partos, y tan sólo entran a formar parte del análisis correspondiente los centros que cumplan dicha condición, a los que se considera que ofrecen “registros completos” (Pérez, 2008). Por todo lo comentado, la información que se presenta a continuación debe considerarse aproximativa y la cautela debe ser máxima a la hora de comparar los datos de los diferentes años.

6.3.2. Datos de actividad y resultados de los centros

Aunque no pueden tomarse como datos reales de actividad en su totalidad -ya que varía el número de centros suministradores de información cada año- si que permiten aproximar la tendencia de incremento sostenido de la misma. Por tomar una referencia, se puede citar la información que aparece en el registro de 2000 en el que se estima que el número de ciclos recogido en el informe de ese año representa entre un 30% y un 40% de los ciclos totales realizados en España. (Marqueta et al, 2004).

En la tabla 4 se presenta de modo resumido la información correspondiente a los ciclos iniciados cada año en función del tipo de técnica utilizado¹⁵⁰. La clasificación que ofrece la SEF en la elaboración de los datos diferencia entre ciclos “en fresco con óvulos propios” (Ciclos FIV/ICSI), y dentro de ella se refiere al procedimiento utilizado para la fecundación de los embriones: FIV, ICSI o FIV+ICSI; ciclos en los que se utilizan embriones crioconservados (DCT) y ciclos en los que se utilizan óvulos procedentes de do-

¹⁵⁰ Se omite el año 1999 puesto que en el informe correspondiente no figuran los ciclos iniciados.

nación (Ovodon). A partir del año 2003 figuran asimismo los ciclos orientados a la aplicación del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP).

Tabla 7. Nº de ciclos iniciados por procedimiento. Absolutos

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ciclos FIV-ICSI	11.432	10.968	16.127	21.696	27.481	25.557	30.775	32.881
DCT	2.323	2.367	2.943	4.282	5.242	7055	7.871	7.858
Ovodon	1.595	1.766	2.939	4625	4.801	5753	7.080	7.649
DGP				941	1.362	1937	2.451	2.681
TOTAL	15.350	15.101	22.009	31.544	38.886	40.302	48.177	51.069

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tabla 8. Nº ciclos iniciados, por procedimiento. Porcentajes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ciclos Fresco	74,5	72,6	73,3	68,8	70,7	63,4	63,9	64,4
DCT	15,1	15,7	13,4	13,6	13,5	17,5	16,3	15,4
Ovodon	10,4	11,7	13,4	14,7	12,3	14,3	14,7	15,0
DGP				3,0	3,5	4,8	5,1	5,2
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tal y como puede observarse, los ciclos en los que se utilizan embriones crioconservados son minoritarios y no puede hablarse de una tendencia sostenida de incremento de los mismos con el paso de los años. Si que se observa una tendencia al aumento de los ciclos de ovodonación, previsiblemente vinculada -como se verá más adelante- al aumento en la edad promedio de las mujeres usuarias de los tratamientos. También va en aumento el uso del diagnóstico genético preimplantacional, llegando en 2006 y 2007 a constituir más del 5% de todos los ciclos iniciados.

Tabla 9. Nº ciclos FIV-ICSI iniciados¹⁵¹. Absolutos

	2000	2001	2002 ¹⁵²	2003	2004	2005	2006	2007
FIV	3.974	3.661	-	5.797	5.173	4.339	3.907	3.455
ICSI	6.645	7.307	-	13.818	19.718	18.728	23.552	25.287
FIV+ICSI¹⁵³	813	-	-	2.081	2.590	2.490	3.316	4.139
Total	11.432	10.968	16.127	21.696	27.481	25.557	30.775	32.881

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tabla 10. Nº ciclos FIV-ICSI iniciados. Porcentajes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
FIV	34,8	33,4	-	26,7	18,8	17,0	12,7	10,5
ICSI	58,1	66,6	-	63,7	71,8	73,3	76,5	76,9
FIV+ICSI	7,1	-	-	9,6	9,4	9,7	10,8	12,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

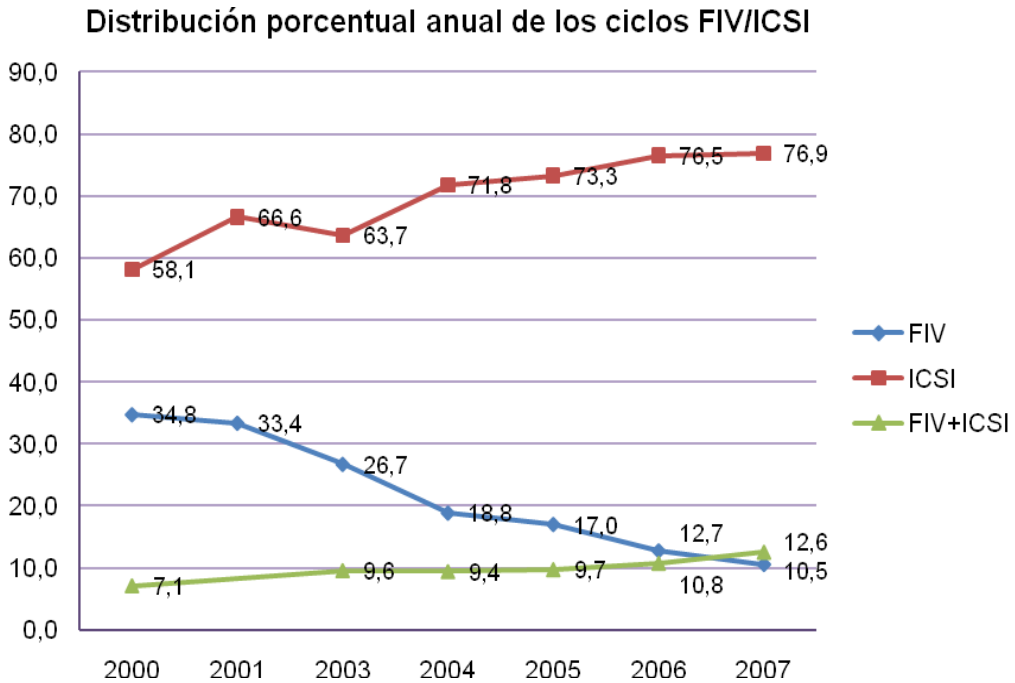
En las tablas precedentes la información más destacable es el progresivo y espectacular aumento del uso de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides como técnica de fecundación. Así, mientras que en 2001 a pesar de ser mayoritaria suponía el 66% de los casos, en 2007 la técnica está es utilizada en casi el 90% de los ciclos iniciados, en la mayoría de los casos -76,9% -como único procedimiento- y en el 12,6% se aplica junto con la FIV.

¹⁵¹ Estos datos se refieren exclusivamente a los ciclos “en fresco”, ya que en los casos de DCT y de Ovo-donación no consta si la técnica de fecundación utilizada ha sido FIV o ICSI.

¹⁵² Las celdas vacías se deben a que los informes de los años correspondientes no proporcionan la información. En el caso del año 2001 los ciclos que utilizan ambas técnicas no se diferencian, por lo que no es posible saber el criterio utilizado para atribuir estos casos a la casilla FIV o ICSI. En el año 2002 la información se presenta agrupada como ciclos “en fresco”, sin desglosar.

¹⁵³ En estos casos se han utilizado ambas técnicas, algunos ovocitos han sido fecundados mediante FIV y otros mediante ICSI.

Gráfico 3



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

La extensión del uso de esta técnica es un asunto relativamente controvertido. Sin entrar en el debate sobre si comporta o no algún tipo de riesgo sobre la descendencia¹⁵⁴, asunto que excedería las posibilidades y los objetivos del presente trabajo, si que cabe mencionar algunos de los comentarios que reflejan la polémica sobre su uso relativamente indiscriminado. En este sentido, puede citarse a título de ejemplo que en el Congreso de Medicina Reproductiva de Europa, organizado por la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana (ESHRE), celebrado en Barcelona en agosto de 2008, varios médicos alertaron del uso "excesivo" que se está haciendo de esta técnica en muchos países europeos, principalmente en España. Los países nórdicos emplean menos la técnica de inyección intracitoplasmática de espermatozoides -entre el 40 y 44%-, dijeron, mientras que en países como Grecia, Italia o España, las tasas de aplicación rondan el 60 u 80%. El profesor Nyboe Andersen comentó que una posible explicación del aumento de la ICSI puede ser que los médicos se sienten presionados a demostrarles a las parejas que han

¹⁵⁴ Uno de los argumentos sometidos a debate es si existe mayor riesgo de transmitir la esterilidad a la descendencia masculina.

probado todos los métodos disponibles, incluso los más avanzados, para lograr el embarazo. "Es comprensible, pero excepto en casos de infertilidad con factor masculino, la ICSI es más complicada y más cara"¹⁵⁵.

A continuación se presentan los datos a partir de los cuales es posible realizar los cálculos de las tasas que miden e indican el éxito de los tratamientos: las tasas de embarazo y las tasas de parto. La información se estructura diferenciando los datos relativos a los ciclos de FIV/ICSI ("en fresco"); los relativos a DCT, los de Ovodonación y finalmente los de DGP.

a) Ciclos de FIV/ICSI¹⁵⁶

La tabla 11 recoge, en la medida en la que está disponible, la información en términos de cifras absolutas. En la primera fila aparece el número de ciclos iniciados. Es importante precisar que se está hablando de ciclos y no de personas usuarias. Es posible que una misma mujer realice más de un ciclo durante el mismo año y esta información no está contemplada. En la segunda fila se recoge el número de punciones realizadas, es decir de aquellos ciclos que han llegado a esta etapa, la de la extracción de los óvulos producidos. Algunos de los ciclos iniciados no llegan a esta fase y pueden haber sido cancelados por distintos motivos como, por ejemplo, la falta de respuesta ovárica o la excesiva respuesta, es decir una hiperestimulación que convierte en excesivamente arriesgada la operación de extracción. También puede deberse a motivos no técnicos, como la iniciativa de la mujer que decide la cancelación o algún imprevisto externo que la haga imposible. En la tercera fila figuran las transferencias realizadas. Las bajas o cancelaciones producidas desde la fase anterior a ésta pueden ser debidas a la no consecución de un número suficiente de óvulos, a la no consecución de embriones o a la no supervivencia de los mismos hasta el momento de la transferencia. Los embarazos que aparecen en la siguiente fila corresponden a los casos en los que se produce la implantación del/os embrión/es transferidos y por último figuran el número de embarazos que han llegado a término traducándose en partos.

¹⁵⁵ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/07/11/mujer/1215788040.html> [última consulta, 18/04/2010].

¹⁵⁶ Se consideran en este apartado los ciclos FIV/ICSI realizados con óvulos propios y sin la utilización de la técnica de crioconservación, es decir, ciclos "en fresco con óvulos propios".

Tabla 11. Procesos en los ciclos FIV/ICSI. Absolutos

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ciclos iniciados	-	11.432	10.968	16.127	21.696	27.481	25.557	30.775	32.881
Punciones	9.060	10.383	10.479	14.339	19.389	2.4315	22.692	26.686	28.465
Transferencias	8.355	9.584	9.644	13.551	17.936	2.1085	20.160	23.587	25.079
Embarazos	2.656	3.347	3.159	4.949	6.583	7.866	7.683	9.123	9.782
Partos	1.781	2.047	1.930	3.054	4.035	3.818	3.749	4.906	5.161

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

A partir de la información disponible no se puede inferir -puesto que no se especifica- si todo el proceso se ha completado en el curso del año registrado. Puesto que los procesos descritos difieren en el tiempo, es posible, por ejemplo, que ciclos iniciados en un año den lugar a embarazos o a nacimientos en el año siguiente. Si lo que se registran son los acontecimientos acaecidos en el año, teniendo en cuenta que en cada año sucesivo aumenta el número de ciclos declarados, es posible que las tasas de embarazos y partos estén subestimadas en cierta medida. Esto unido a las cautelas metodológicas constatadas anteriormente lleva a tener que leer e interpretar los datos y los indicadores como aproximativos. Los filtros aplicados a partir de 2004 y 2005 y entre ellos el de sólo contabilizar a efectos de cálculo los registros completos, llevan a pensar que la información correspondiente a estos periodos sea más fiable y esté más ajustada que la de los años precedentes.

Uno de los indicadores más frecuentemente utilizados para medir el grado de eficacia de las técnicas es la tasa de embarazos conseguida. Sin duda el hecho de haber llegado a esta fase del proceso puede ser considerado tanto por el personal técnico como por las personas usuarias un logro importante, ya que supone haber superado con éxito distintas etapas en las que podía haber quedado interrumpido. En este sentido, no obstante, resulta interesante enfocar la lectura de este resultado desde ambas perspectivas, la del personal biomédico y la de los/as pacientes.

Tal y como señala Manuela Perrota, aunque los/as pacientes puedan acoger con satisfacción la noticia de que se han conseguido embriones y más aún la de que se producido el embarazo, su objetivo es llegar a tener un/a hijo/a en sus brazos.

Desde el punto de vista estrictamente técnico, los procedimientos de fecundación FIV/ICSI aspiran a conseguir la producción de embriones, éste es su objetivo principal y puede considerarse un éxito técnico lograrlo. En su estudio etnográfico sobre la dinámica de funcionamiento de los centros en Italia, la autora observa cómo la metáfora económica organiza el campo semántico en el que se articulan los significantes utilizados en los pro-

cesos técnicos de reproducción asistida. El uso del término “producción” es habitual en el lenguaje del proceso reproductivo.

Una vez producidos mediante estimulación ovárica los óvulos y una vez producidos los embriones en el laboratorio, la introducción del embrión en el útero de la paciente marca en cierto modo el final del proceso técnico, que dos semanas después puede comportar resultados completamente diferentes desde el punto de vista de los/as pacientes: el embarazo o el fracaso.

Una de las cuestiones más interesantes de las señaladas por Perrotta es que al finalizar la transferencia de los embriones al cuerpo femenino, son la paciente y la naturaleza quienes toman el relevo a los expertos en la ‘responsabilidad’ de lo que suceda a continuación. Aunque esta responsabilidad no se atribuye explícitamente, llegado este momento parece que los expertos ya han hecho todo lo técnicamente posible. Ya es cuestión de esperar que el útero de la mujer ‘deje’ que el embrión se implante y que la naturaleza siga su curso (Perrotta, 2008: 180).

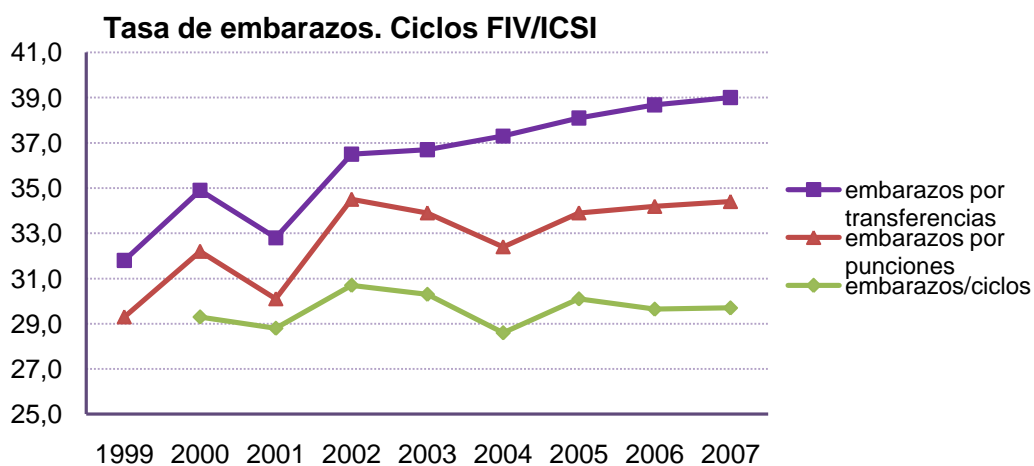
Efectivamente, la lógica de funcionamiento del proceso tecnológico alimenta esta perspectiva técnica que puede conllevar una disociación importante entre ésta y la perspectiva de las personas usuarias. Conviene hacer notar, no obstante, que tras décadas de aplicación de las TRA se ha producido un cambio de orientación en la perspectiva experta. Se han ido introduciendo modificaciones en los objetivos de la intervención técnica que cada vez tienen más en cuenta el objetivo último que justifica el servicio que prestan, conseguir el nacimiento de bebés sanos. En esta línea se insertan, por ejemplo, las políticas de reducción de los embarazos múltiples, que se comentarán un poco más adelante.

Tabla 12. Tasa de embarazos. Ciclos FIV/ICSI

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Embarazo/transferencias	31,8	34,9	32,8	36,5	36,7	37,3	38,1	38,7	39,0
Embarazo/punciones	29,3	32,2	30,1	34,5	33,9	32,4	33,9	34,2	34,4
Embarazo/ciclos	-	29,3	28,8	30,7	30,3	28,6	30,1	29,6	29,7

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Gráfico 4



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF. FIV/ICSI

La distancia entre las líneas expresa gráficamente las interrupciones que se han ido produciendo a medida en que se suceden las etapas del proceso. La comparación entre los distintos años debe realizarse con prudencia ya que -como se ha mencionado- existe una cierta disparidad en el proceso de recogida y elaboración de los datos. Aún así, todo parece indicar que se observa un aumento de la efectividad, sobre todo en la tasa que establece la relación entre embarazos y transferencias. La tendencia en lo que se refiere a las tasa de embarazo por ciclo iniciado indica una estabilización de los resultados, en torno al 30%.

Tabla 13. Tasa de partos¹⁵⁷. Ciclos FIV/ICSI

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos/embarazos	67,1	61,2	61,1	61,7	61,3	48,5	48,8	53,8	52,8
Partos/transferencias	21,3	21,4	20,0	22,5	22,5	18,1	18,6	20,8	20,6
Partos/ punciones	19,7	19,7	18,4	21,3	20,8	15,7	16,5	18,4	18,1
Partos/ciclos		17,9	17,6	18,9	18,6	13,9	14,7	15,9	15,7

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

¹⁵⁷ Tal y como se ha explicado, los cálculos de la tasa de partos que se recogen en la presente tabla se han realizado situando en el numerador los partos y no los nacimientos. Las tasas calculadas en los registros SEF son más elevadas puesto que al ubicar en esta posición el número de nacidos, un parto doble cuenta como dos y uno triple como tres.

Las tasas reflejadas en la tabla anterior pueden tomarse como indicadores del resultado en sus niveles mínimos, ya que, por un lado se descartan los embarazos de los que no se conoce la evolución, y que en algún caso probablemente han acabado en nacimiento y, por otro lado porque es posible que algunos de los ciclos iniciados o de los embarazos registrados en el año, lleguen a su desenlace en el año siguiente. Aunque por esta lógica se registran en el año partos procedentes de ciclos iniciados en el año anterior, en la medida en que la tendencia haya sido la del aumento del número de ciclos por año, no se produciría compensación. A la vista de los datos puede sorprender la observación de que los resultados medidos con este indicador no han mejorado con los años, puesto que los datos de 1999 son más favorables que los de 2007. Sin poder afirmarlo con rotundidad, la hipótesis que aquí se plantea es que los procedimientos de recogida y elaboración de datos están mejor afinados a partir de 2004 y ello puede conllevar que, aún en el caso de que los resultados puedan ser mejores, no se reflejen en las tasas. También se debería tener en cuenta en qué medida la política de transferencia de embriones que ha evolucionado en la dirección de intentar minimizar los partos múltiples, puede incidir en los resultados finales.

En cualquier caso, resulta pertinente observar que la tasa de parto por ciclo iniciado no llega en ningún caso al 20%. Este indicador no puede considerarse suficientemente fiable y con elevada probabilidad está subestimando el resultado. Por tomar una referencia de la tendencia en otros países, se puede citar la información que aporta el informe estadounidense *Assisted Reproductive Technology. Success Rates. 2006*. En Estados Unidos el registro es obligatorio y aporta información desglosada por centros. Para el año 2006 la tasa de partos con nacimiento vivo por ciclos iniciados en FIV/ICSI (en fresco) era, en términos globales, del 28,3% y la tasa de partos por transferencia del 35,4%. Son tasas muy superiores a las observadas en el registro SEF.

Todo lleva a pensar que en el registro español no se recoge información de todos los partos con nacidos vivos y que, por ello, las tasas son inusualmente bajas y no se ajustan a la realidad. Es altamente improbable que los resultados en España se alejen tanto de los de países como los Estados Unidos. En el informe FIVCAT realizado en Catalunya las tasas son, por el contrario, bastante más elevadas. En 2006 se presenta una tasa de partos por ciclos de obtención iniciados del 30,8%; y una tasa de partos por transferencia del 24,8% (Servei d'Informació i Estudis, 2006; 2009). En el caso de este registro, se observa que los datos recogen un número de transferencias mucho más elevado que el de ciclos, lo que explica que la tasa por transferencia sea mucho menos favorable que la tasa por ciclo de obtención. La conclusión que puede extraerse es que es imprescindible la claridad en el establecimiento de criterios para la obtención, clasificación y elaboración de la información así como su unificación en los diferentes registros. En el caso del registro español, sería imprescindible, además, que se hiciera un buen seguimiento del curso de los embarazos para conocer el número real de partos, así como sus condiciones y el esta-

do de los nacidos. Desde la SEF, de hecho, se insta a los centros a llevar este seguimiento y parece que incluso la recomendación se extiende hasta por lo menos el primer año de vida de las personas nacidas. Esta manera de enfocar la actuación de los centros refleja la tendencia a la reorientación de los objetivos, acercándolos más a los de producir nacimientos de bebés sanos.

Desde la perspectiva de las personas usuarias, las tasas de partos con nacidos vivos son relevantes puesto que indican la probabilidad media de alcanzar el objetivo. Indican, además, el largo camino a recorrer desde el inicio de tratamiento y cuál es la probabilidad de conseguir el resultado con éxito en un sólo ciclo, y si ésta se ajusta o no a la información mediática y publicitaria, directa o indirectamente transmitida. En el momento actual, la información que llega a las personas usuarias es excesivamente dispar, ya que parece que mientras que la ofrecida por los informes SEF es bastante baja, la que ofrecen los centros en su comunicación publicitaria es mucho más elevada.

La lectura completa de la tabla también podría transmitir la idea de que, a medida en que se van superando etapas la probabilidad aumenta, si bien es cierto que muestra la imagen de que lograr incluso el embarazo no es garantía de que el resultado final se consiga. La probabilidad ronda, desde 2005 el 50 % y todo parece indicar que aunque se supera este porcentaje en los años posteriores a 2006, mantiene una cierta estabilidad.

b) Ciclos DCT. Producción y transferencia de embriones crioconservados

La estructura de presentación de la información es análoga a la utilizada para describir la referente a los ciclos “en fresco”. Desaparece la columna que recoge el número de punciones puesto que no es pertinente, dado que se transfieren embriones ya existentes.

Tabla 14. Partos y embarazos en los ciclos DCT. Absolutos

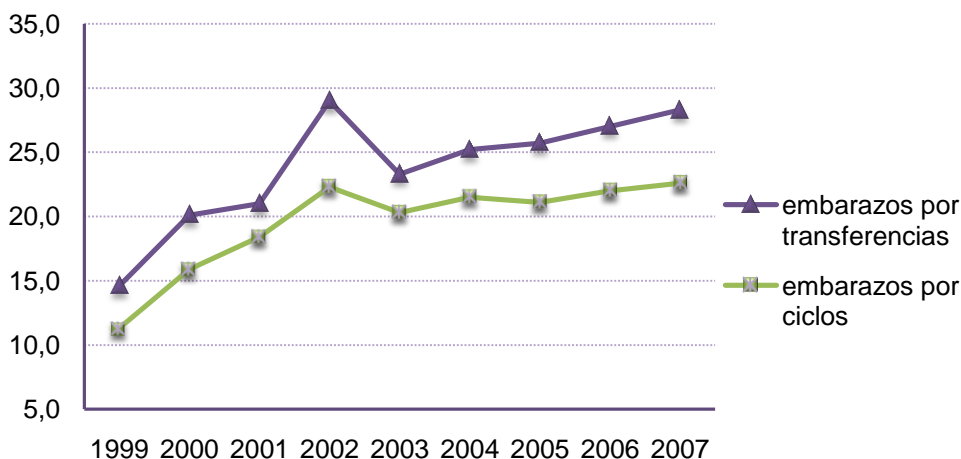
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos total	178	245	280	417	629	537	513	786	706
Embarazos	221	370	436	657	853	1.129	1.486	1.731	1.778
Transferencias	1.510	1.837	2.079	2.267	3.659	4.475	5.792	6.423	6.281
Ciclos iniciados	1.954	2.323	2.367	2.943	4.282	5.242	7.055	7.871	7.858

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tabla 15. Tasa de embarazos. Ciclos DCT

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Embarazo/transferencias	14,6	20,1	21,0	29,0	23,3	25,2	25,7	27,0	28,3
Embarazo/ciclos	11,3	15,9	18,4	22,3	20,3	21,5	21,1	22,0	22,6

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Gráfico 5**Tasa de embarazos. Ciclos DCT**

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Los resultados de estos ciclos son notablemente peores que los correspondientes a los ciclos en fresco. En 1999 la diferencia es de 16 puntos y en 2007 de más de diez. Puede observarse, no obstante, una clara tendencia a la mejora con el paso de los años -si se exceptúa el caso del año 2002- y probablemente remita a las mejoras en las técnicas de crioconservación. Este procedimiento tiene la ventaja, desde el punto de vista de las mujeres, de que evita nuevos ciclos de estimulación ovárica y de extracción de los óvulos. Significa, no obstante, que las mujeres que recurren a él han pasado por ciclos previos y que disponen de embriones sobrantes que han sido conservados.

Tabla 16. Tasa de partos. Ciclos DCT

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos/embarazos	80,5	66,2	64,2	63,5	73,8	47,6	34,5	45,4	39,7
Partos/transferencias	11,8	13,3	13,5	18,4	17,2	12,0	8,9	12,2	11,2
Partos/ciclos		10,5	11,8	14,2	14,7	10,2	7,3	10,0	9,0

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

A primera vista resulta sorprendente la elevadísima tasa de partos/embarazos del año 1999, aunque si se tiene en cuenta la tasa de partos/transferencias para ese mismo año todo parece indicar que el cribaje se produce antes del embarazo, es decir que muchos de los procesos llegaron a fracasar con anterioridad y que de los pocos ciclos que alcanzaron el embarazo -el 11,3% de los iniciados- la gran mayoría -80,5%- finalizaron en parto. No obstante, de nuevo la comparativa interanual hace pensar que las diferencias entre los años anteriores y posteriores a 2004 son debidas a cuestiones relacionadas con el modo de recogida y tratamiento de la información. Es improbable que el descenso muy notable de los resultados que se observa se deba a un peor funcionamiento de las técnicas biomédicas. Desde el punto de vista de la información conclusiva que puede extraerse -relacionada con los argumentos desarrollados en esta investigación- cabría destacar que la efectividad de este procedimiento es, todavía en fechas recientes, notablemente inferior a la de los ciclos FIV/ICSI en fresco. Para las mujeres usuarias de las técnicas los ciclos en los que se utilizan embriones descongelados tienen la clara ventaja de que les permite prescindir del proceso de estimulación ovárica, de la punción para la extracción de óvulos y de la espera para saber si la fecundación se ha producido. Son, en este sentido menos costosos en términos físicos y emocionales, aunque también menos efectivos.

c) Ciclos de ovodonación

La utilización de óvulos procedentes de donantes es una práctica en aumento. En su mayoría proceden de mujeres ajenas a los tratamientos, es decir, de mujeres que actúan estrictamente como donantes, sin ser usuarias de las TRA. Este procedimiento se indica en aquellos casos en los que la mujer usuaria no dispone de óvulos o presenta una respuesta deficiente o arriesgada a la estimulación; también en aquellas que han pasado por ciclos fracasados anteriores con óvulos propios y frecuentemente se asocia a la edad de la mujer.

Tabla 17. Procesos en los ciclos de Ovodonación. Absolutos

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ciclos iniciados	1.595	1.766	2.939	4.625	4.801	5.753	7.080	7.649
Transferencias	1.432	1.605	2.571	4.029	4.219	5.207	6.544	7.058
Embarazos	724	789	1.153	2.252	2.190	2.665	3.269	3.575
Partos	357	445	840	1.584	1.151	1.257	1.874	1.688

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

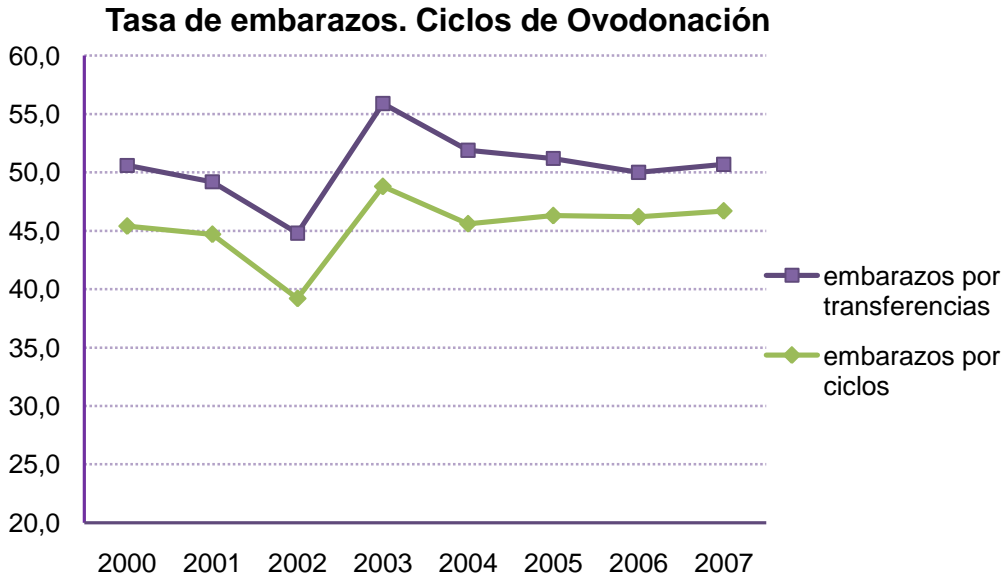
Tabla 18. Tasa de embarazos. Ciclos de Ovodonación

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Embarazo/transferencias	50,6	49,2	44,8	55,9	51,9	51,2	50,0	50,7
Embarazo/ciclos	45,4	44,7	39,2	48,8	45,6	46,3	46,2	46,7

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Los ciclos de ovodonación son los que ofrecen mejores resultados relativos. Las tasas de embarazo/transferencias rondan el 50% y las tasas por ciclo son también las más elevadas de entre todos los procedimientos. La explicación probable parece clara. No sólo los óvulos proceden de mujeres relativamente jóvenes y sin problemas detectados de fertilidad, sino que además para el inicio de los ciclos en las receptoras tan sólo se utilizan los óvulos ‘de calidad’ extraídos. Todas las bajas motivadas por problemas en la producción y la extracción de los óvulos en los ciclos en fresco no pueden ocurrir en estos casos. Esto propicia este ‘elevado’ indicador de embarazos por ciclos iniciados.

Gráfico 6



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tabla 19. Tasa de partos. Ciclos de Ovodonación

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos/embarazos	49,3	56,4	72,9	70,3	52,6	47,2	47,2	47,2
Partos/transferencias	24,9	27,7	32,7	39,3	27,3	24,1	24,1	23,9
Partos/ciclos	22,4	25,2	28,6	34,2	24,0	21,8	21,8	22,1

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Una vez logrado el embarazo, la probabilidad de que llegue a término es algo más baja que en los ciclos en fresco, aunque no se aleja demasiado. Para los años 2006 y 2007, las tasas de parto/embarazo estaban en los ciclos en fresco en torno al 39% y en el caso de los ciclos de ovodonación se superan en más de ocho puntos -47,2%- . Así pues la posibilidad de finalizar un ciclo con un nacimiento es más elevada cuando se utilizan óvulos de donante, superando el 20%.

d) *Ciclos de DGP (Diagnóstico Genético Preimplantacional)*

Los datos relativos a los ciclos en los que se aplica el diagnóstico genético preimplantacional son los más escasos. Se recogen a partir de 2001 y en el año 2002 no figura la información de embarazos y partos, tan sólo se menciona el número de ciclos iniciados. En el año 2003 se ofrece información de tasas de embarazo, pero no se mencionan los partos.

Tabla 20. Procesos en los ciclos de DGP. Absolutos

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos total	43	-	-	180	230	352	336
Embarazos	61	-	225	258	327	484	467
Transferencias	180	-	619	718	985	1.293	1.279
Punciones	226	-	882	1.087	1.410	2.160	2.203
Ciclos iniciados	254	556	941	1.362	1.937	2.451	2.681

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

A la vista de los datos puede inferirse que la aplicación de esta técnica va en aumento ya que el incremento en las cifras de DGP es proporcionalmente más alta que el incremento del número de ciclos registrados. Lo más llamativo de los datos recogidos en la tabla precedente es que el descenso intraanual más destacable se produce entre la fase de punción y la de transferencia. Aunque no se dispone de información específica al respecto habría que considerar como hipótesis que uno de los principales motivos puede deberse no tanto a que no se hayan producido embriones, como al hecho de que sean relativamente numerosos los casos en los que no se consigue generar los embriones seleccionables.

Si se comparan, por ejemplo, los datos de 2007 referentes a lo que ocurre en los ciclos FIV/ICSI en fresco con los de DGP, se observa mejor el momento del ciclo en el que se producen más cancelaciones.

Mientras que no hay demasiadas diferencias en el porcentaje de punciones sobre ciclos iniciados, ya que en ambos casos se sitúa por encima del 80%, en la proporción entre transferencias por punciones la disparidad entre los ciclos en fresco y los de DGP es notable. En los primeros, el 88% de las punciones se convierten en transferencias, es decir, se producen embriones y son transferidos; mientras que en el caso el DGP esta proporción se reduce al 58%.

Tabla 21. Resultados comparativos

	2007	FIV/ICSI	DGP
% de punciones/ciclos iniciados		86,6	82,2
% de transferencias/punciones		88,1	58,1
% de embarazos/ transferencias		39,0	36,5
% de partos/embarazos		52,8	71,9

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Una vez transferidos, las tasas de embarazo son mucho más próximas, aunque algo superiores en los ciclos en fresco. La diferencia es de nuevo muy notable en la tasa de partos, lo que indica que una vez conseguido el embarazo, la probabilidad de que acabe en nacimiento es mucho más elevada en los ciclos de DGP que en los ciclos FIV/ICSI.

Por este motivo -como puede observarse en la tabla 19- las tasas de embarazo por ciclo son más bajas en los ciclos de DGP y no llegan, en los años en los que parece que la información es de mayor calidad, a partir de 2004 al 20%, cuando en el caso de los ciclos en fresco ronda en 30%.

Tabla 22. Tasa de embarazos. Ciclos de DGP

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Embarazos/transferencias	33,9	-	36,3	35,9	33,2	37,4	36,5
Embarazos/punciones	27,0	-	25,5	23,7	23,2	22,4	21,2
Embarazos/ciclos	24,0	-	23,9	18,9	16,9	19,7	17,4

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Tabla 23. Tasa de partos. Ciclos DGP

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Partos/embarazos	72,1	-	-	69,8	70,3	72,7	71,9
Partos/transferencias	24,4	-	-	25,1	23,4	27,2	26,3
Partos/ punciones	19,5	-	-	16,6	16,3	16,3	15,3
Partos/ciclos	17,3	-	-	13,2	11,9	14,4	12,5

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Las tasas de parto por embarazo son, como se comentaba hace un momento, muy superiores en los ciclos de DGP. Probablemente esté implicado en ello el hecho de que la mayoría de usuarias de esta técnica no tienen problemas anteriores de infertilidad. Aún así, los datos correspondientes a la tasa de partos por ciclo iniciado se acerca, aunque es menor que en los ciclos FIV/ICSI. Este dato puede resultar significativo para las personas potencialmente usuarias de las técnicas ya que la ausencia, en la mayoría de los casos, de problemas de infertilidad puede generar la imagen de que la técnica será sumamente eficaz y a la vista de las cifras quizá tal imagen no se pueda consolidar.

6.3.3. La edad de las mujeres usuarias de las TRA

La edad de las mujeres constituye un factor clave en el análisis del uso de las Técnicas de Reproducción Asistida. Tal y como se ha señalado en el capítulo 5, en las últimas décadas emerge una tendencia al retraso en la edad de la maternidad, generando problemas de fertilidad tanto por el descenso y calidad de la reserva ovocitaria como por la urgencia temporal inducida en la consecución del resultado y en la entrada en los tratamientos.

En este apartado el análisis se centra en indagar en primer lugar la composición por edad de las mujeres usuarias para ver, además, si se va modificando con el paso de los años. A continuación se presentan los datos disponibles de efectividad de las técnicas en los distintos grupos de edad. Conviene recordar que en la literatura médica se establece una clara asociación entre aumento de la edad y descenso de la eficacia de los tratamientos.

6.3.3.1. La evolución de la composición por edad de la población de mujeres usuarias

De nuevo se han utilizado los datos proporcionados por los registros SEF entre 1999 y 2007. No figura el año 2002 porque en el informe correspondiente no se dispone de información para los ciclos de ovodonación por edad. De todos modos esta carencia no reviste mayor importancia dado que lo que se busca es describir la tendencia temporal. Los datos están referidos a los ciclos de FIV/ICSI con óvulos propios, sin incluir los ciclos en los que se utilizan técnicas de criopreservación y los ciclos de ovodonación. La información agregada para ambos tipos de ciclo es la siguiente:

Tabla 24. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Porcentajes

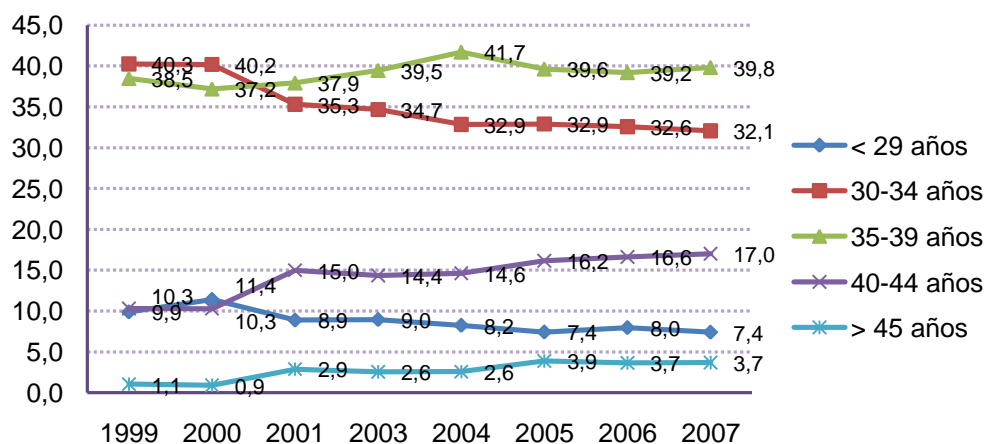
	1999	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007
≤ 29 años	9,9	11,4	8,9	9,0	8,2	7,4	8,0	7,4
30-34 años	40,3	40,2	35,3	34,7	32,9	32,9	32,6	32,1
35-39 años	38,5	37,2	37,9	39,5	41,7	39,6	39,2	39,8
40-44 años	10,3	10,3	15,0	14,4	14,6	16,2	16,6	17,0
≥ 45 años	1,1	0,9	2,9	2,6	2,6	3,9	3,7	3,7
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Las principales usuarias de las TRA son mujeres que tienen, en el momento de iniciar el ciclo entre 30 y 39 años. Su ponen más del 70% en todos los años registrados. Ahora bien, así como hasta el año 2000 el subgrupo más numeroso era el de las mujeres que tenían entre 30 y 34 años, a partir de 2001 toma el relevo como subgrupo más numeroso el de mujeres entre 35 y 39 años. Mientras que en 1999 y 2000 la diferencia entre ambos era apenas de 2 puntos, cuando se invierte el orden cuantitativo a partir de 2001, las mujeres entre 35 y 39 años se distancian cada vez más de las de entre 30 y 34 años. La diferencia llega a ser de más de 7 puntos en 2007, casi el 40% frente al 32%.

Gráfico 7

Distribución por edad de las mujeres usuarias. Porcentajes anuales



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

La tendencia al aumento de la edad de las mujeres usuarias parece clara y se agudiza además si se tiene en cuenta que, con el paso del tiempo, va cobrando importancia numérica el grupo de mujeres que tenían entre 40 y 44 años. Pasa de representar en 1999 el 10,3% de las mujeres que utilizaron los tratamientos en ese año, al 17% en 2007. También se incrementa notablemente la proporción de usuarias de 45 y más años aunque su presencia es, en todos los casos, minoritaria. El porcentaje máximo de este grupo de edad se localiza en el año 2005, con un 3,9% y parece estabilizarse en torno al 3,7% en los años siguientes. La presencia de mujeres entre 40 y 44 años es similar a la de las mujeres menores de 30 en 1999 y 2000; a partir de esa fecha las mujeres que tienen entre 40 y 44 años superan a las menores de 30 y las primeras llegan a ser más del doble que las segundas en los años 2006 y 2007.

La distribución por edad presenta diferencias significativas en función del tipo de técnica empleada. Destaca, sobre todo, la que se observa al comparar los ciclos en fresco con los ciclos de ovodonación.

Tabla 25. Porcentaje de Ciclos FIV/ICSI y Ovodonación por año y grupo de edad

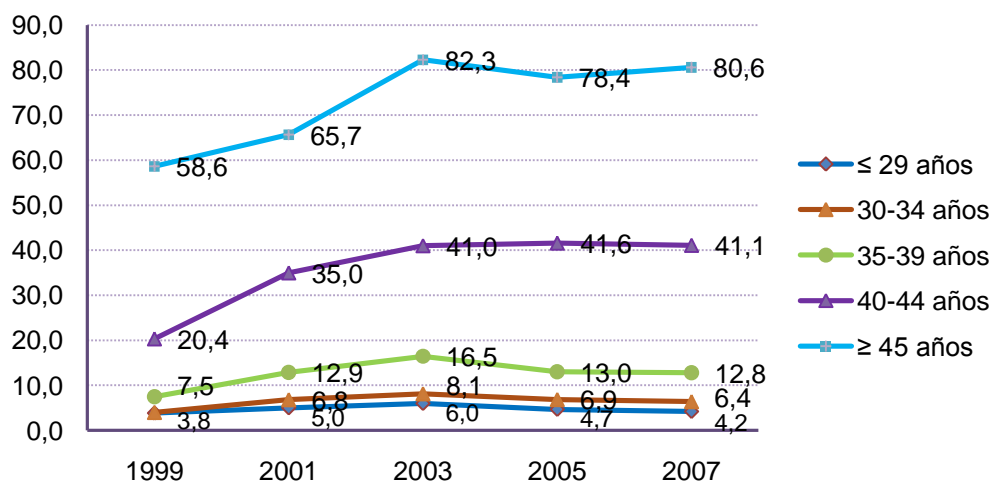
	1999		2000		2001		2003		2004		2005		2006		2007	
	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don	FIV/ICSI	Ovo don
≤ 29 años	96,2	3,8	98,1	1,9	95,0	5,0	94,0	6,0	95,4	4,6	95,3	4,7	94,7	5,3	95,8	4,2
30-34 años	96,0	4,0	97,8	2,2	93,2	6,8	91,9	8,1	93,3	6,7	93,1	6,9	92,4	7,6	93,6	6,4
35-39 años	92,5	7,5	95,7	4,3	87,1	12,9	83,5	16,5	87,7	12,3	87,0	13,0	86,0	14,0	87,2	12,8
40-44 años	79,6	20,4	88,6	11,4	65,0	35,0	59,0	41,0	63,9	36,1	58,4	41,6	55,9	44,1	58,9	41,1
≥ 45 años	41,4	58,6	61,8	38,2	34,3	65,7	17,7	82,3	21,2	78,8	21,6	78,4	11,9	88,1	19,4	80,6
TOTAL	92,4	7,6	95,8	4,2	85,1	14,9	82,2	17,8	85,0	15,0	82,5	17,5	81,1	18,9	82,6	17,4

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

En términos generales predomina abrumadoramente el uso de las técnicas que utilizan óvulos propios. En los años 1999 y 2000 superan el 90% de los ciclos iniciados por las mujeres consideradas globalmente. A partir de esta fecha desciende en favor de la ovodonación, pero en cualquier caso continúa representando más del 80% de los ciclos.

Gráfico 8

Porcentaje de ciclos de ovodonación sobre total de ciclos, por año y grupo de edad de la mujer



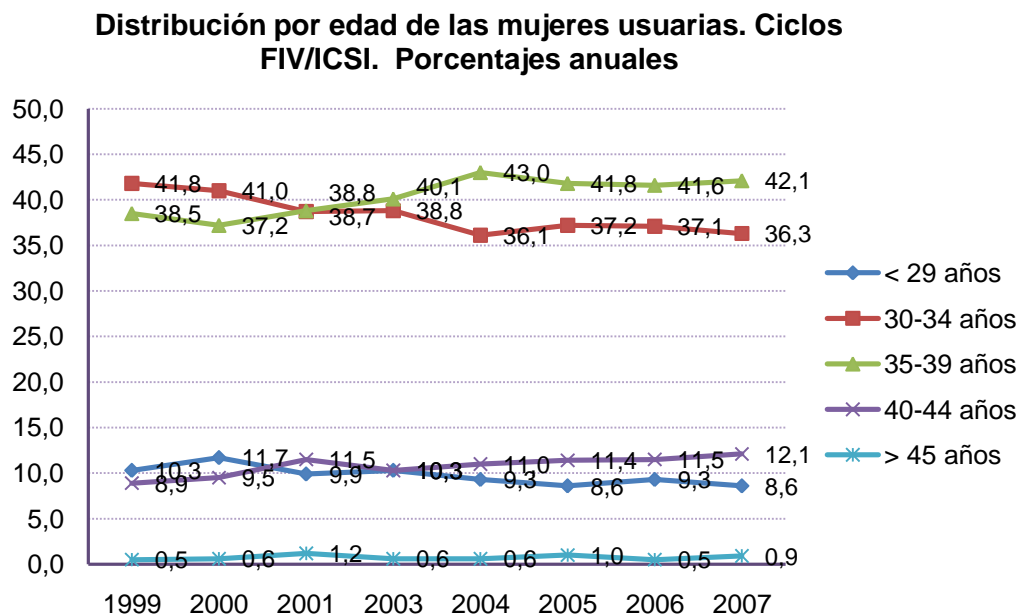
Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

La edad de la mujer es un factor clave en esta distribución. Evidentemente, la utilización de óvulos procedentes de donación aumenta con la edad. El grupo de edad con la proporción de Ovodonación más elevada es sin duda el de las mujeres de 45 y más años; llegando a superar, en el año 2003 el 80% de los ciclos iniciados por mujeres de esta edad, y manteniéndose la tendencia en los años posteriores. También es significativa en las mujeres que tenían entre 40 y 44 años, situándose en torno al 40% a partir de 2003. En las mujeres menores de 40 años su utilización es mucho menor y desciende a medida que lo hace la edad de la mujer. Por debajo de 35 años la proporción de ciclos de ovodonación se sitúa por debajo del 10%, siendo en 2007 del 6,4%.

El análisis de la composición por edad en cada uno de los tipos de tratamiento - FIV/ICSI en fresco y ovodonación- complementa la panorámica descrita.

En los ciclos FIV/ICSI, la distribución es similar a la global (gráfico 8), ya que su peso proporcional sobre el total de ciclos es muy elevado.

Gráfico 9



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Los grupos de edad más relevantes son los de mujeres entre 30 y 39 años. En este caso la presencia de mujeres entre 40 y 44 años y las que tienen menos de 30 años es más cercana que en los datos totales. Destaca asimismo la poca importancia proporcional de las mujeres mayores a partir de los 45 años. Estas dos últimas observaciones responden a la mayor frecuencia del uso de la ovodonación en los grupos de mayor edad.

En los ciclos iniciados por las mujeres receptoras de ovodonación, la distribución por edad muestra en qué medida la edad es un factor clave.

Tabla 26. Distribución por edad en ciclos de ovodonación. Porcentajes¹⁵⁸

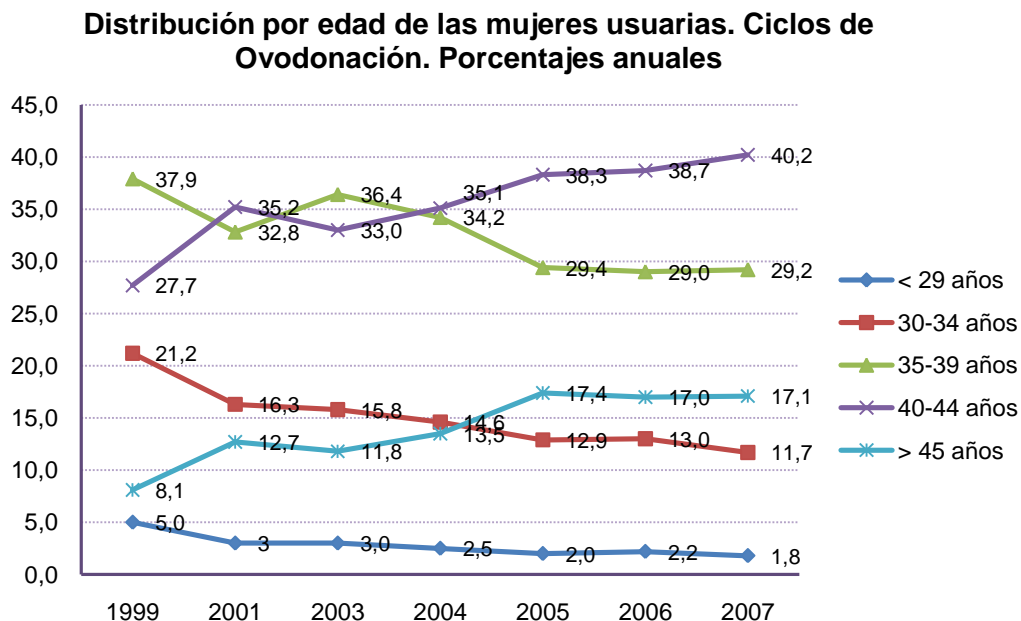
	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007
≤29 años	5,0	3	3,0	2,5	2,0	2,2	1,8
30-34 años	21,2	16,3	15,8	14,6	12,9	13,0	11,7
35-39 años	37,9	32,8	36,4	34,2	29,4	29,0	29,2
40-44 años	27,7	35,2	33,0	35,1	38,3	38,7	40,2
≥ 45 años	8,1	12,7	11,8	13,5	17,4	17,0	17,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100
Absolutos	1524	2.043	4534	4576	5.771	6.809	6.558

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Lo más destacable es la importancia que va cobrando el grupo de edad entre 40 y 44 años con el paso del tiempo. Así, mientras que en 1999 el principal grupo de usuarias era el de las mujeres entre 35 y 39 años, a partir, sobre todo, de 2004 y de modo creciente pasa a ser el de las mujeres entre 40 y 44 años. Resulta también significativo que las mujeres mayores de 45 años -usuarias muy minoritarias de las TRA en general- protagonizan más del 17% de los ciclos de ovodonación a partir de 2005. Este porcentaje es superior al de uno de los grupos más presentes en el uso de las TRA, el de 30-34 años, que suponiendo, por ejemplo en 2007, más del 32 % del total, en el caso de los ciclos de ovodonación tan sólo constituyen el 11,7% en ese año. La participación de las menores de 30 años es muy baja, la menor con diferencia de todos los grupos de edad y en todos los años registrados.

¹⁵⁸ Se han omitido los años 2000 y 2002 por no disponer de información en la fuente consultada.

Gráfico 10



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

6.3.3.2. Los resultados en función de la edad

La descripción y comentario de los resultados de los tratamientos se hace considerando exclusivamente las tasas de embarazo, ya que no se dispone de tasas de partos clasificadas por edad. No existe información en los informes para los años 2001, 2002 y 2003. A la hora de comparar los resultados en los distintos años hay que tener en cuenta de que los datos de 1999 y 2000 están calculados como tasa de embarazos por punciones, mientras que el resto se refieren a la tasa de embarazos por ciclo. Ello comporta que las primeras sean por definición superiores a las segundas, independientemente de la efectividad de los tratamientos.

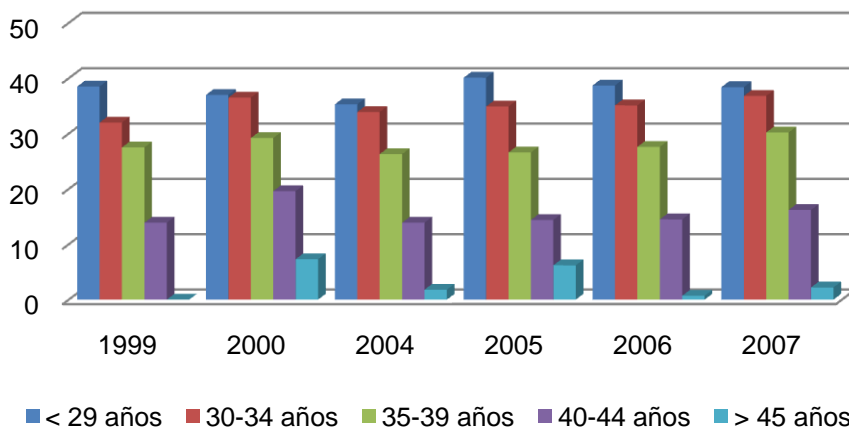
Tabla 27. Tasa de embarazos por edad. Ciclos FIV/ICSI

	1999	2000	2004	2005	2006	2007
≤ 29 años	38,5	37	35,3	40,1	38,7	38,4
30-34 años	32	36,5	33,9	34,9	35,1	36,8
35-39 años	27,5	29,2	26,3	26,6	27,6	30,2
40-44 años	13,9	19,6	13,9	14,4	14,5	16,2
≥ 45 años	0	7,3	1,8	6,2	0,7	2,2
TOTAL	29,2	32,1	28,3	29,2	27,9	29,7

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

Gráfico 11

Tasa de embarazos por edad y año. Ciclos FIV/ICSI



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

La edad afecta de modo significativo a la proporción de embarazos conseguidos. En los ciclos en fresco, el grupo que alcanza el mejor resultado es el de las mujeres menores de 30 años, aunque la diferencia en relación con el grupo siguiente, el de 30-34 años no es demasiado considerable. El descenso es más acusado cuando las edades son 35-39 años y la caída es notable en las edades mayores. Las tasas de embarazo de las mujeres entre 40 y 44 años son casi la mitad de las del grupo de edad precedente. Conviene hacer una matización sobre los datos correspondientes a las mujeres mayores de 45 años y es que, al ser numéricamente pocas las que acceden a ciclos en fresco con óvulos propios, el reducido número de casos en términos absolutos puede afectar a la precisión y a la significación estadística de los resultados¹⁵⁹. Las tasas que presentan son extraordinariamente bajas en cualquier caso.

Tal y como se ha comentado, la edad avanzada es una de las indicaciones para la utilización de óvulos de donante. En la tabla siguiente se recogen las tasas de embarazo por edad para los ciclos de ovodonación. Las diferencias con los resultados por edad en los ciclos en fresco resultan notables. En este caso tampoco aparecen los resultados en el año 2000, ya que las fuentes consultadas no aportan esta información.

Tabla 28. Tasa de embarazos por edad. Ciclos de Ovodonación

	1999	2004	2005	2006	2007
≤ 29 años	42,8	46,6	41,2	48,1	50,3
30-34 años	41,6	45,6	47,3	47,7	52,7
35-39 años	31,4	46,2	49,0	46,0	49
40-44 años	32,8	45,6	45,9	45,7	49,7
≥ 45 años	26,5	44,3	41,0	45,0	46
TOTAL	35,3	45,7	46,0	46,0	49,6

Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

La observación más relevante es que el factor edad pierde notablemente su importancia en los ciclos de ovodonación, por lo menos en lo que se refiere a la probabilidad de lograr el embarazo. Con la única excepción del año 1999, en el resto, los resultados son sensiblemente similares en todos los grupos de edad. La efectividad desciende a medida

¹⁵⁹ Los números absolutos de mujeres mayores de 45 años que realizaron ciclos en fresco son: año 1999, 24; año 2000, 55; año 2004, 167; año 2005, 276; año 2006, 159; año 2007, 269.

que aumenta la edad pero lo hace de forma ligera, sin las caídas que se observaban en los ciclos en fresco. Los datos correspondientes al grupo de mujeres de 45 y más años, pueden considerarse más precisos que en el caso anterior, ya que las cifras absolutas son marcadamente mayores¹⁶⁰. Todo parece indicar que el proceso de producción de óvulos es una de las principales claves para explicar la eficacia de las técnicas, sobre todo cuando entra en juego la variable edad de la mujer. Parece indudable que la edad de la mujer incide en la calidad y la viabilidad de los óvulos, por lo que la utilización de óvulos ajenos mejora claramente las perspectivas técnicas de conseguir el embarazo. Hay que hacer notar, no obstante que los resultados en los ciclos de ovodonación son también mejores que en los ciclos con óvulos propios para las mujeres menores de 35 años, incluso para las menores de 30 años.

Uno de los temas objeto de cierto debate en el ámbito científico es el de valorar en qué medida la estimulación ovárica a la que se somete a las mujeres en los ciclos con óvulos propios afecta a las condiciones para la implantación de los embriones una vez realizada la transferencia. Aunque en las comunicaciones biomédicas se afirma con bastante unanimidad que las perspectivas de resultado son mejores si se utiliza la estimulación que si se trabaja sobre ciclos naturales, el modo en el que esta se realice puede incidir en los resultados. Algunos profesionales defienden la conveniencia de trabajar con ciclos naturales en determinados casos, alegando que se mejoran los resultados y poniendo en cuestión algunos de los estudios que abogan por lo contrario. En cualquier caso es un tema controvertido y la mayoría afirma que el ciclo natural obliga a trabajar sólo con un óvulo, por lo que las posibilidades de que el ciclo no llegue a finalizar son mayores. También se aduce que conseguir más de un embrión permite una mejor selección de los mejor conformados y también la transferencia de más de un embrión aumenta las posibilidades de implantación de al menos uno de ellos.

El debate estrictamente técnico excede las posibilidades y los objetivos del presente trabajo, aunque desde una perspectiva sociológica centrada en las mujeres es importante resaltar la importancia de considerar el proceso de estimulación ovárica.

Por un lado, porque el coste físico y emocional del proceso para las mujeres es importante -como se verá en el análisis de las experiencias- también lo es en términos económicos, ya que las hormonas utilizadas tienen un coste elevado. Por otro lado porque desde el punto de vista de la configuración sociotécnica de las TRA hay que destacar que los protocolos de actuación que rigen las técnicas han definido un modo de actuar que lo incluyen de modo sistemático. Como señala Thompson, no sólo las propias personas usuarias han incorporado esta perspectiva y no quieren asumir el riesgo de ineficacia asociado a

¹⁶⁰ Las cifras absolutas de mujeres mayores de 45 años que realizaron ciclos de ovodonación son: año 1999, 34; año 2004, 619; año 2005, 1.002; año 2006, 1.176; año 2007, 1.121.

los ciclos naturales, sino que también los intereses de las compañías farmacéuticas suministradoras de las hormonas recombinantes, cada vez más utilizadas, se verían seriamente dañados. Concluye la autora que modificar la manera de proceder, abriendo un mayor campo a la utilización de ciclos naturales de ovulación, requeriría una reorganización sustancial de la epistemología, la técnica y la financiación de la especialidad, cambiando la perspectiva tanto de los/as profesionales como de los/as pacientes (Thompson, 2006: 97-98).

6.3.4. Los cambios de orientación en las políticas de actuación de los centros

En las comunicaciones publicadas por quienes trabajan en este campo y por las asociaciones profesionales a lo largo de los años, se observa una mención creciente a la necesidad de aplicar criterios de calidad y de mejora en sus actuaciones.

Uno de los objetivos definidos en 2003 como prioritarios por el Grupo de Interés de “Salud Embrionaria” de la SEF fue el de disminuir la tasa de embarazos múltiples procedentes de los tratamientos de reproducción asistida en España. Literalmente se estableció como la necesidad de “concienciar a los profesionales dedicados a la reproducción asistida de la necesidad de reducir la incidencia de la gestación múltiple, para evitar su efecto negativo sobre la salud materno-fetal, derivado especialmente de la prematuridad” (Riccirelli, 2009: 6). Uno de los motivos que propició la formulación de dicho objetivo fue la constatación de que las tasas de embarazo múltiple eran superiores en España a las de la media europea. Tal y como se reconoce por el propio grupo de interés, la Ley 14/2006 - que limita el número de embriones a transferir a un máximo de tres- ha contribuido, junto con las estrategias asumidas por los/as profesionales, a que la reducción de su incidencia se haya producido de modo notable.

Según los últimos datos publicados por la SEF en el registro de 2007, en ese año fueron transferidos 51.813 embriones en 25.079 transferencias, lo que representa una media de 2,1 embriones por transferencia.

Tabla 29. Evolución de la política de transferencia embrionaria FIV/ICSI. % anuales

	1 embrión	2 embriones	3 embriones	> 3 embriones
1988	9,8	16,3	41,8	31,9
1999	8,6	16,3	45,6	29,4
2000	8,9	21,6	45,6	23,9
2001	9,7	25,7	51,5	13,1
2002	11,4	34,9	42,3	11,4
2003	12,1	44,4	36,7	6,8
2004	13,3	49,8	36,9	-
2005	14,4	53,6	32	-
2006	14,7	59,9	25,4	-
2007	15,5	62,3	22,1	-

Fuente: Registro FIV/ICSI de la Sociedad Española de Fertilidad. Año 2007. (2009:10)

Los datos reflejados en la tabla precedente son enormemente elocuentes. En el año 1999, en el 75% de las transferencias se utilizaban 3 o más embriones (45,6+29,4). Desde ahí a la cifra de 22,1% de transferencias de tres embriones hay un salto importantísimo. A pesar de todo, la práctica más frecuente es la de transferir dos embriones y puesto que no todos los embarazos llegan a término y de los que llegan no se implantan o sobreviven todos los embriones, el resultado de partos muestra que en 2007, el 71% de los partos fueron de un único nacido, el 28,2% gemelares y tan sólo el 0,7% triples, en los ciclos FIV/ICSI.

El cambio de orientación implica una redefinición de los objetivos de las TRA así como de los indicadores para medir el ‘éxito’ de los tratamientos. En el Boletín de la SEF de diciembre de 2009, la coordinadora del grupo de salud embrionaria, Elisabetta Ricciarelli afirma que “si en las décadas de los 80 y los 90, el esfuerzo de los TRA se dirigía a incrementar nuestras tasas de embarazo por ciclo iniciado, ya Johan Hazekamp¹⁶¹, en Junio del 2000, enunciaba que el objetivo de los TRA era conseguir un niño sano [...] Los parámetros que antaño medían rutinariamente la eficacia de los TRA como la tasa de embarazo por transferencia son medidas significativas sólo a expensas de un incremento de la morbilidad neonatal asociada al embarazo múltiple. Estos parámetros están siendo sustituidos en nuestros congresos y publicaciones por parámetros con un criterio estadístico más eficiente como la tasa de embarazo por embrión transferido, la tasa de recién

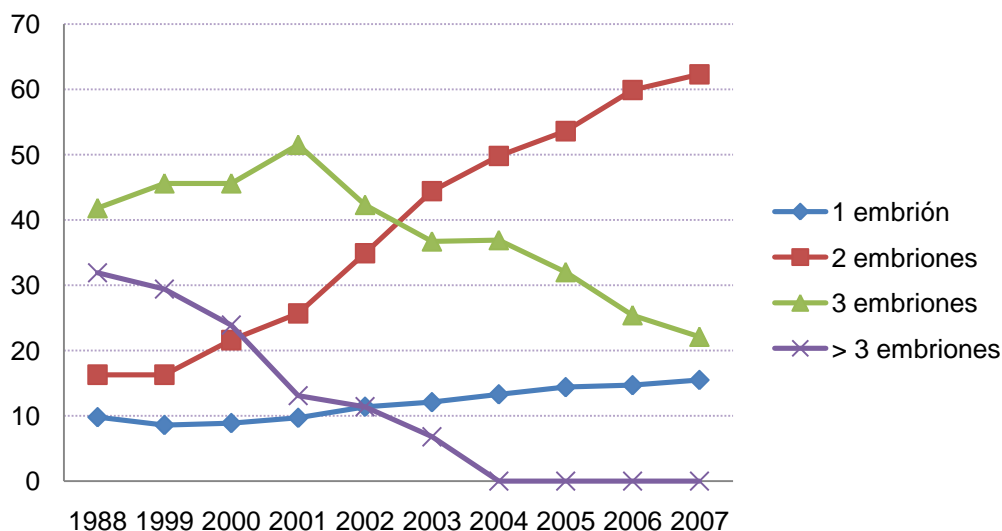
¹⁶¹ “Avoiding multiple pregnancies in ART. Consideration of new strategies”.
(*Hum Reprod.* 15.6: 1217). Citado por Ricciarelli (2009).

nacido vivo único a término por ciclo iniciado o la tasa de parto único por embrión transferido. La propia ESHRE, parafraseando el vocablo anglosajón ‘best’, define el éxito del ciclo como BESST (Birth Emphasizing a Successful Singleton at Term), término que incide en la noción de enfatizar como objetivo primario ‘el nacido a término procedente de un embarazo único obtenido por cada ciclo iniciado de reproducción asistida’ (Ricciarelli, 2009:7).

Otro de los aspectos a mejorar que señalan los/as profesionales, y que está relacionado con el objetivo anterior, es el de aumentar la información y el seguimiento de los partos y de la salud neonatal de los nacidos a partir de técnicas de reproducción asistida. Desde hace algunos años la SEF anima a los centros a llevarlo a cabo. En 2007 se puso en marcha la iniciativa de instar a los centros a colaborar en la realización del “Registro obstétrico/neonatal de Recién Nacidos Vivos”. Se plantea y valora como “un instrumento útil para reunir todos los datos del ciclo de la paciente y reflejar uniformemente los resultados de los tratamientos de Reproducción Asistida en España” (Ricciarelli, 2008:7).

Gráfico 12

Evolución de la política de transferencia embrionaria FIV/ICSI



Elaboración propia a partir de los datos de los registros SEF FIV/ICSI

En 2009 se sigue insistiendo en la conveniencia de llevarlo a cabo, si bien la denominación ahora es la de “Registro de Resultados Perinatales de Reproducción Asistida”. A los objetivos anteriores se añade el de liderar el conocimiento y divulgación de la información sobre los resultados de las prácticas de reproducción asistida, sobre todo en materia de salud de los nacidos. Desde el Boletín de la SEF este planteamiento se enuncia literalmente en los siguientes términos:

“Es evidente que en los últimos años todos hablamos de procurar para nuestras parejas ‘un niño sano en casa’. Pero desgraciadamente, si somos sinceros, muy poca es la información que recogemos sobre el resultado final de nuestros embarazos. A esa incertidumbre se suma una información científica creciente que pretende indagar sobre los posibles fenómenos epigenéticos en los embriones procedentes de las TRA. En los medios de comunicación, a veces de forma sesgada y todavía con escasa repercusión (ver página 1 del “New York Times” del 17/2/09), aparecen noticias que relacionan los TRA con un posible incremento de las malformaciones en los recién nacidos o con una mayor prevalencia de algunos síndromes raros o con procesos oncológicos. Esa ‘nebulosa’ de límites imprecisos que empieza a flotar sobre los niños nacidos de TRA es un buen caldo de cultivo para que empiecen a florecer nuevas ‘leyendas urbanas’. El único modo de poder disipar los sesgos, si existieren, y de aproximarnos a la verdad es que nosotros mismos, con paciencia, metodología y rigor, lideremos la iniciativa científica y social en la investigación sobre los resultados perinatales de los niños nacidos de TRA. Y este es el nuevo reto en el que el Grupo de Interés de Salud Embrionaria se ha embarcado. Porque no queremos que otras instancias menos escrupulosas o menos neutrales abonen dudas sobre nuestra eticidad [...] Han pasado ya casi 31 años del nacimiento de Louise Brown y han nacido millones de niños procedentes de los TRA. Desde el primer momento nuestros tratamientos y resultados han estado sometidos a una estrecha vigilancia social. Y a pesar de que hemos convivido con ‘otras leyendas urbanas’ ya científicamente superadas, jamás nadie ha podido crear una alarma social sobre nuestros procedimientos. Es obvio que esos millones de niños sanos representan el mejor aval para realizar un estudio sosegado y metódico sobre los niños nacidos de nuestros TRA. Estudio que no va a resultar sencillo y que, como ha ocurrido con la reducción de nuestros embarazos múltiples, va a requerir de años de trabajo sistemático y contrastado” (Ricciarelli, 2009)

Desde un punto de vista social y sociológico, aunque se pueda considerar muy loable el propósito de recabar más y mejor información sobre los resultados de las TRA, resulta destacable el papel de víctimas de la vigilancia social en el que se sitúan los/las profesionales del campo. Es posible que esta retórica forme parte del intento por animar a los centros a colaborar, pero, en cualquier caso, y más allá de esto, deja traslucir una visión de las TRA y de la posición de los distintos actores implicados en ella que debe ser tenida en cuenta. Quizá lo cuestionable sea que este seguimiento se haya llevado a cabo con anterioridad y que el cambio de orientación en los objetivos reconocidos, teniendo en

cuenta la perspectiva de las personas usuarias, haya tardado tanto en, al menos, enunciarse. A lo mejor las denuncias formuladas desde el feminismo en el sentido de que durante las primeras décadas de aplicación de las TRA éstas eran unas técnicas experimentales, poco probadas, manifiestamente ineficaces y que comportaban riesgos poco evaluados, formen parte de las ‘leyendas urbanas’ a las que se refiere el documento. Pero lo que parece indudable es que, con el paso del tiempo, van saliendo a la luz y van siendo reconocidas por los propios artífices de las técnicas como realidades a superar.

Tal y como se ha mostrado en el análisis precedente sobre la actividad y resultados de los centros, la eficacia de las técnicas ha mejorado relativamente con el tiempo, pero se ha hecho en parte a costa de años de aplicación de tratamientos costosos para las mujeres, velando la información sobre los resultados reales y eludiendo la consideración sistemática de los riesgos que comporta para ellas (Cambrón, 2001; McNeil, 2007).

Precisamente en las declaraciones anteriormente citadas sobre la reducción de los embarazos múltiples y el seguimiento de la salud neonatal persiste una visión centrada en los intereses del feto y del nacido que sigue sin tomar como objeto preferente de atención -a sumar- la salud de las mujeres y los riesgos potenciales que en los que incurren durante los tratamientos. En los registros SEF la única mención se podría localizar en el breve apartado destinado a recoger datos sobre las “complicaciones” acaecidas durante los tratamientos. Se listan las siguientes: Síndrome de hiperestimulación, complicaciones en la punción ovárica, hemorragia, infección, muerte materna, reducción embrionaria y ‘otras’. Se registran tan sólo aquellas que han precisado hospitalización. Los datos que se ofrecen para 2006 y 2007 son los siguientes:

Tabla 30. Complicaciones

	2006		2007	
	Nº	% sobre ciclos iniciados	Nº	% sobre ciclos iniciados
Síndrome de hiperestimulación	192	0,46	181	0,331
Complicaciones en la punción ovárica	11	0,03	17	0,031
Hemorragia	26	0,06	33	0,060
Infección	8	0,02	9	0,016
Muerte materna	0	0,00	2	0,004
Otras	4	0,01	8	0,015
Reducción embrionaria	107	0,26	81	0,148

Fuente: Registros FIV/ICSI de la Sociedad Española de Fertilidad. Años 2006 y 2007 (2008; 2009)

Según Ana Monzó y Alberto Romeu -especialistas el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario la Fe de València- el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO) es la complicación más seria y más frecuente de la FIV. Su incidencia se estima en 3%-5% de todos los ciclos de FIV y se puede calificar de leve, moderado o severo, dependiendo de la gravedad de los síntomas. “En casos extremos puede poner en peligro la vida de la paciente”. Los casos severos se estiman entre un 1% y un 2% y comportan fuerte “dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos. Se acumula gran cantidad de líquido en el abdomen y puede producirse derrame pleural, dificultando la respiración”. Estos casos requieren hospitalización urgente. Otras complicaciones asociadas con el SHEO severo incluyen problemas trombóticos, daño renal y torsión ovárica. (Romeu y Monzó, 2004: 14-15).

Las complicaciones derivadas de la punción ovárica para la recuperación de ovocitos son principalmente: las molestias leves o moderadas; hemorragias durante o después de la punción, que en uno de cada 500 casos requiere transfusión de sangre; el riesgo de padecer infecciones se estima en 1 de cada 300 y pueden ser tratadas con antibióticos; las lesiones de órganos internos son complicaciones calificadas de “extremadamente raras”, con una incidencia del 1 por mil. Otros de los riesgos y complicaciones mencionados son: la torsión ovárica, cuyo tratamiento requiere cirugía; el embarazo ectópico, cuya prevalencia tras FIV es de entre un 2% y un 11% de los embarazos, muy superior a la que se produce tras una concepción natural, que es de 1 de cada 100 a 300 embarazos; los problemas fetales asociados a las gestaciones múltiples, como el parto pretérmino, el bajo peso al nacimiento, la muerte fetal y los defectos congénitos, dos veces más frecuentes en partos múltiples que en partos simples. Sobre el riesgo de cáncer asociado a la FIV, los autores afirman que la mayoría de los estudios científicos publicados no han demostrado un aumento del riesgo de cáncer de ovario relacionado con los tratamientos (Ibíd.: 14-15). El American College of Obstetrics and Gynecology y la American Society for Reproductive Medicine han concluido que los resultados no están claros y que son necesarios más estudios para establecer una posible asociación.

CAPÍTULO 7

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MATERNIDAD

“La maternidad como sinónimo de la reproducción y único sentido de la existencia femenina entraña una doble falacia. Ni la categoría de madre agota la de mujer ni la maternidad incluye la totalidad del proceso”

Silvia Tubert (2009: 53)

El deseo de las mujeres de convertirse en madres se erige en el pilar sobre el que se sustenta la interpretación inmediata y aparentemente incuestionable de la fuerte demanda de tratamientos de reproducción asistida. Sobre él se construyeron los primeros argumentos legitimadores que acompañaron la puesta en escena social de lo que se presentó inicialmente como una hazaña médica puesta al servicio de las personas estériles.

La respuesta feminista crítica¹⁶² se apresuró a denunciar la instrumentalización que se estaba haciendo del sufrimiento de las personas afectadas en aras de la defensa de otros intereses que quedaban de este modo velados. El mensaje feminista se formuló de modo contundente y las reflexiones que propiciaron sobre el papel jugado por el entramado sociosimbólico del orden patriarcal y las relaciones de género en el proceso de implantación de las TRA, situaron a la maternidad como construcción social y cultural en el punto focal del debate. El uso de una retórica calificada casi de cínica -en la medida en que actuaba desde esta suplantación de intereses- encontraba el terreno allanado -para su difusión y aceptación- por la existencia de un marco social y cultural que seguía prescribiendo la maternidad como requisito indispensable para la adquisición de la identidad femenina adulta, al tiempo que eludía el establecimiento de las condiciones sociales necesarias para su ejercicio y para hacer posible su genuina elección. De este modo -se denunciaba- la disponibilidad de recursos tecnológicos actuaba reforzando una de las principales normas del orden patriarcal: la obligación de la maternidad para las mujeres so pena de quedar excluidas de la normalidad social, la identidad plena y de la actuación de acuerdo con lo definido como moralmente deseable.

La importancia del vínculo biológico con la descendencia quedaba asimismo enfatizada al situar la intervención en el plano corporal. Si bien se podría pensar que este énfasis no venía en primera instancia motivado por razones ideológicas sino técnicas, el impacto en el terreno ideológico y simbólico era indudable y acorde con la estructura argumental del

¹⁶² Tal y como se ha expuesto en el Capítulo 3.

discurso patriarcal. La búsqueda del hijo/a propio/a que justifica -en un proceso repleto de contradicciones y paradojas- el uso de las TRA, refuerza la ubicación de la reproducción y de la maternidad en el campo de la naturaleza, eje central de la construcción simbólica sexista de la feminidad y de las relaciones de género.

Durante los más de 30 años de desarrollo y aplicación de las TRA se ha ido produciendo un cierto desplazamiento en la posición que los/as profesionales y las técnicas que administran ocupan a los ojos de la sociedad. Estas posiciones se dibujan y difunden a través de los mensajes que emanan tanto de la comunicación mediática como de la configuración de los servicios y tratamientos que prestan (modalidades de las diferentes técnicas, indicaciones, consejos, etc.). Si en los primeros tiempos predominaba una imagen cercana a la de 'hacedores de milagros' en el combate contra la esterilidad, progresivamente se ha ido consolidando la de facilitadores de la gestión de la capacidad reproductora. En ambos casos revestidas del aura científicidad, capaz de desafiar o por lo menos de relegar a un segundo plano la cuestionable eficacia real de sus logros -por otro lado ayudada por la opacidad de la información transmitida-. Pero así como en los primeros años el protagonismo técnico era mucho más explícito, y el alivio del sufrimiento y la desesperación de las personas estériles el primer argumento legitimador (Franklin, 1990), con el paso del tiempo la imagen que se presenta va situando en primer plano el protagonismo de los/as consumidores/as y, en especial, de las mujeres. Esta transición puede entenderse como producto de la consolidación de una demanda que no deja de crecer, al tiempo que como un ajuste a las tendencias de presentación de las ofertas comerciales en el campo general del consumo¹⁶³.

La voluntad de tener hijos/as y en especial el deseo de maternidad son tomados como datos que se traducen en demanda. Esta lectura responde a una visión economicista del proceso de consumo de servicios de reproducción asistida, que no se plantea interrogante alguno sobre la generación de la necesidad o del deseo que están en la base de la demanda, excluyendo, por lo tanto, cualquier consideración acerca de si la propia oferta contribuye y en qué medida a ella. La perspectiva sociológica, en cambio, otorga a estos procesos una relevancia central.

Desde un punto de vista sociológico y feminista, la construcción social de la maternidad como proceso dinámico reviste una importancia fundamental en la configuración social de las TRA. Al tiempo, esta orientación considera que las TRA y su aplicación van a generar impactos tanto en la maternidad, su ordenación social, su tratamiento político y

¹⁶³ Estas tendencias se caracterizan de modo resumido y general como seguidoras de un esquema en el que la articulación entre producción y consumo no sigue el esquema secuencial clásico: producción-consumo, sino el de: consumo-producción-consumo, es decir, no se trata tanto de vender aquello que se produce, sino de tener en cuenta las prácticas de consumo para orientar la producción y la configuración de los servicios que se ofrecen (Morace, 1993; Alonso, 2005). Todo ello acompañado de una comunicación publicitaria en la que los productos y marcas no presionan aparentemente hacia el consumo de productos en su propio beneficio, sino que se presentan como cooperadoras en la construcción de la identidad y el estilo de vida de unos/as consumidores/as cada vez más individualizados y menos sometidos a los patrones sociales (Verdú 2003; Lipovetsky y Roux, 2004; Lipovetsky 2007).

su significado, como en las oportunidades, las representaciones y las experiencias de las mujeres. El análisis sociológico de la maternidad en la sociedad actual, deviene por lo tanto, imprescindible.

El contenido de este capítulo expone, de modo sucinto y resumido, algunas de las principales aportaciones teóricas que desde el ámbito del feminismo y, en particular - aunque no exclusivamente-, desde una orientación sociológica se han realizado sobre la maternidad. Los objetivos son, fundamentalmente, dos: la construcción del marco para la formulación de las hipótesis que guían el trabajo de indagación empírica sobre de las representaciones y experiencias sobre la maternidad de las mujeres que han pasado por tratamientos de reproducción asistida; y el de perfilar el horizonte teórico de interpretación y análisis de las mismas. En el camino se cubre un tercer objetivo: el de explicar su incidencia en la configuración social de las TRA.

7.1. LA REPRODUCCIÓN, CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL Y DE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS RELACIONES DE GÉNERO

Una de las premisas sociológicas elementales es la de considerar la reproducción como uno de los elementos clave, junto con la producción, sobre los que se construye la organización social y el entramado institucional básico de toda sociedad. Sobre la articulación de ambas -reproducción y producción- se establece el modo de división sexual del trabajo que se constata -en su variabilidad histórica e intercultural- como uno de los ejes universales de la estructuración social. Como es sabido, esta atribución de tareas en función del sexo descansa en el reconocimiento que cada sociedad haga de las diferencias entre mujeres y hombres y en ello ha jugado históricamente un papel básico la lectura de las diferencias biológicas asociadas a la capacidad reproductora. A partir de ella -como mostró y conceptualizó el pensamiento feminista de los años 70- se construyen los códigos de género, y de su valoración desigual deriva la jerarquía que rige las relaciones sociales de género.

No se trata de presentar en estas páginas un tema básico de sociología general o de sociología del género, sino de señalar cómo la maternidad entendida como construcción social condensa cuestiones clave para entender y analizar la desigualdad social entre mujeres y hombres; y de enfatizar que la reproducción no ha sido nunca un asunto privado sino público, sometido insistentemente al ejercicio del poder.

No es de extrañar, pues, que la maternidad haya sido uno de los grandes temas abordados por el pensamiento feminista y uno de los más controvertidos en su seno¹⁶⁴. A pe-

¹⁶⁴ Para un tratamiento en profundidad del tema pueden verse, por ejemplo, los textos de María Lozano y de Carmen Suárez (Lozano, 2007; Suárez, 2009). Gisela Bock (1991) presenta un estudio comparativo del modo en que los movimientos femeninos de distintos países europeos enfocaron la cuestión de la maternidad

sar de las divergencias, la mayor parte de los análisis feministas sobre la maternidad - sobre todo los desarrollados a partir de mediados del siglo XX- comparten, en términos generales, algunos elementos, que han ido matizándose y elaborándose teóricamente de modo más afinado con los años, sobre la base de las sucesivas aportaciones derivadas del impulso que ha cobrado la investigación feminista en el ámbito científico y académico. Son los siguientes:

a) La constatación de la contradicción entre la importancia social de la reproducción y el escaso reconocimiento -en términos reales y no exclusivamente retóricos- que ha recibido históricamente la maternidad. Esta contradicción muestra y es resultado del ejercicio del poder y del dominio patriarcal sobre las mujeres.

b) La consideración de la maternidad como un fenómeno social multidimensional, que articula aspectos biológicos, materiales, culturales y simbólicos. En conjunto estos aspectos constituyen la maternidad como producto social, por lo tanto variable y relativamente contingente, susceptible de transformación intencional. El énfasis otorgado a la dimensión biológica ha sido utilizado históricamente para afirmar, naturalizándola, la atribución a las mujeres de las tareas y responsabilidades derivadas de la crianza de los/as hijos/as. Ha sido utilizada asimismo para reforzar la idea de que el principal papel que debe desempeñar la mujer en la sociedad es el de madre y la de que existe una estrecha conexión entre biología femenina y deseo y aptitud para la maternidad. Este mensaje ideológico ha sorteado cínicamente las constricciones sociales que se han ido imponiendo a la posibilidad de ejercicio de la maternidad. Las normas sociales han marcado siempre, aunque de modo variable, los requisitos para acceder de modo legítimo a la condición maternal. La asignación -naturalizada- de las tareas de maternaje han estructurado el modelo de división sexual del trabajo, dificultando el acceso y la integración de las mujeres en igualdad de condiciones con los varones al resto de actividades, educativas, laborales, políticas, etc. Los ajustes que en cada momento histórico ha requerido el sistema social han recaído de modo significativo y desigual -en relación con los varones- sobre las mujeres. La supuesta biología femenina y su orientación hacia la maternidad ha servido de base para la construcción de los modelos de identidad femenina, creando, de este modo, un mecanismo muy potente para conducir a las mujeres a la maternidad a pesar del menoscabo que supone en el contexto de una sociedad que la relega.

c) La existencia de modelos estereotipados acerca no sólo de la identidad femenina, sino también -y relacionados con ella-, de la maternidad; del modo adecuado o incorrecto de desear, vivir y practicar la maternidad. Las experiencias reales de las mujeres han sido siempre diversas y la vigencia de los modelos correspondientes en cada momento han sido fuente de ambivalencia, malestar y conflicto para las mujeres. Desde el feminismo se

y cómo interactuaron con la política gubernamental dirigida a la maternidad, entre finales del siglo XIX y 1950.

ha destacado la importancia de conocer las experiencias reales de las mujeres en su diversidad, tanto para dar cuenta de los modos de resistencia a los modelos vigentes, como para poner de manifiesto el conflicto en el que sitúan vitalmente a las mujeres. De este modo se pueden descubrir las claves en las que se debe incidir para favorecer su crítica y propiciar su transformación.

d) Una de las reivindicaciones compartidas ha sido la de defender la libertad de las mujeres para elegir ser o no ser madres y el derecho de decidir cómo y cuándo llevarlo a cabo en el caso de que opten por la maternidad. La regulación social debe estar orientada desde la base de favorecer y respetar la voluntad y la libertad de las mujeres. Para ello es imprescindible que se reconozca el carácter social y político de la maternidad, puesto que su ubicación en el ámbito privado ha conllevado la ocultación de las condiciones sociales -materiales y simbólicas- que configuran el marco constrictivo en el que se definen las opciones reales abiertas a las mujeres y que condicionan el modo en el que se realizan las elecciones. El resultado de esta ocultación ha sido la representación de los problemas sociales colectivos como conflictos personales, vividos frecuentemente desde la impotencia y desde el sentimiento de culpa.

7.2. MATERNIDAD E IDENTIDAD FEMENINA. DE MADRES A MUJERES

El papel jugado por la maternidad en la conformación de la identidad femenina ha sido una de las principales cuestiones en torno a las que se ha articulado el debate feminista sobre la maternidad (Moreno, 2000: 1; 7).

En la investigación acerca de las representaciones y vivencias de los problemas de infertilidad de las mujeres que han recurrido a la utilización de Técnicas de Reproducción Asistida esta cuestión resulta central. Previsiblemente el modo en el que las distintas mujeres se la representen, dará cuenta de la intensidad con la que experimentan el problema y su alcance, contribuirá a explicar los motivos de su demanda a la tecnomedicina y constituirá uno de los factores que condicionarán las repercusiones emocionales del éxito o del fracaso de las intervenciones.

Desde la perspectiva adoptada en este trabajo, se trata de uno de los aspectos de las relaciones de género que inciden de modo directo en la configuración social de las TRA y que serán a su vez afectados por ellas.

El hecho de que el feminismo la haya tomado como uno de los núcleos principales del debate deriva, en gran medida, de que muestra la importancia de la maternidad en la construcción de los códigos de género. Los rasgos positivos que “constituyen el estereotipo femenino en gran parte de las sociedades –personas afectuosas, cooperativas, amables, capaces de captar e interpretar los sentimientos y necesidades de los otros- están perfectamente adaptados y en sintonía con las ensalzadas cualidades maternas” (Moreno, 2000: 7).

A pesar de las divergencias entre los distintos planteamientos, todos coinciden en considerar a la reproducción como una función social básica en la que las mujeres juegan un papel indispensable. Conseguir y asegurar la participación de las mujeres ha sido y es uno de los imperativos del orden social y los recursos utilizados para ello, si bien han experimentado variaciones a lo largo de la historia, siempre han sido movilizados desde el ejercicio del poder patriarcal. La conversión de la capacidad biológica de las mujeres en un imperativo normativo naturalizado ha sido uno de los mecanismos más eficaces para conseguir la ‘colaboración’ de las mujeres, al tiempo que ha servido para consolidar y reforzar las relaciones de poder sexista. La utilización del recurso de convertir la maternidad en el elemento central de la identidad femenina ha sido la base que ha permitido activar sutilmente este mecanismo.

El feminismo ha dado buena cuenta de la vigencia secular del ‘mandato social de la maternidad’ (Phoenix, 1991), que prescribe la maternidad y que convierte a las mujeres que no son madres -por voluntad o imposibilidad- en transgresoras. La centralidad de la maternidad en la identidad femenina las convierte además en carentes, condicionando la adquisición de su subjetividad como mujer adulta a la resolución que cada mujer consiga de su, probablemente, conflictiva decisión sobre la maternidad.

La ecuación mujer=madre está situada en el núcleo del orden simbólico patriarcal. En su versión más tradicional define tan sólo dos tipos básicos de sujeto social: el hombre y la madre (Tubert, 1991: 78). Tal y como ha sido reiteradamente afirmado desde el feminismo, este orden simbólico tiene un marcado sesgo androcéntrico e históricamente define de modo insistente lo diferente: la mujer. El hombre es -el sujeto universal, el portador de la condición humana-, la mujer se representa como lo otro, lo diferente y se define en el plano biológico, vinculada a la naturaleza y a su función reproductora.

La prescripción de la maternidad así operada cumple el objetivo de controlar tanto la sexualidad femenina como la fecundidad. A lo largo de la historia la ideología patriarcal intenta obsesivamente controlar lo femenino. En el imaginario social, el nacimiento y la muerte están estrechamente vinculados entre sí y asociados a la representación de la mujer (González de Chávez, 1998: 91). El cuerpo femenino y su capacidad reproductora da lugar a una imagen omnipotente y amenazante; la sexualidad femenina aparece como devoradora, insaciable, mortal. Mediante la equivalencia que reduce la mujer a la madre, el poder limita la sexualidad femenina y se apropia de la capacidad reproductora de la mujer (Tubert, 2004: 117). Ejerce así un control eficaz, al precio de una enorme violencia simbólica sobre las mujeres. Como plantea Tubert, “no se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la femineidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras la función materna, que queda configurada como su ideal” (Tubert, 1996: 7).

7.2.1. Algunas reflexiones feministas sobre maternidad e identidad femenina

Desde el elemento común que supone el rechazo del mandato social de la maternidad y el cuestionamiento del orden simbólico patriarcal, el feminismo ha elaborado distintos análisis y ha propuesto distintas estrategias. Tratarlas con la atención que merecen respetando su complejidad, escapa a las posibilidades de estas páginas. Asumiendo que se opera una simplificación extraordinaria se pueden mencionar, a título de ejemplo, las aportaciones y posturas de algunas de las autoras y de las corrientes dentro del feminismo contemporáneo.

Entre las que ponen a la maternidad bajo sospecha, desmarcándose del “feminismo maternalista” adoptado por los movimientos feministas denominados –no sin cierta polémica¹⁶⁵– de primera ola, que se desarrollaron desde finales del siglo XIX y hasta la primera Guerra Mundial¹⁶⁶ (Bock, 1993), una de las figuras más tempranas y emblemáticas es sin duda Simone de Beauvoir. Como apunta Lozano, tres siglos después de que las preciosas parisinas denunciaran que el sometimiento y la esclavitud de las mujeres se ancla en el cuerpo (Badinter, 1981: 84) y que el matrimonio y la maternidad constituyen los ejes de la dominación sexual de las mujeres, de Beauvoir asume la tarea de cuestionar drásticamente el orden patriarcal y las políticas natalistas francesas (Lozano, 2007: 209).

El rechazo de la maternidad que se atribuye a de Beauvoir es fundamentalmente un rechazo de su consideración como destino único y exclusivo de las mujeres, elevado a la categoría de instinto. Frente a ello reclama el derecho de las mujeres a elegir o a rechazar la maternidad y reivindica la legalización y el acceso a la anticoncepción y al aborto. En *El Segundo Sexo* critica enfáticamente la idea –convertida en prejuicio social ampliamente extendido– de que la maternidad colma a las mujeres, de que es la principal si no única fuente de realización para ellas. De hecho, ella ve precisamente en la adopción de otras metas, como la creación cultural, el único modo de acceso a la condición humana, tradi-

¹⁶⁵ Polémica suscitada porque supone el no reconocimiento de iniciativas feministas anteriores, por ejemplo, las del siglo XVIII.

¹⁶⁶ Estos movimientos consideraron la maternidad, entendida como embarazo, parto y crianza, como una tarea exclusivamente femenina. Precisamente por ello, además de reivindicar los derechos de ciudadanía –al voto, al trabajo remunerado, a la educación, etc.– en igualdad de condiciones con los varones, reclamaron derechos específicos en función del desempeño de una tarea de interés social fundamental, la maternidad que debía ser reconocida y protegida. Basándose en la constatación de las lamentables condiciones de vida y trabajo de las mujeres obreras, de las madres solteras y de aquellas abandonadas por sus maridos, reclamaron la intervención estatal para aliviar las dramáticas situaciones que caracterizaban la vida de las mujeres socialmente peor situadas. Podría decirse que constituyó una de las primeras muestras de afirmación del carácter social y político de la maternidad, de denuncia del nulo reconocimiento por parte de la sociedad y de la relación entre responsabilidades domésticas y desigualdad de acceso a otros campos de la vida social que posteriormente, y, sobre todo, a partir de la década de 1970 elaborará teóricamente la investigación social feminista.

cionalmente considerada masculina. Con todo, y reconociendo que la maternidad es una experiencia real por la que pasan la mayoría de las mujeres –viviéndola con ambivalencia y de modo diverso–, demanda que sea libre, responsable. La posibilidad de que las mujeres puedan establecer relaciones satisfactorias con sus hijos/as está condicionada por el contexto global de su vida, depende de su educación, de sus actividades, de la relación con el marido. No es lo mismo ser madre por elección que por obligación e imposición (Suárez, 2009: 156). El descuido de estas condiciones desacredita otro de los prejuicios que alimentan el mandato de la maternidad, el que afirma que los hijos e hijas encuentran la felicidad en las madres. Como señala Suárez, de Beauvoir ironiza diciendo que una de las grandes paradojas de las sociedades ha sido proclamar la subordinación de las mujeres y depositar en ellas la responsabilidad de la maternidad. Sería necesario, por el bien de la maternidad y de los/as hijos/as que las madres fueran personas completas y no mutiladas, unas mujeres que trabajaran, que hubieran encontrado una autorrealización, una vida pública (Suárez, 2009: 157).

En un interesante artículo, Linda Zerilli realiza un análisis crítico de la relevancia de *El Segundo Sexo* para los debates posmodernos acerca de la representación de la maternidad y la subjetividad femenina.

“el problema para el feminismo no es la madre como sujeto sino las mujeres como no sujetos, como ideal maternal, la madre como sujeto mudo. En oposición a Kristeva, de Beauvoir nos recuerda que el orden patriarcal no se puede cuestionar asignando a las mujeres un espacio ajeno al discurso, sino sólo modificando su posición dentro de él. Para algunas mujeres este proyecto no implica necesariamente el rechazo de la maternidad pero, para todas, requiere claramente el rechazo del ‘eterno maternal’. Es cierto que de Beauvoir temía tanto al segundo que no pudo comenzar a articular la primera; sin embargo, abrió un espacio conceptual en el cual las feministas podrían proponer significaciones alternativas de lo materno, elaborando una concepción del sujeto femenino que no esté definido por la maternidad” (Zerilli, 1996: 185).

Siguiendo la estela de Simone de Beauvoir, Betty Friedan publica en 1963 *La mística de la feminidad* (Friedan, 1974). En él analiza lo que en artículos anteriores había denominado “el problema sin nombre”, la insatisfacción y el aislamiento de las mujeres americanas de clase media de mediados del siglo XX, que incluso habiendo estudiado, estaban dedicadas a tiempo completo a ser amas de casa. Describe los factores, económicos, educativos, políticos e ideológicos que habían construido “la mística de la feminidad” y con ella un modelo de identidad femenina que caracteriza a las mujeres por la pasividad sexual, la dependencia económica y personal de los varones, la dedicación a la procreación y a la educación de los/as hijos/as como tarea exclusiva (Suárez, 2009: 159-160).

Otra de las citas ineludibles es la de la obra de Adrienne Rich *Nacemos de mujer*, publicada en 1976. En este texto reivindica la maternidad como experiencia que debe ser

rescatada de la cárcel en la que el patriarcado la ha situado, y con ella a las mujeres. En sus palabras:

“En este libro me propongo distinguir entre dos significados superpuestos de maternidad: la relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción y con los hijos; y la institución, cuyo objetivo es asegurar que ese potencial- y todas las mujeres- permanezcan bajo el control masculino. Esta institución ha sido la clave de muchos y diferentes sistemas sociales y políticos. Ha impedido a la mitad de la especie humana tomar las decisiones que afectan a sus vidas; exime a los hombres de la paternidad en un sentido auténtico, crea el peligroso cisma entre vida ‘privada’ y ‘pública’, frena las opciones y potencialidades humanas. Sorprendentemente, produce la contradicción fundamental: las mujeres quedamos alienadas de nuestros cuerpos al encarcelarnos en ellos [...] El poder de la madre presenta dos aspectos: la capacidad biológica para concebir y alimentar la vida humana, y el poder mágico con que los hombres han investido a las mujeres, ya sea como culto a la diosa o como temor a ser controlados o abrumados por las mujeres. En realidad no es mucho lo que sabemos acerca del significado de este poder entre las mujeres fuertes de la era prepatriarcal. Podemos suponer, desear, crear mitos, fantasías y analogías. En cambio, sabemos mucho más de cómo, bajo el patriarcado, las posibilidades femeninas han sido literalmente aniquiladas en la maternidad. A lo largo de la historia, muchas mujeres han sido madres sin haberlo elegido, y muchas más han perdido la vida al traer la vida al mundo” (Rich, 1996: 47-48).

El análisis crítico que Rich realiza de la institución maternal permite no sólo rescatar las experiencias de las mujeres, dotando de sentido y explicación a sus vivencias desde la ambigüedad, el conflicto y el malestar; sino también pensar en las virtualidades de la maternidad. Convertir el ejercicio de la maternidad en un acto de elección en libertad es también para Rich el objetivo del feminismo. En este sentido, considera Suárez, puede decirse que es heredera del legado de Simone de Beauvoir (Suárez, 2009: 164).

Una de las muchas aportaciones de la obra de Rich que merece ser destacada es la de la comprensión de la “matrofobia” experimentada por muchas mujeres de su generación a través de la vivencia de la relación con sus madres, dominadas por la institución patriarcal. “La matrofobia no es sólo el miedo a la propia madre o a la maternidad, sino a convertirse en la propia madre” (Rich, 1986: 339). La percepción de la madre al tiempo como víctima del patriarcado y como transmisora de sus valores. El análisis de Rich de la institución de la maternidad permite entender el efecto devastador del patriarcado, que separa a madres e hijas, convirtiendo a las mujeres en “huérfanas de madre”. Desde esta comprensión se hace posible la recuperación y la reivindicación del vínculo entre ellas sobre la base de una maternidad potenciadora, empoderante y no limitadora.

“Pocas de las mujeres que crecen en la sociedad patriarcal pueden sentirse suficientemente enmadradas. El poder de nuestras madres, cualesquiera que sean su

amor y su lucha por nosotras, es muy restringido. El patriarcado enseña a la niña sus adecuadas expectativas a través de la madre. La presión de una mujer sobre otra para que se adapte a un papel degradante y desalentador, apenas puede llamarse 'ser madre', aunque crea que hace esto para ayudar a su hija a sobrevivir" (Rich, 1986: 349).

Recuperar la maternidad y la genealogía femenina es imprescindible para Rich, ya que la niña mira a su madre para responder a la pregunta ¿qué es una mujer? La tarea es difícil en el seno del patriarcado y llevarla a cabo -rebelándose contra él-, imprescindible.

"Hasta que entre madre e hija, entre mujer y mujer, a través de las generaciones, no se extienda una línea de amor, confirmación y ejemplo, las mujeres errarán siempre en el desierto" (Rich, 1996: 353).

La mayor parte de las posiciones feministas ven en la capacidad reproductora de las mujeres una fuente de valor, expropiada por los varones en la sociedad patriarcal, y en el libre ejercicio de la maternidad -incluyendo la posibilidad de elegir no ser madre- la condición para escapar al modelo de identidad femenina impuesto por el orden simbólico patriarcal. En los planteamientos, no obstante, existen divergencias importantes que son señaladas, sobre todo, por el feminismo de la diferencia.

Precisamente porque, desde estas corrientes, se ve en la maternidad la posibilidad de construir y afirmar una nueva identidad femenina. En su voluntad de denunciar el androcentrismo del orden social que ha devaluado sistemáticamente los atributos femeninos y ha impuesto un sistema de valores masculino, reivindican el valor moral y social de las especificidades femeninas. Al hacerlo se sitúan en el difícil terreno de afirmar la identidad femenina desde la especificidad biológica de las mujeres -estrechamente conectada a su capacidad reproductora- y de la experiencia compartida por las mujeres en el ejercicio de la maternidad. Un terreno sembrado de trampas patriarcales.

Sin que pueda etiquetarse a esta autora como integrante del feminismo de la diferencia, la aportación de Carol Gilligan (1985)¹⁶⁷ supuso un revulsivo para el debate sobre la igualdad y la diferencia en la construcción de las identidades de género (Lozano, 2007: 234). Su contribución se centra en la teoría del desarrollo moral y critica -por androcéntrico- el planteamiento dominante en el ámbito de la psicología evolutiva. Gilligan plantea que, por sus propias experiencias y condiciones de vida, varones y mujeres siguen dos vías diferenciadas en el desarrollo de las actitudes morales. Así, mientras que los hombres desarrollan actitudes vinculadas a la ética de la justicia, de los derechos y de la imparcialidad -dominante socialmente-, las mujeres lo hacen basándose en la ética del cuidado, del compromiso y de la responsabilidad -relegada socialmente e inferiorizada-. Las relaciones

¹⁶⁷ El original fue publicado en 1982.

personales particulares, la empatía y los vínculos afectivos y el reconocimiento de los sentimientos y necesidades de los otros alientan el desarrollo moral de las mujeres. Los valores femeninos se vinculan estrechamente a la experiencia maternal, sobre todo, en la práctica de la crianza.

Este planteamiento fue acogido con críticas por parte del feminismo de la igualdad que vio en él el riesgo de perpetuar una perspectiva dualista que refuerza los estereotipos de género y con interés por parte del feminismo de la diferencia.

Hay que reconocer, como positivo, que señaló explícitamente algo compartido por el pensamiento feminista -independientemente de su adscripción-, la afirmación de que la vida social sería imposible -e insoportable- si todas las personas asumieran exclusivamente el modelo de desarrollo moral hegemónico. Su propuesta de que, a partir del reconocimiento de los valores femeninos denostados, se potencie la convergencia entre ambas éticas y se favorezca su vinculación a hombres y mujeres, podría suponer un beneficio social indudable, aunque de difícil consecución.

El feminismo de la diferencia critica el rechazo de la maternidad protagonizado -en su opinión- por el feminismo de la igualdad en el intento de este último por escapar a la trampa patriarcal en la que se ha convertido. Emprende la arriesgada tarea de explorar y afirmar la posibilidad de una identidad femenina configurada desde los valores, actitudes y comportamientos que propicia la especificidad de las mujeres y, sobre todo, la experiencia maternal. En esta línea se situarían distintas corrientes como el feminismo cultural estadounidense, que desarrolla el concepto de 'pensamiento maternal' (Ruddick, 1989), el feminismo ecopacifista, (Daly, 1978; Mies & Shiva, 1993) y autoras europeas como Cixous y Kristeva. La incitación de Rich a subvertir el orden simbólico patriarcal (re)construyendo otro, nacido de mediaciones femeninas y basado en nuevas formas de relación entre mujeres (Bengoechea, 1986: 417 es recogida -o compartida-, por ejemplo, por Luce Irigaray en *El cuerpo a cuerpo con la madre* (1985: 198), inspiradora a su vez de Luisa Murano que publica, en 1990, *El orden simbólico de la madre* (1994).

En el contexto español algunas de las figuras más destacadas del feminismo de la diferencia, que han tratado específicamente este tema son: Victoria Sau y Milagros Rivera Garretas. Victoria Sau habla de *El vacío de la maternidad* (1995). La maternidad -como institución- en nombre propio no existe, puesto que lo que nombra el patriarcado es una institución masculina, que sólo reconoce la paternidad, el poder de los padres, que es el único considerado social y políticamente relevante. La maternidad ha sido "fagocitada" por la paternidad. El papel asignado a las mujeres es el de madre-en-función-del padre (Sau, 2001: 169-174), transmisoras de valores patriarcales y encargadas de realizar las tareas de maternaje. La maternidad tal y como la conocemos es una impostura, la gran mentira del patriarcado para mantener a las mujeres sujetas y a su servicio. Esta trampa patriarcal lleva a confundir la maternidad con el "ser las madres, nodrizas, sirvientas e institutrices de las criaturas". Lo único que existe es el mito de la maternidad que como tal es una ilusión y "todas las mujeres paren en cautividad". La realidad es la no-

maternidad, que asume dos formas: “la maternidad en esclavitud”, que es aquella que obliga, mediante presiones directas o indirectas, a ser madres -engendrar y parir-; “la maternidad en servidumbre” es la voluntaria, incluso deseada, pero que obliga a las mujeres a educar y criar a las criaturas según las normas del patriarcado (Sau, 1995). La condición de hijas -huérfanas de madre- es común a todas las mujeres.

Rivera coincide plenamente con Irigaray y, sobre, todo con Murano al afirmar que vivimos inmersas en un terrible desorden social y simbólico generado por la anulación de la figura materna, por la falta del referente materno. En su libro *El gran fraude de la igualdad* (1997) arremete contra el feminismo de la igualdad de la segunda ola, que en su afán por reivindicar la igualdad fue abiertamente antimaterno, renegando sin ambages de las tareas específicamente femeninas y distanciándose de sus madres, que encarnaban el modelo opresivo a combatir (Establier, 2005: 176). Rivera no muestra la comprensión hacia la matrofobia de Rich y culpabiliza a las “generaciones más emancipadas y antimaternas del siglo XX” de reforzar la devaluación de la maternidad característica del patriarcado consumando el matricidio. La recuperación del vínculo con la madre se encuentra, según la autora en el reconocimiento y la práctica de la diferencia sexual, que hunde sus raíces en la relación con la propia madre, fundada en el nacimiento y proseguida a lo largo de la vida en la negociación constante con ella (Establier, 2005: 176).

Para el feminismo de la diferencia la (re)construcción del orden simbólico de la madre no significa -en teoría- prescribir la maternidad sino liberarla y conseguir desde ahí la conversión de las mujeres en sujetos. En este sentido, defendería la libertad de las mujeres para decidir si desean o no ser madres. Pero, a pesar de sus intentos por rebatir el esencialismo que se ha atribuido a su posición, su discurso y sus propuestas comportan una exaltación de la maternidad que la convierte en la clave de la especificidad femenina universalizada, al tiempo que en el medio para la subversión del orden patriarcal mediante la creación de otro orden simbólico ajeno, específicamente femenino.

Esta propuesta ha sido objeto de controversia y ha recibido numerosas críticas, que comparto en líneas generales. Así, estarían reforzando una maternidad idealizada que, como plantea Osborne (1993), distorsiona la realidad de muchas mujeres, con lo que se acaba por construir un modelo imposible, ahora prescrito por el feminismo, y que provoca frustración, marginación y sentimiento de culpabilidad entre quienes no quieren, no pueden o no saben ajustarse a él (Lozano, 2007: 241).

Coincidiendo en esta observación, resulta de gran interés la aportación de María Asunción González de Chávez. Desde una perspectiva psicoanalítica feminista reconoce críticamente el interés y la debilidad -tanto en el terreno psíquico como social- de las propuestas encaminadas a restaurar las heridas que en la estructura psíquica de las mujeres genera el orden simbólico patriarcal, protagonizadas por autoras como Murano. En su opinión, la propuesta de Murano para rehabilitar el vínculo entre madre e hija, para rescatar el poder simbólico de esta la relación femenina, es un intento ideal y voluntarista, que se traduce en una consigna fundamental: la de “saber-amar a la madre”. La pregunta que

surge es la de “cómo elaborar la separación sin que suponga, como hasta hoy, una negación recíproca, pero tampoco una idealización materna, revalorizada ahora como detentadora de una potencia (dar la vida y la palabra: fundadora del orden simbólico), que casi la colocaría más allá de la sexuación, al igual que la representación de las grandes diosas primitivas” (González de Chávez, 1998: 122-123). Formulado de este modo -dice la autora- podríamos preguntarnos si el nuevo orden simbólico sería posible o deseable.

“Si es necesaria la valoración de la maternidad para hacer posible el pensamiento y la palabra femenina, el encubramiento de la potencia de la (en tanto que) madre, puede resultar restrictivo si un deseo- ‘saber amar a la madre’- se convierte en un imperativo moral que dificulta la expresión de la multiplicidad de sentires (simultáneos y contradictorios) que el vínculo per se genera, y que son la raíz también de las múltiples posiciones susceptibles de ser ocupadas por cada una” (González de Chávez, 1998:123).

La figura de la Madre se convertiría en absoluta, absorbiendo y obturando la del sujeto mujer. Continuaría habiendo un vacío representacional por la falta de un significante que nombre a la mujer más allá de la dimensión materna. “Podríamos, quizás, hablar, en cambio, de la necesidad de reconocer a la mujer que hay en la madre: un reconocimiento de su grandeza (su poder) y, simultáneamente, a su fragilidad, sus necesidades, sus deseos. “ (124) Habría que concederle a la madre una entidad diversa a la exclusivamente materna. Un proceso difícil, que requeriría “el más doloroso duelo, la mayor contradicción en la que se hallan inmersas las mujeres frente al ansia de los otros y de ellas mismas de (Ser y tener) una Madre Ideal, Madre Perfecta y Plena, Madre Única y Exclusiva, Madre Siempre. La madre que se completa con su hijo/a [...] Es necesario, pues, hacer todos/as el duelo por la Gran Madre, por el ansia de la Unidad, sueño irrealizable, a fin de que la identidad femenina pueda liberarse del Ideal, para que pueda haber Mujeres, también madres. E igualmente hombres-Padres, que sean capaces de incorporar el maternaje a su función paterna y a su identidad masculina” (124).

Desde el feminismo de la igualdad la perspectiva de vincular la identidad femenina a la naturaleza específica de la mujer y a la maternidad es reproducir el esquema y la estrategia patriarcal. En este sentido se pronuncia de una de sus exponentes más destacadas en España, Celia Amorós. Para esta autora el patriarcado ilustrado ha adoptado la estrategia de impedir el acceso a la individuación a las mujeres precisamente a través de la reducción de la identidad femenina a la “madre natural”. Las mujeres quedan de este modo excluidas del pacto por la igualdad realizado entre los varones. Ellos ocupan el espacio de “los iguales” y en él ostentan la condición de individuos diferenciados, que como tales tienen acceso al poder y pueden ser reconocidos por los otros como sus iguales. Dice Amorós que “los espacios en que se juega poder -en el sentido foucaultiano del término- es

muy importante la percepción diferencial de las acotaciones y los *ubis* que se autoinstituyen en centros de imputación, es decir, hay que establecer el quién es quién tanto para administrarlos como para orientarse prácticamente en ellos”. Es en este sentido que el género masculino está compuesto de individuos.

“Decir que ocupan el espacio de los iguales no significa que todos los varones tengan el mismo poder, sino que, en tanto que se consideran los titulares legítimos del ‘contrato social’, reconocen al menos la expectativa de otros posibles titulares que esperan su turno en tanto que candidatos a un relevo siempre posible, al menos en principio” (Amorós, 1997: 429).

Las mujeres son convertidas en seres indiferenciados, indiscernibles, englobados en la categoría ontológica de feminidad. Quedan relegadas al espacio de las idénticas, negándoles su condición de individuos (Amorós, 1987). En el espacio simbólico atribuido a las mujeres no está en juego ni la hegemonía ni el prestigio. Por eso “no hay razón suficiente alguna para discernir contornos nítidos diferenciados, es decir, para realzar la individualidad sobre el fondo de las características atribuidas al género [...] El lote de características ontológicas por las que la feminidad es herterodesignada funciona *pro indiviso*” (Amorós, 1997: 430).

Es por tanto necesidad imperiosa e ineludible cuestionar y rechazar la esencialización de la feminidad ligada a la diferencia sexual y a la maternidad y con ello una identidad –indiferenciada– que no es tal. Amorós critica enérgicamente las propuestas de (re)construir el orden simbólico de la madre. En particular, al hilo del planteamiento de Irigaray, escribe:

“Por más que se pretenda llevar a cabo la reconstrucción de ‘lo femenino’ como cuerpo sexuado en función de sí mismo y no del otro, la mujer se asume, en cuanto tal, como radical Alteridad marginal el orden simbólico del *logos*, concediendo que este orden es masculino. Aunque considere que su no inscripción en él es una forma de subversión, la realidad es que el orden patriarcal no se inmuta lo más mínimo por coexistir con una feminidad –en este caso supuestamente autodesignada y no heterodesignada– que acepta configurar su identidad desde las –presuntas– características de su sexo: este orden la redujo siempre a su sexo” (Amorós, 1997: 391-392).

Este tipo de propuestas, así como las que se centran en reivindicar la supremacía moral de los valores y actividades femeninas, sin duda bienintencionada, conducen a la impotencia, son inefectivas en el terreno de una transformación política y social que favorezca la autonomía de las mujeres. Estarían incurriendo en lo que Amorós denomina “el voluntarismo valorativo del oprimido, que se podría definir como la actitud que se expresaría en los siguientes términos: ya que no nos dejan hacer lo importante, decidamos que lo ‘verdaderamente importante’ es lo que nosotras hacemos” Esta actitud “no hace sino

sancionar la impotencia para modificar la jerarquía de valores socialmente vigente, sustituyendo la imposible transformación por una autovaloración interna carente de convalidación” (Amorós, 1997: 388). Discutir acerca de lo socialmente importante y éticamente valioso requiere el acceso al poder social y cultural y sólo desde ahí será posible, en su caso, la rehabilitación del valor de lo que desde el orden patriarcal está devaluado en tanto que adscrito a lo femenino. Es necesario, dice Amorós, “construir alternativas para las mujeres en el nivel del propio ser social, como única posibilidad de educación de nuevos valores no meramente voluntarista ni condenada, por la fuerza de la gravedad social que imponen las jerarquías axiológicas dominantes, a ocupar el bache geológico previamente configurado para alojar los valores femeninos en el terreno fuertemente modulado por la diferencia genérica” (Amorós, 1997: 407).

El alcance y la complejidad del tema y del debate son extraordinarios. Desde la perspectiva de la argumentación que se está construyendo en estas páginas se podría decir -aún a riesgo de simplificar en exceso- que las distintas corrientes feministas aquí reflejadas comparten en el fondo la crítica al contenido y al dominio del orden simbólico patriarcal, a la devaluación de lo femenino, a la reducción identitaria de la mujer a la maternidad y las consecuencias psíquicas, sociales y políticas que esto comporta.

El objetivo de transformar una herencia tan arraigada -y persistente en sus efectos- es también común, así como la voluntad de abrir vías para la construcción de las mujeres como sujetos en todas sus dimensiones. La diferencia fundamental estaría en el modo de enfocar el análisis y, sobre todo en la identificación y la priorización de los caminos adecuados para conseguirlo. Si el feminismo de la diferencia privilegia la vía que parte del terreno de lo psíquico y de lo simbólico, el de la igualdad prioriza la acción en el terreno social y político. En este sentido Amorós realiza implícitamente una aproximación a esta idea cuando ironiza sobre la ‘transformación’ del eslogan feminista de los años setenta del siglo XX: “lo personal es político”, operada por el feminismo de la diferencia.

“Si [este lema] por un lado llevó productivamente a ampliar y radicalizar lo que era el dominio convencional de la política, por alguna otra de sus derivaciones cobró ciertas inflexiones conducentes a una interpretación del mismo en el sentido de ‘lo político es personal’, con la consiguiente conversión del feminismo en un *ethos* al precio de la desactivación de su impacto político” (Amorós, 1997: 386).

Desde una perspectiva sociológica, la evaluación del papel que desempeña actualmente la maternidad en la conformación de la identidad femenina, requiere, ineludiblemente, prestar atención a las transformaciones sociales que se han producido en las últimas décadas y al modo en que éstas reflejan una ‘resituación’ conflictiva de la maternidad en la vida de las mujeres.

7.2.2. Cambios sociales y referentes ‘normalizados’ de identidad femenina

Los cambios sociales experimentados en las últimas cuatro décadas, sobre todo en los roles sociales reconocidos y adoptados por las mujeres, invalidan la hipótesis de que la maternidad sea la única fuente de ‘realización’ de las mujeres y el único medio para la construcción de la identidad femenina, tanto en el terreno ideológico-normativo como en el de las prácticas sociales. La incorporación ‘normalizada’ de las mujeres a la actividad laboral, el incremento de los periodos formativos -así como su orientación-, los cambios en la concepción de la familia y en las relaciones de pareja, la práctica de la anticoncepción y la legitimidad adquirida por la toma de decisiones en materia reproductiva, se inscriben en un proceso de drástica transformación de la situación social que afecta -y es afectada por- al cambio en los referentes constitutivos de la de la identidad de las mujeres.

En España, la transformación se produce de modo más acelerado que en otros países del entorno europeo y se precipita a partir de finales de la década de los años setenta del siglo XX. Luis Garrido hablará -en su estudio publicado en 1992 *Las dos biografías de la mujer en España*- de la existencia de un corte generacional que marca, justamente en las mujeres que llegan a la adolescencia en los años de la transición, la construcción de un modelo biográfico radicalmente diferenciado del de las generaciones anteriores (Garrido, 1993). Describe el cambio que supone la incorporación: de la actividad laboral como medio de autonomía -más allá de la necesidad económica-, de las decisiones reproductivas, que comienzan a verse dotadas de una legitimidad de la que carecían en la España franquista y de la tendencia al retraso de la primera maternidad que actúa como uno de los signos de lo que califica como ‘la revolución reproductiva’ que se ha producido (1996).

Textos de sociólogas como Rosa Conde (1982), M^a Jesús Miranda (1987), M^a Ángeles Durán (1986; 1988) y de psiquiatras como Carmen Sáez Buenaventura (1993) hablan del ‘desconcierto’, del optimismo, de la decepción y del conflicto con el que las mujeres españolas viven los acelerados cambios sociales, políticos y culturales.

En *Crónicas del desconcierto*, M^a Jesús Miranda refleja el sentir de las mujeres entrevistadas a principios de los ochenta, “las españolas saben que ya no son lo que eran y se esfuerzan por saber lo que son”; su creciente presencia en ámbitos que hasta hace muy poco no reconocían como propios, establece la distancia con los viejos modelos identitarios, que ya no sirven más que como referencia de la que distanciarse. Las identidades se desdibujan ante un presente y un futuro que resulta desconocido.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, se publicó un estudio en 1988 en el que explorábamos los cambios experimentados por las mujeres en lo que concernía -entre otros temas- a sus actitudes hacia la familia, las relaciones de pareja y la maternidad. Pudimos observar -a través de la información producida mediante grupos de discusión- el

espectro de diversidad en las representaciones y actitudes que se iba abriendo a partir del distanciamiento del discurso patriarcal tradicional que actuaba como matriz discursiva originaria. En relación con la maternidad se constaron cambios desde una situación en la que ésta podía ser deseada pero no elegida, hacia representaciones y actitudes en las que emergía el carácter opcional de la pareja y de los/as hijos/as. Con ello desaparecía el sentido de renuncia y entrega que en un pasado -aún presente- se asociaba a la familia, sobre todo para la mujer. La afirmación de las mujeres como personas y su identidad se planteaba -en el discurso emergente más emancipado- desde la perspectiva de consolidación de su individualidad. Las relaciones de pareja y la maternidad cobraban un nuevo sentido, el de que -al ser elegidas por propia voluntad- ya no deberían representar un obstáculo para las mujeres, y no constituirían su única experiencia o dimensión vital, tanto sincrónica como diacrónicamente (Martí; Perelló, 1988). Este discurso aparecía de modo emergente y fragmentario, fruto de la percepción de los drásticos cambios que se estaban produciendo en España en el terreno de las mentalidades, de las normas y de los valores.

El tema ha sido tratado directa o indirectamente por multitud de estudios posteriores. En términos generales se podría decir que todos coinciden en señalar que el cambio -en relación con las decisiones respecto a la maternidad y con la vinculación entre maternidad e identidad femenina- comenzó por aceptar -como normal y normalizada- la toma de decisiones sobre el número de hijos/as y el momento de tenerlos/as. Inicialmente el límite se situaba en la decisión de no tener ninguno/a. La ausencia de hijos/as tendía a representarse como fruto de la imposibilidad, derivada de problemas de fertilidad o de situaciones sociales y personales que lo dificultan o lo impiden. En quien se supone que está en condiciones de tenerlos/as, la voluntad de no tener hijos/as se percibe con extrañeza, si no con franca desaprobación. Las acusaciones de egoísmo o arribismo son frecuentemente dirigidas hacia las mujeres que por propia voluntad deciden no ser madres. Esta reacción social está todavía muy presente. Precisamente porque la decisión supone un corte, un salto cualitativo, en lo que se supone que es al tiempo la inclinación natural de la mujer y su principal deber y/o aportación social¹⁶⁸. Tal y como se ha señalado tantas veces, aunque se da por supuesto y se prescribe la responsabilidad como criterio principal en las decisiones reproductoras, a nadie se le pregunta por qué tiene hijos/as; en cambio, se buscan y se piden explicaciones -directa o indirectamente- a quien no los tiene.

¹⁶⁸ Precisamente en la investigación citada aparecía explícitamente el importante papel que, en el terreno del cambio de actitudes sociales, jugaban las mujeres que simplemente decidían que no querían ser madres, sin tener que justificarlo. En uno de los grupos de discusión (grupo de mujeres de clase obrera) se planteó un enunciado muy claro que fue acogido con extrañeza por la mayoría del resto de participantes: “una mujer que no tenga hijos puede ser tan interesante para la vida humana y para la naturaleza como la que sí que los tiene [...] yo apoyaría a todas esas mujeres que no quieren tener hijos y simplemente que no los quieren tener [...] a lo mejor nos están apoyando a nosotras que nos creemos más mujeres, están haciendo por nosotras mucho más de lo que creemos”.

De modo creciente, la formación, el trabajo remunerado, la búsqueda de la autonomía económica y también del éxito profesional, son ámbitos y objetivos que aparecen como referentes normalizados de la vida, de los intereses y de la identidad de las mujeres. En su consolidación como tales han jugado un importante papel las reivindicaciones feministas y los cambios legislativos y sociales. Esta modificación en el terreno de las mentalidades y de las prácticas no se ha producido sin dificultades y, de hecho, las experiencias de las mujeres han estado y están todavía atravesadas por los conflictos y las contradicciones en las que se encuentra inmerso el sistema social.

La insuficiente modificación del modelo tradicional de división sexual del trabajo unida a la persistente hegemonía de las lógicas y de los valores que caracterizan y rigen el mundo -todavía- masculino del trabajo remunerado, dibujan un escenario altamente conflictivo en el que las mujeres deben (re)situar tanto sus decisiones en torno a la maternidad como los parámetros desde los que definen su identidad y desde los que trazan y realizan sus proyectos de vida.

Para comprender el uso de las técnicas de reproducción asistida, resulta indispensable tener en cuenta las condiciones sociales -materiales y simbólicas- actuales para el ejercicio de la maternidad, así como la compleja y conflictiva relación entre maternidad, roles y relaciones de género e identidad femenina.

La ausencia de corresponsabilidad -social e intergénero- en las tareas de crianza¹⁶⁹ dificulta de modo considerable la posibilidad de que las mujeres afiancen sin fisuras una imagen de sí mismas, de su voluntad y de sus intereses que incorpore la maternidad junto con la dedicación laboral de modo satisfactorio. Más difícil es aún integrar la realización profesional y el disponer de tiempo propio.

Tal y como han señalado numerosos estudios como, por ejemplo, el realizado por Rosario Sampedro, M^a Victoria Gómez y Mercedes Montero, las dificultades de compaginar maternidad y trabajo remunerado se perciben y afrontan por parte de las mujeres -de modo mayoritario- desde la voluntad de compatibilizar ambas esferas. La actividad laboral se considera algo irrenunciable, el fruto de una conquista conseguida por varias generaciones de mujeres y en la que no debe haber vuelta atrás, puesto que otorga autonomía, derechos propios, enriquece la vida social y personal y construye la individualidad (Sampedro et al, 2002: 34). Esta percepción alimenta una actitud -en este caso en las mujeres que no quieren prescindir de la maternidad- de hacer conciliable -en lo cotidiano y personal- lo socialmente incompatible. El resultado es bien conocido, la 'doble presencia' de las mujeres, la sobrecarga, el malestar y la vivencia del conflicto cotidiano que choca frontalmente con el imaginario mítico de armonía y felicidad que supuestamente rige las

¹⁶⁹ Aunque las tareas de cuidado son mucho más amplias, se alude específicamente a las relacionadas con la descendencia por dos motivos: porque son las que circunscriben en contexto del presente análisis y, sobre todo, porque son la que generan mayor ambivalencia en las mujeres a la hora de establecer un discurso crítico sobre los problemas de falta de corresponsabilidad y las dificultades de compatibilidad entre actividad laboral y maternidad.

relaciones familiares (Torns, 2005: 18). Las opciones abiertas a las mujeres ante este panorama son descritas por Simón como configuradoras de ‘conflictos en el itinerario vital’ distintos a los que se abren ante los varones, creando unos modelos de referencia que contienen respuestas siempre insatisfactorias y frecuentemente alentadoras de sentimientos de culpa y frustración (Simón, 2002).

En estrecha relación con el panorama descrito, figura la presencia y vitalidad en el imaginario colectivo de algunos de los rasgos que definen el modelo de maternidad intensiva (Hays, 1998). El sentimiento de responsabilidad -considerado primordialmente femenino- hacia el bienestar de los/as hijos/as, el comportamiento altruista, las actitudes abnegadas y desinteresadas, etc. nutren unas representaciones colectivas -que muchas mujeres hacen suyas- en las que la renuncia a la maternidad o su relegación tras otras metas son vistas como muestra de egoísmo, ambición -denostada por impropia en tanto que femenina- o dejación. Estas actitudes se articulan con facilidad con el discurso social que presenta una sociedad dominada por valores consumistas -en los que se enlazan materialismo y hedonismo- percibidos como incompatibles con una adecuada disposición hacia la maternidad-paternidad.

El conflicto material y simbólico está servido. Enredadas en él, las mujeres lo tienen difícil para escapar ,y trascender el papel de víctimas pasivas de unas condiciones sociales opresivas requiere en la práctica -como tantas veces- liderar las transformaciones sociales, lo que no sólo es injusto, sino que también comporta asumir los costes que la iniciativa conlleva¹⁷⁰. En este sentido, un ejemplo claro es el aportado por los estudios sobre condiciones y trayectorias laborales femeninas. En ellos además de dar cuenta de la exigencia de plena disponibilidad, movilidad y flexibilidad que exige el mundo laboral y que a priori se niega a las mujeres, investigan la realidad y los motivos por los que las mujeres llegan a ‘renunciar’ a la progresión ascendente en el mundo laboral cuando esto les supone renuncias que consideran imposibles o intolerables. Muestran cómo las mujeres se encuentran en lo que, retóricamente, se podría describir como atrapadas entre el ‘suelo pegajoso’ y el ‘techo de cristal’. Si el techo de cristal es la metáfora que da cuenta de la barrera que impide la progresión laboral de las mujeres más allá de cierto nivel, el suelo pegajoso alude a las constricciones derivadas de un universo simbólico que las enreda en los afectos, bien dificultando la capacidad de discernir entre su voluntad y los intereses de los otros, bien incitándolas a liderar en nombre propio y en la práctica la defensa de un cambio de valores que el sistema social está lejos de asumir.

Si bien las posibilidades de escapar de este encierro pasan por incorporar como valores sociales -y no impuestos a las mujeres- el cuidado de la vida y la preocupación por los otros; la dedicación comunitaria y la vida personal, como ámbitos tan legítimos y reivindicables como el laboral -sin que por ello se vea afectada la trayectoria laboral de la persona que los sustenta-, de momento la situación es difícil. Aunque cada vez hay más va-

¹⁷⁰ Como ya ha ocurrido con la transformación del modelo tradicional de división sexual del trabajo.

rones que van rompiendo con el estereotipo tradicional masculino de dedicación laboral, son más las mujeres las que hacen visible este planteamiento y se las penaliza por ello. Son víctimas de una especie de ‘celos’ por parte del empresariado que se siente molesto ante una persona que, aunque sea eficiente y cumpla con sus cometidos, vive el trabajo desde una jerarquía de valores distinta a la tradicional. La percepción que subyace es la de una persona que o no se ‘casa con la empresa’ o que no observa con ella una ‘absoluta fidelidad’. La resistencia de las mujeres a incorporar el modelo masculino de trabajo asalariado, que implica poner por delante de todo la dedicación laboral renunciando total o parcialmente a aspectos fundamentales de la vida personal y familiar, puede interpretarse de modo muy distinto en función de si es el resultado de una imposición, o de si adopta un carácter reivindicativo. En el primer caso se está sufriendo las contradicciones del sistema, lo que sitúa a las mujeres en una disyuntiva perversa: o bien van a por todo -con la sobrecarga que supone-, o hacen concesiones en una o ambas partes. En cualquier caso perderán. La discriminación que esto supone es indudable. En el segundo caso, aunque también sufren la discriminación, su actitud se cuestiona y, por tanto, desvela la trampa a la que se está sometida. Apela, en definitiva a la necesidad de revisar un modelo de organización laboral y social contradictorios.

Es éste el contexto problemático en el que las mujeres inscriben sus representaciones y elaboran sus decisiones reproductoras. En él están presentes los factores que propician el retraso en la edad a la que se tienen los /as hijos/as -señalados en el capítulo 5-. En su estudio *Maternidad tardía, incidencia, perfiles y discursos*, Sampedro, Gómez y Montero concluyen que las mujeres valoran la maternidad tardía como una opción vital, que no es considerada negativamente, sino más bien como la única conducta esperable -o posible- en las mujeres que estudian y aspiran a tener una vida profesional. Estas mujeres planifican, o mejor, llevan a cabo una trayectoria vital que se estructura cubriendo distintas etapas linealmente ordenadas: finalización de los estudios, logro de una situación laboral estable, adquisición de cierta experiencia profesional, disfrute de tiempo de consumo y vida personal, consolidación de una cierta estabilidad económica, acceso a la vivienda y finalmente la formación de una familia que incluye la llegada de los hijos/as (Sampedro et al, 2002: 31).

Este planteamiento reproduce tanto la idea de que el criterio de responsabilidad rige la decisión de convertirse en madres -en el momento oportuno- al tiempo que asume la dependencia, las renunciaciones y las obligaciones que la llegada de los/as hijos/as va a conllevar. Las autoras citadas señalan, asimismo, que “mientras que en el discurso de las entrevistadas no existe una definición clara de lo que es la maternidad tardía, sí que se sugiere una de lo que es la maternidad temprana: una persona tiene hijos demasiado ‘pronto’, independientemente de la edad que tenga, cuando no ha cerrado esa trayectoria de forma sosegada y natural”. El principal problema, la sombra que planea sobre la maternidad tardía, es la presión del ‘reloj biológico’, ligada a la representación del declive de la ferti-

lidad y del riesgo de tener hijos/as con malformaciones o minusvalías, que aumentan con la edad (31-32). Sampedro, Gómez y Montero aluden, como prueba de ello, a la angustia con la que las mujeres se refieren a la amniocentesis, que ‘saben’ se debe realizar a las embarazadas mayores de 35 años.

Desde el análisis que se viene planteando en esta tesis, ello mostraría, además, cómo las experiencias de las mujeres se tejen entrelazadas con la trama que construye el discurso médico -ampliamente difundido- que alienta la medicalización, y con los parámetros que integran los códigos de género. En este sentido, a la responsabilidad que conlleva la maternidad en sí, se suman las derivadas del hecho de ser madres ‘demasiado tarde’ -médicamente hablando- y la de tomar la decisión equivocada si se pone en duda la realización de una prueba como la amniocentesis.

Tal y como se ha apuntado anteriormente en este trabajo, desde el feminismo se ha insistido en la carga de responsabilidad -y de culpa- que comporta en ocasiones el aumento de las opciones de las mujeres en materia de reproducción. Barbara Katz Rothman (1986) y Meg Satcey (1992) plantearon, por ejemplo, que la tecnología cambia las expectativas de tener un/a hijo/a sano/a, y con ello las experiencias de las mujeres en torno al embarazo y a la maternidad. Si durante mucho tiempo la expectativa normal compartida por todas las mujeres embarazadas era la de que algunos/as niños/as podrían nacer discapacitados/as, al tener diagnósticos para establecer la salud del feto, esto cambió haciendo a la mujer responsable (Stacey, 1992). La oportunidad de evitar el dar a luz un niño/a con problemas puede también aumentar las restricciones a las experiencias de embarazo. La elección del control de calidad del niño puede hacer perder la opción -y en definitiva quizá la capacidad- de simplemente aceptar a los/as niños/as como son (Saxton, 1985; Rothman, 1986).

A día de hoy, con el desarrollo del diagnóstico genético preimplantacional, estas reflexiones cobran aún mayor relevancia. Si bien es cierto que su aplicación puede evitar el sufrimiento -tanto a madres/padres como a las criaturas con graves problemas-, plantea cuestiones de hondo calado ético y social. De hecho uno de los debates abiertos en este terreno es el de dónde establecer la frontera para discernir entre las enfermedades o problemas que pueden-deben ser evitados y los que no¹⁷¹.

171 Desde una óptica ajena al feminismo este debate es abordado, por ejemplo, por Michael Sandel (2007). En *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*, discute acerca del riesgo eugenésico que plantean las nuevas tecnologías, extendiéndolo más allá de la prevención de graves anomalías hacia la cuestión de la decisión electiva sobre los hijos. En opinión de Sandel la ética del don persiste en la crianza. La expresión central de esta ética reside en el principio de “la apertura a lo recibido”. Si se da esta actitud de apertura a lo recibido, los hijos son tratados como dones y ello supone “aceptarlos como son, no como objetos de diseño o productos de nuestra voluntad, o instrumentos de nuestra ambición. El amor de los padres no está en función de los talentos y atributos que resulte tener su hijo” es un amor incondicional. El argumento de Sandel se desarrolla orientándolo hacia el cuestionamiento de la legitimidad de la voluntad o la posibilidad de elegir a los hijos. Escribe: “Escogemos a nuestros amigos y a nuestras parejas al menos en parte en razón de las cualidades que encontramos atractivas en ellos. Pero no escogemos a nuestros hijos. Sus

Desde la perspectiva adoptada en esta tesis emerge de nuevo una cuestión central -ya planteada-, la del dilema al que se enfrentan las mujeres y que se construye desde la alternativa contradictoria acerca del momento adecuado -correcto- para tener hijos/as. Hemos visto cómo no 'debe' ser 'demasiado pronto' -referido a las condiciones sociales y personales-, pero el momento idóneo será, probablemente, 'demasiado tarde' desde el reloj biológico, referente insistentemente rescatado y puesto en circulación por el discurso tecnomédico que sostiene a las TRA.

7.2.3. La incidencia de los cambios en los modelos de familia. El papel jugado por las TRA

Otro de los factores que contribuyen a configurar el intrincado panorama en el que se inscriben las TRA, las prácticas reproductoras y la identidad de género, está relacionado con los cambios sociales más recientes que se están produciendo en el ámbito familiar, en las relaciones de pareja, en la normalización de las distintas orientaciones sexuales y en la creciente autonomía conquistada por las mujeres. Estos cambios suponen una apertura que multiplica las opciones de inscribir la maternidad en el proyecto de vida, al menos en la dimensión que alude a la ruptura posible del esquema normativo convencional: el que establece la formación de una pareja consolidada -heterosexual- como paso inicial para la creación de una familia, que se 'completa' con la llegada de los/as hijos/as. La idea de que no es necesario asumir el modelo de pareja estable heterosexual para llevar a cabo la voluntad de maternidad, va cobrando presencia, previsiblemente, en el imaginario colectivo y se refleja en las prácticas sociales.

En este contexto, y de modo especialmente claro -a la vez que conocido- en el panorama español, las TRA y el discurso mediático-promocional que las acompaña se han hecho eco de esta transformación. Los datos difundidos acerca de la realidad de las tendencias de cambio en el perfil de las mujeres usuarias dan buena cuenta de ello. En las páginas web de todos los centros que ofrecen tratamientos se habla del espectacular aumento del número de mujeres sin pareja que acuden a ellos y de la creciente demanda por parte de parejas de lesbianas¹⁷². La prensa, por su parte, también ha recogido esta información presentándola en ocasiones a través de llamativos titulares.

Sobre las mujeres que acuden a los centros sin pareja, puede servir como muestra la noticia publicada por el diario *El País*, en la edición del País Vasco, el 8 de abril de

cualidades son impredecibles y ni siquiera los padres más concienzudos pueden considerarse plenamente responsables de cómo sea su hijo" (Sandel, 2007: 67-68).

¹⁷² Tras la aprobación en 2005 de la ley que autoriza y regula el matrimonio homosexual en España, se ha hecho posible la petición de tratamiento como pareja. Anteriormente las mujeres que formaban parte de una pareja homosexual se inscribía como demanda de mujer sola o soltera.

2010¹⁷³. Titulada “La creciente opción de las madres sin pareja”, alude, en encabezamiento destacado, a que “el número de mujeres solteras que se someten a tratamientos de inseminación se ha duplicado en cuatro años¹⁷⁴”. Vinculando su incidencia al rápido “cambio en la mentalidad de la sociedad” describen el perfil en términos elocuentes:

“Rondan los 37 años, tienen estudios superiores, una situación laboral estable y poder adquisitivo medio-alto. Tienen claro que quieren ser madres, el reloj biológico acecha y no tienen pareja. Tal es el perfil de las mujeres que deciden tener hijos solas mediante la inseminación artificial. Y cada año son más las que no quieren renunciar a la maternidad”.

La utilización por parte de mujeres lesbianas se presenta frecuentemente asociada al fenómeno del “turismo reproductivo”. En este caso el ejemplo que se ofrece parte de una noticia emitida por la BBC, que tuvo resonancia en diferentes medios españoles. La Cadena Ser, en su edición digital del 17 de junio de 2009, la presentaba con el siguiente titular: “Un paquete turístico que ofrece fertilización y boda gay”¹⁷⁵. La iniciativa parte, comenta la noticia, de la agencia Rainbow Tourism, motivada por la legislación “menos restrictiva” que en otros países para los tratamientos de fecundación asistida, ya que admite su uso por mujeres solteras y garantiza el anonimato de los donantes de esperma. Cuenta con la colaboración técnica del Instituto Bernabeu de Fertilidad y Ginecología de Alicante, cuyo portavoz expone la ventaja añadida del precio, casi diez veces menor que, por ejemplo en EUA. El diario *El Mundo* la acogía como reportaje en su sección de turismo del suplemento semanal, con un tono marcadamente crítico: “Un ‘todo incluido’

¹⁷³ Aunque está referida a datos del País Vasco, se presentan como coincidentes con los del ámbito estatal español

http://www.elpais.com/articulo/pais/vasco/creciente/opcion/madres/pareja/elpepiesppvs/20100408elpvas_9/Tes/ [última consulta: 04/05/2010].

Noticias similares han aparecido en otras comunidades. Véase, por ejemplo una noticia publicada el 4 de julio de 2007 por un diario malagueño <http://www.diariosur.es/20080704/malaga/mujeres-pareja-realizan-mitad-20080704.html>. [última consulta: 04/05/2010]. El diario *La Vanguardia*, en la edición del 4 de enero de 2007 presentaba una noticia encabezada con el titular: “Madres en tiempo de descuento” en la que aludía fundamentalmente al aumento de la edad de las mujeres usuarias y mencionaba, asimismo, el incremento de mujeres solas y de mujeres homosexuales. <http://www.institutomarques.com/prensa.html> [última consulta: 04/05/2010].

¹⁷⁴ En el caso de algún centro en particular, como la Clínica Quirón de Bilbao se ofrece el dato de que se ha multiplicado por cinco desde 2004.

¹⁷⁵ http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/paquete-turistico-ofrece-fertilizacion-boda-gay/sernotsoc/20090617csrscsroc_12/Tes

La oferta de dicho paquete es exclusiva para parejas de lesbianas. Por otro lado el representante del centro médico alude a la importancia numérica de las pacientes procedentes del extranjero que acuden a las clínicas españolas, precisando que, en el caso de las mujeres británicas se produjo un incremento notable tras la aprobación en 2005 de una ley que acabó con el anonimato de los donantes de esperma. La “permisividad” de la legislación española se traduce, en su opinión, en el dato de que entre el 35% y el 40% de las mujeres británicas que solicitan sus servicios son solteras o lesbianas. Entre las pacientes que vienen de otros países, el dato asciende al 20%.

para homosexuales. El paquete turístico de la España ZP¹⁷⁶. El periódico valenciano *Levante* lo titulaba escuetamente: “Turismo lésbico con reproducción incluida¹⁷⁷”.

En relación con los objetivos y la línea argumental de este trabajo, este tipo de cambios resulta relevante en varios sentidos. Por un lado porque refleja que la práctica tecnocientífica de la reproducción asistida, considerada en su dimensión comercial, se configura como un mercado global, generando una oferta que puede ser específica localmente en función de los usos que la legislación correspondiente permita y de los precios de los servicios puestos a disposición.

Por otro lado, porque en concreto este tipo de mujeres no tienen a priori problemas de fertilidad. Su dificultad básica reside en el acceso al semen. En este sentido, la intervención tecnomédica se justificaría desde la consideración de que los profesionales fueran gestores eficientes, suministradores y administradores de este material biológico. En esta línea se sitúan, afirmándolo, ellos/as mismos/as. En un artículo publicado en la *Revista Iberoamericana de Fertilidad* sobre el uso de la reproducción asistida por parte de las mujeres lesbianas mencionan explícitamente las ventajas que sus servicios les ofrecen:

“En ausencia de causas de esterilidad, la mujer lesbiana anteriormente podía gestar manteniendo relaciones sexuales o realizándose inseminaciones intravaginales. Tales prácticas vulneraban su condición sexual y la de su pareja, y no estaban exentas de riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas, además al ser el donante conocido podría reclamar derechos sobre el nacido en un tiempo posterior. Los centros de reproducción asistida ofrecen garantías de no transmisión de infección y anonimato del donante para realizar inseminaciones. Si existe alguna causa de esterilidad, puede ser necesaria una fecundación in vitro con semen de donante e incluso plantearse una donación de ovocitos. Se ha planteado la opción de ser la compañera pareja quien lo done” (Romeu et al, 2008: 117).

La opinión médica parece clara. De cara a evaluar en qué medida las TRA aumentan las opciones reproductivas de estas mujeres, resulta conveniente, por no decir imprescindible, conocer la opinión de las mismas al respecto. Tanto más si se tiene en cuenta que a título particular no pueden acceder a la compra directa en los bancos de semen. El planteamiento resulta aplicable igualmente a las mujeres en las que no tener pareja como es el principal o el único ‘problema de fertilidad’.

La adopción de normativas reguladoras, tanto legales como en términos de criterios de admisión de los centros, que no restrinjan el acceso a las TRA a las mujeres que se alejan del modelo de familia tradicional, ha llevado a algunas feministas a considerar que las TRA pueden tener una incidencia positiva en la autonomía reproductora de las mujeres y

¹⁷⁶ <http://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2009/626/1245535215>. [Última consulta: 04/05/2010].

¹⁷⁷ <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2009/06/13/comunitat-valenciana-turismo-lesbico-reproduccion-incluida/600967.html>. [Última consulta: 04/05/2010].

en la consolidación de un proceso de cambio social que propicia la ruptura con modelos familiares tradicionales, favoreciendo la expresión de la diversidad y la tolerancia social (Wajcman, 2007). Indudablemente las TRA son un elemento activo en este escenario, pero, a mi modo de ver, atribuirles el papel protagonista principal y una posición ideológica y política directamente orientada a la defensa del cambio social y de la libertad de las mujeres es, cuanto menos, apresurado. Varios son los argumentos que, a priori, pueden esgrimirse para respaldar esta hipótesis.

En primer lugar conviene recordar que la presencia de intereses económicos y de investigación de gran alcance, plantea, como mínimo, la duda acerca de cómo se relacionan estos con los de las mujeres y existen motivos para afirmar, en cualquier caso, cuáles son los priorizados en la práctica.

En segundo lugar, tras la consecución del reconocimiento del derecho a la libertad en la orientación sexual, y al ejercicio de la maternidad-paternidad por parte de parejas homosexuales, hay un largo camino de cambios sociales, en los que la reivindicación y acción de movimientos sociales han jugado un activo papel. En un sentido parecido se podría hablar del reconocimiento de la maternidad como una opción legítima para las mujeres consideradas individualmente -independientemente de si existe o no relación de pareja-. En este sentido, las TRA pueden ser un medio para facilitar su ejercicio, pero de ahí a considerarlas el principal factor causal del cambio hay un largo trecho. El cambio de signo político puede conllevar una vuelta atrás en los logros conseguidos, tanto en el terreno social, como en las normas reguladoras de las TRA.

Por último, resulta pertinente recordar la apreciación que se acaba de hacer sobre la tutela, que realizan los centros y profesionales que aplican las técnicas de reproducción asistida, en el uso legítimo de materiales biológicos como el semen.

La utilización de TRA por parte de mujeres sin pareja y de mujeres con pareja femenina es una realidad en nuestro país. Resulta, por lo tanto, de interés conocer el modo en el que se plantean estas mujeres la maternidad, teniendo en cuenta que son protagonistas de una práctica, más que nueva, innovadora ya que se produce en un contexto muy distinto -legítimo y tendente a la normalización- del que anteriormente circunscribía la maternidad de las mujeres sin pareja y de las mujeres lesbianas. Conocer los modos de construir sus proyectos de vida, el papel que atribuyen a las TRA en sus oportunidades para ser madres, el trato que se les ha dispensado y su opinión sobre los procesos es, asimismo, un objetivo que merece ser investigado.

Desde la perspectiva de los cambios que se reflejan en la identidad de las mujeres, una de las cuestiones más relevantes es, sin duda, averiguar en qué medida está presente el 'acecho de la biología', bien sea a través del reloj biológico, bien, de modo más global en lo que se suele expresar como 'la llamada de la maternidad'. En el caso de las mujeres con estos perfiles, la presentación mediática que se suele hacer de su deseo de ser madres tiende a subrayarlo con unas claras connotaciones naturalistas, si bien no demasiado di-

vergentes de cómo se refieren en general al de las mujeres con problemas de fertilidad y, sobre todo en los casos de edad avanzada. Quizá lo que se enfatiza como diferencial es que estas mujeres desafían las normas convencionales, generando una imagen de que el deseo de maternidad se impone a las mujeres por encima de sus circunstancias personales y sociales. Se estaría reforzando, en este sentido, la idea de que la maternidad es una inclinación, un impulso natural de las mujeres.

Por otro lado, numerosos estudios sociológicos empíricos coinciden en afirmar que en el discurso dominante que estructura las representaciones de las mujeres en torno a su deseo de maternidad, está muy presente la referencia a una ‘pulsión biológica’ descrita como ‘algo’ interno que les lleva a buscar la maternidad y que escapa -en todo o en parte- a su control racional¹⁷⁸. Esta apreciación remite indefectiblemente a la relación que las mujeres establecen con su cuerpo; a cómo, desde dónde y con qué herramientas discursivas leen sus sensaciones y sentimientos. Muestra, asimismo, el complejo entramado que articula la -tan cargada ideológicamente- relación entre las múltiples dimensiones de la maternidad: biológica, social, cultural y simbólica.

¹⁷⁸ (Álvarez Plaza, 2008; Richardson, 1993; Sampedro et al, 2002).

TERCERA PARTE

REPRESENTACIONES, ACTITUDES, OPINIONES Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN CON LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CAPÍTULO 8

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

“En la perspectiva estructural hay una articulación entre empiria y teoría, posible por tratarse de una tecnología concreta, en la que el investigador está implicado. Es un proceso de construcción y reconstrucción incesante [...] La teoría cumplirá dos funciones respecto a la actividad empírica: alumbrará la búsqueda de los datos pertinentes y será su horizonte de comprensión”

(Jesús Ibáñez, 1985: 222-223)

El estudio en profundidad de las representaciones, actitudes, opiniones y experiencias de las mujeres usuarias de las TRA se ha llevado a cabo desde una perspectiva metodológica cualitativa, que se ha concretado en la realización -en dos fases temporales distintas- de un total de 41 entrevistas abiertas.

Con el fin de facilitar la lectura y el seguimiento de la investigación efectuada, se presenta en primer lugar una exposición detallada de los objetivos acometidos y de las hipótesis que ha orientado tanto el diseño de las entrevistas como el análisis e interpretación de las mismas. Dichas hipótesis se han construido a partir de los diversos ejes teóricos que se han ido desgranando en las páginas precedentes. Se describe y justifica, asimismo, la elección de la metodología y de la técnica de producción de información.

8.1. OBJETIVOS

Objetivo 1

La demanda de TRA sigue aumentando, a pesar de los costes -de todo tipo- que representan para las mujeres, de la complejidad de los tratamientos y de su relativa efectividad. Por esta razón, resulta indispensable conocer los motivos que llevan a las mujeres a recurrir a ellas y los factores que propician la persistencia en su empeño a pesar de los reiterados fracasos que se producen en numerosas ocasiones. Se trata de desvelar la complejidad que encierra el enunciado aparentemente simple e indiscutible difundido en la comunicación mediática y que ocupa un lugar hegemónico en la representación de las TRA por parte de la opinión pública: ‘Las mujeres recurren a las TRA porque desean ser madres y

no consiguen lograrlo y estas técnicas constituyen un medio eficaz para resolver el problema'. Para ello se plantea la necesidad de:

- Conocer los distintos modos en los que la voluntad de ser madres se inscribe en el proyecto vital de las mujeres con el fin de desvelar los posibles factores sociales que inciden en la generación de dificultades reproductoras, así como las distintas formas y grado de intensidad con la que se viven dichas dificultades.
- Evaluar en qué medida el discurso patriarcal sobre la maternidad como prescripción y componente central de la identidad femenina adulta está presente en el imaginario social y en la mentalidad de las mujeres usuarias de las TRA.
- Captar el significado que adquieren las TRA como recurso en función de la diversidad a la que se alude en los objetivos anteriores. Se plantea el interés de atender específicamente a los casos en los que la decisión de ser madres se aborda desde situaciones que difieren de la convivencia en pareja heterosexual: la maternidad sin pareja –por elección- y la maternidad en pareja homosexual.
- Conocer los modos en los que las mujeres perciben y construyen el problema que les lleva a optar por el uso de las TRA. Se trata de detectar y analizar la interacción entre el discurso médico sobre las TRA y las representaciones y actitudes de las mujeres a la hora de evaluar tanto la naturaleza y el alcance de su problema reproductor como la respuesta que suponen las TRA.
- Averiguar el significado y la importancia que las mujeres conceden al vínculo genético y biológico con los hijos/as y el papel que puede llegar a jugar en la elección de las TRA frente a otras opciones (adopción, espera, renuncia, etc.). Para ello se prestará especial atención al proceso de toma de decisiones y al peso que puedan tener en ellas las relaciones de género.

Objetivo 2

Describir, analizar e interpretar la diversidad de experiencias de tratamiento en las distintas etapas del proceso por parte de las mujeres usuarias. Además de describir la tipología de experiencias se intentará establecer su vinculación, al menos, a los siguientes factores: titularidad del centro en el que se recibe la atención, número de intentos, tipo de técnica utilizada, resultado, y perfil social y actitudinal de las mujeres. Se concreta del siguiente modo:

- Caracterizar cómo inciden las dinámicas de tratamiento –vinculadas a la cultura epistémica que rige la práctica de las TRA- en las experiencias de las mujeres usuarias y condicionan sus representaciones, actitudes, opiniones y valoración de las TRA.
- Detectar las posibles estrategias que despliegan las mujeres para gestionar el proceso, en un marco estructurado por las relaciones de saber-poder, y el modo en el que acatan, definen y/o negocian su posición durante el mismo.
- Dibujar un mapa descriptivo y explicativo de las reacciones y perfiles actitudinales ante el éxito y ante el fracaso de los tratamientos.

Objetivo 3

Desvelar la presencia de trazos sexistas y el peso de las relaciones de poder durante las dinámicas de tratamiento percibidas y experimentadas por las mujeres. Para ello se plantea:

- Averiguar en qué medida y de qué modo las mujeres perciben la desigualdad entre mujeres y hombres en el grado de intervención que suponen los tratamientos. Cómo se materializa, cómo se responde ante ella y qué implicaciones se derivan tanto en el terreno de los comportamientos como en el de las opiniones y actitudes.
- Conocer la percepción y la valoración de los costes físicos y emocionales que suponen los tratamientos. Dilucidar los momentos del ciclo en los que estos costes revisiten mayor intensidad, así como los factores concretos que los propician. Describir e interpretar la diversidad de vivencias, disposiciones y reacciones ante ellos, prestando especial atención a la presencia y movilización de los códigos de género.
- Conocer las representaciones, vivencias, actitudes y opiniones acerca de la relación médico-paciente y el modo en el que se plasma en la práctica concreta de los tratamientos. Se trata de descubrir las distintas percepciones y valoraciones del trato recibido y su relación tanto con factores contextuales –como, por ejemplo, el tipo de centro o el estilo de actuación institucional y/o de los/as profesionales- como con la posición social de las mujeres y los recursos de los que disponen para afrontar los procesos de interacción.

Objetivo 4

Analizar e interpretar el balance global que las mujeres usuarias realizan sobre las TRA

8.2 PRINCIPALES HIPÓTESIS

La inscripción de las TRA en el curso del proceso normalizado de medicalización de la reproducción favorece la canalización de cualquier problema o inquietud en torno a la concepción hacia las instancias médicas. En este contexto, el discurso médico adquiere un poder extraordinario a la hora de conformar la percepción de dichos problemas por parte de la población. De este modo, la demanda de tratamientos está en gran medida inducida por el contenido de los mensajes médicos difundidos mediática y socialmente acerca de las dificultades para lograr la concepción, de la prevalencia de la infertilidad en nuestra sociedad, de los modos de identificarla, y de la imagen que se ofrece de las TRA como recurso para resolverla.

La creciente presencia social de las TRA y la normalización de su uso sitúa la decisión de recurrir o no a ellas en una tesitura en la que los factores sociales, normativos y simbólicos juegan un activo papel que puede configurar, en el terreno personal, un repertorio amplio de situaciones. La percepción de dificultades para tener hijos/as y la existencia de medios para resolverlos enfrenta a las mujeres a tener que preguntarse por el alcance de su deseo de ser madres y por lo que implica optar por otras vías, como la adopción, la espera o la renuncia. En el proceso de toma de decisiones cobran peso la valoración que hagan de los costes que puede reportar el uso de las TRA -tanto en términos económicos como temporales, físicos y emocionales- y, de un modo particular, el significado que puede adquirir su decisión de utilizarlas o no, es decir, cómo se representen y valoren qué es lo que expresa ante ellas mismas, ante su entorno y ante la sociedad. Todo ello acompañado -en su caso- de la actitud y la voluntad de la pareja.

Así pues, el modo en que las mujeres construyan su problema y la decisión que adopten al respecto está irremisiblemente relacionado con el significado que atribuyan a la maternidad y con el papel que ésta juega en la configuración de su identidad personal y genérica; del lugar otorgado a los/las hijas en su proyecto de vida; de las condiciones que el contexto social y su posición en él, así como su voluntad, marquen a la hora de llevar a cabo el plan de vida que desearían; de la importancia que ellas o su pareja le confieran al vínculo biológico con el hijo/a, y de las condiciones de acceso o aceptación de otras opciones.

La centralidad de la maternidad como referente de la identidad femenina, fruto de la secular vigencia del ‘mandato social de la maternidad’ se ha visto modificada tras déca-

das de cambio social, aunque continúa viva en el imaginario colectivo. En este sentido, se asume que, en la actualidad, los referentes identitarios de las mujeres son múltiples y se articulan de modo diverso en una combinatoria que está relacionada con los perfiles personales y sociales de las distintas mujeres. Entre los factores que definen estos perfiles se encuentra la orientación sexual, la existencia o no de relación de pareja, el tipo de relación -en su caso-, la formación, el nivel económico, la posición laboral y la ideología. Los modos de construir su deseo y su voluntad de ser madres, así como la decisión de acudir a los tratamientos de reproducción asistida son, asimismo, diversos. Probablemente la idea dominante en el imaginario social que naturaliza la maternidad esté presente en las representaciones de todas, pero su peso y su influencia será distinta entre las diferentes mujeres.

Resulta asimismo esperable encontrar una amplia diversidad en el modo en el que viven, expresan y elaboran las mujeres que han experimentado los tratamientos los costes físicos que implican para ellas, así como en las percepciones de la asimetría que supone con respecto a los varones y en las actitudes que se derivan de ellas. Esta diversidad puede estar relacionada, además de con el tipo de tratamiento recibido, el número de intentos y el resultado final obtenido, con otras variables como son: la identificación de la causa de la infertilidad (factor masculino, factor femenino, mixto o indeterminado), el grado en el que se atribuyen la iniciativa en la decisión de someterse a tratamiento, la actitud de la pareja, y los recursos disponibles para evaluar los protocolos o procedimientos de actuación médica.

La entrada en el 'mundo' de la reproducción asistida supone el ingreso en un discurso y una lógica ajena, donde se diluye la perspectiva percibida como propia, el protagonismo y la capacidad de control. La posición de 'paciente' será impuesta a todas las mujeres, pudiendo existir variaciones objetivas en función de la titularidad y estilo de gestión del centro al que acuden. El modo de situarse subjetivamente ante ello estará relacionado con su perfil social y la dimensión caracterial emergerá asimismo probablemente en el plano explicativo de la relación concreta (acompañada o no de una lectura en clave social de la situación). El ajuste emocional necesario -acrecentado por la naturaleza del problema que se pretende resolver- propiciará distintas respuestas: desde la adhesión incondicional a la lógica del proceso hasta el profundo desconcierto e incluso la respuesta reactiva.

Los modos de actuar y de percibirse en las interacciones y las 'estrategias' desarrolladas no son uniformes entre las mujeres. En la dinámica concreta entrará en juego tanto con el perfil social de la mujer como el sistema de representaciones en el que se inscriba su voluntad y decisión de acudir a los tratamientos. Asimismo, el momento del tratamiento en el que se encuentre así como su resultado pueden ser factores de diversidad tanto en las experiencias como en las opiniones que de ella se derivan, por lo que debe integrarse, tanto en el diseño de la tipología de mujeres a entrevistar como en el análisis de sus discursos.

La imagen social predominante de las técnicas y tratamientos de reproducción asistida es la de que están situadas en un campo de la biomedicina en el que se están produciendo los mayores avances. Cada vez se sabe más y permanentemente se están mejorando los tratamientos, apareciendo nuevos y mejorando su eficacia, tal y como reflejan los medios de comunicación. En la medida en la que prevalezca esta imagen en las representaciones de las mujeres, se favorece y explica no sólo su confianza en ellas sino también la actitud de persistir en los intentos de lograr el éxito en la medida en que sus condiciones económicas, físicas y emocionales lo permitan, e incluso llevando al límite la utilización de estos recursos. La decisión de parar ante las reiteradas experiencias de fracaso puede llegar a convertirse en algo difícil y que tampoco se facilita desde las instancias médicas.

Por último, el balance global reflejará la diversidad de experiencias, resultados y condiciones materiales y simbólicas desde las que las mujeres han afrontado los procesos de tratamiento.

8.3. METODOLOGÍA

“Las llamadas ‘técnicas de investigación social’ son artefactos construidos, cuyo uso, como el de cualquiera otra máquina no puede ser ciego, como pretenden los empiristas. Como mínimo habrá que reflexionar sobre qué técnicas se seleccionan, dentro del repertorio disponible, y cómo se adaptan las técnicas seleccionadas a los fines y las circunstancias del proceso de investigación”

Jesús Ibáñez (1985: 214)

La decisión de utilizar una metodología exclusivamente cualitativa ha derivado fundamentalmente de razones epistemológicas, pero también han pesado las circunstanciales. La acotación del objeto de estudio y el interés por conocer tanto las experiencias de tratamiento como el sistema de representaciones sociales e ideológicas a partir del que las mujeres construyen sus proyectos, expresan su voluntad de tener hijos/as, perciben las dificultades para lograrlo y deciden acudir a las TRA, resumirían las razones justificativas de tipo epistemológico. Los objetivos de la presente investigación se refieren a comportamientos y actitudes ante un fenómeno social de gran complejidad, para cuyo conocimiento -siquiera aproximativo- la metodología cualitativa resulta indispensable. Entraría en el tipo de fenómenos que “constituyen ‘objetos simbólicos’ y prácticas personales profundas, articulados por un número casi infinito de dimensiones simbólicas y de variables sociales, que deben ser analizadas sistemática y laboriosamente [...] si se quiere profundizar en su significación antropológica fundamental, teniendo en cuenta su génesis histórica y sus distintas y contradictorias concepciones ideológicas en una misma sociedad, así como todos sus cambiantes condicionamientos estructurales”. (Ortí, 1986:175-176)

Ciertamente, la utilización de una perspectiva metodológica cuantitativa hubiera requerido de este trabajo investigador previo. Durante la elaboración del proyecto se valoró el gran interés que podría cobrar la obtención de datos cuantitativos con el fin de conocer los perfiles sociales de las mujeres usuarias de las TRA, pero rápidamente se mostró su inviabilidad, dada la inexistencia de este tipo de información y la imposibilidad de conseguirla incluso a largo plazo¹⁷⁹. Otra de las posibilidades que se conteilparon en algún momento fue la de la realización de una encuesta a mujeres que hubieran utilizado las TRA, con el objetivo de comprobar en términos cuantitativos la distribución de las experiencias, actitudes y opiniones analizadas desde una óptica cualitativa y su relación con las variables que definen su perfil social. La complejidad de la tarea, derivada de dificultades de tipo metodológico, como la selección de la muestra y el acceso a las encuestadas -que se hubiera tenido que realizar con la colaboración de los centros- y de los recursos económicos que hubiera requerido, comportó su desestimación.

8.3.1. La elección de la técnica de la entrevista abierta

Dentro del repertorio de instrumentos de producción de información desde una metodología cualitativa, se ha considerado a la entrevista abierta como la técnica idónea para abordar los objetivos planteados. Las razones que respaldan dicha decisión son las siguientes:

La vinculación experiencial de las mujeres con el objeto de estudio (las prácticas de reproducción asistida), el carácter íntimo que reviste y la intensa carga emocional que la acompaña, avalan la conveniencia de crear un espacio de relativa privacidad -como el de la entrevista individual- que haga posible la expresión de sus vivencias preservando la confidencialidad. La interacción comunicativa se produce, así, en un contexto que favorece la “confesión”¹⁸⁰, la producción de un “ritual de discurso en la que el sujeto que habla [sujeto de la enunciación] coincide con el sujeto del enunciado; un discurso en el que uno habla sobre sí mismo” (Ibáñez, 1985: 239-240)¹⁸¹.

La situación comunicativa que constituye la entrevista abierta individual permite el acceso a una información que se halla contenida en la biografía de la persona entre-

¹⁷⁹ En abril de 2010, en plena realización de la tesis, tuve la oportunidad de mantener una entrevista con el Director General de Terapias Avanzadas y Trasplantes, Augusto Silva, con el fin de obtener información sobre las prácticas de reproducción asistida en España, la actualización de los datos sobre los centros autorizados por parte del Ministerio de Sanidad y la elaboración del Real Decreto para la creación de un registro de actividad. En el curso de la entrevista le pregunté acerca de la posibilidad de que dicho registro contemplara la recopilación -entre otros- de datos sociales (anónimos) de las personas usuarias, remarcando el valor que podría tener para los/as investigadores/as sociales. Amablemente, me respondió que no estaba previsto.

¹⁸⁰ La analogía entre la “confesión” y la “entrevista en profundidad” es reconocida como una característica fundamental de la técnica (Ibáñez, 1979: 122; 1985: 235-240; Ortí, 1986: 179; Vallés, 2002: 14).

¹⁸¹ En esta cita, Jesús Ibáñez evoca a Foucault para enfatizar la apariencia de autonomía del que confiesa.

vistada, pudiendo conocer, de ese modo, los marcos de referencia que orientan sus prácticas y que interpretan significativamente al comunicar su experiencia.

“[En la entrevista] se expresa y da curso a las maneras de pensar de los sujetos entrevistados, incluyendo todos los aspectos asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación que los sujetos tienen y actualizan durante la entrevista” (Gaínza Veloso: 2006: 220)

Desde el punto de vista sociológico, lo más relevante es que permite comprender el sentido que los actores confieren a sus actuaciones, al tiempo que pone en evidencia el modo en el que reconstruyen el sistema de representaciones sociales que incorporan y ponen en juego en las prácticas concretas de su vida (Alonso, 1994: 225).

En el caso concreto de la investigación que nos ocupa, la entrevista lleva a las mujeres a generar una narración retrospectiva de sus experiencias. Al hacerlo elaboran una reconstrucción de las situaciones vividas, en las que el relato descriptivo de las mismas, expresado básicamente en un registro referencial, se combina con el relato comprensivo, actitudinal e ideológico, expresado en un registro modal. Se sitúan en la posición de tener que comunicar al otro (entrevistadora), lo que les ‘obliga’ a ordenar, racionalizar y elaborar el sentido de sus actuaciones, a analizar e interpretar sus motivaciones, sentimientos, actitudes y opiniones acerca de lo vivido. Lo hacen además desde el presente, por lo que, en la mayor parte, por no decir en la totalidad de los casos, enfrentan -quizá por primera vez- modo explícito la visión de cómo ha contribuido su experiencia con las TRA a cambiarlas como persona, a modificar su ‘habitus’, en el sentido bourdiano del término¹⁸².

Durante la entrevista las mujeres, a través de su discurso, ponen en juego los esquemas de percepción y apreciación que integran su ‘habitus’. Estos esquemas constituyen la base a partir de la cual construyen sus representaciones, condicionan sus disposiciones para actuar y posibilitan el desarrollo de estrategias, entendidas más bien como respondiendo a un “sentido práctico” o “sentido del juego”, que como acciones plenamente calculadas, racionalizadas y orientadas conscientemente (Bourdieu, 1988: 24). Su configuración en cada persona está relacionada con su posición en la estructura social, aunque esto no significa que la relación sea de determinación, sino que debería ser expresada más bien en términos de probabilidad. Del mismo modo, no debe tomarse como un principio fijo, capaz de determinar el modo de pensar y actuar de cada uno. Como “sistema de disposiciones”, el habitus es un fundamento objetivo de conductas regulares. Pero esta tendencia

¹⁸² No es en absoluto inusual que en la entrevista las mujeres expresen, cuando hablan de sus motivaciones y expectativas iniciales y cuando reconstruyen la imagen de sí mismas durante los tratamientos formulen frases del tipo “hay que ver cómo cambia la persona”, “no me reconozco”, “no se como pude comportarme de ese modo”. Asimismo también ocurre con frecuencia que al finalizar las mujeres muestren el efecto que ha tenido sobre ellas la propia entrevista. En la mayoría de los casos se muestran satisfechas, se han sentido a gusto al poder expresarse, les ha sido útil para poner en orden sus ideas, para pensar y digerir sus experiencias. En ocasiones, no obstante, el proceso les ha generado inquietud ya que las ha llevado a enfrentar contradicciones y/o censuras más o menos latentes o manifiestas.

a actuar de manera regular no responde a una regla o ley explícita. Las conductas engendradas por el habitus "tienen una parte ligada a lo impreciso, a lo vago, a la invención y a la espontaneidad. Responden a una lógica práctica, la del más o menos que define la relación ordinaria con el mundo...el habitus es un 'principio de invención' pero entre límites" (Bourdieu, 1988:84-85).

Definido de este modo, el concepto de habitus articula lo individual con lo social, las estructuras internas de la subjetividad con las estructuras sociales externas y permite comprender ambas como estados de la misma realidad, de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas. Podría decirse que son aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que de otra, y que han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia. El habitus es pues la historia hecha cuerpo, como una segunda naturaleza socialmente constituida (Gutiérrez, 2002: 70).

Este marco teórico-conceptual resulta especialmente útil y clarificador para presentar la interpretación y el análisis del material cualitativo producido por las entrevistas a las mujeres que han pasado por la experiencia de utilizar Técnicas de Reproducción Asistida.

Se considera que los contenidos representacionales que integran los habitus forman parte de los discursos sociales, más o menos consolidados o en construcción, que circulan por el universo social en un momento y sociedad concretos. Las distintas mujeres -que responden a perfiles sociales diferentes- acceden de modo diferencial a los discursos sociales existentes que articulan los temas implicados, de modo central, en las prácticas de reproducción asistida: la reproducción, la familia, la pareja, la maternidad, la ciencia, la práctica médica y, por supuesto, los códigos y las relaciones de género. Pueden incorporar algunos de estos discursos de modo más o menos completo, pero también pueden hacerlo de modo fragmentario, discontinuo o incluso contradictorio. Al construir su 'propio discurso' pueden estar reproduciendo, discutiendo, sometiéndose, rebelándose y reelaborando contenidos y articulaciones de distintos discursos sociales.

De este modo, la interpretación y análisis de los textos de las entrevistas, tomados en su conjunto, puede proporcionar una visión sistémica de los discursos sociales puestos en juego por las entrevistadas. Por otro lado, la interpretación y el análisis de cada entrevista permite captar el modo en que las mujeres realizan las operaciones descritas al elaborar su discurso. Las experiencias, representaciones, motivaciones, actitudes y opiniones no sólo pueden ser captadas y comprendidas sino que también cobran sentido social, ya que son analizadas en los dos contextos -el discurso de la entrevistada y los discursos sociales- y en su relación.

"El problema del análisis social de los discursos se sitúa en el juego de fuerzas del campo social...y por ello nos debemos remitir a los juegos de intereses en los que se generan los elementos culturales y simbólicos que arman y dan consistencia a los discursos" (Alonso, 1998: 209)

8.3.2.El diseño muestral y la realización de las entrevistas¹⁸³

El material empírico analizado e interpretado en esta investigación se ha generado en dos fases temporales distintas. Las entrevistas de la primera fase se realizaron en 1998 y 1999, en el marco del proyecto financiado por la CICYT¹⁸⁴ De esta etapa se han seleccionado 24 testimonios. Durante la segunda fase de trabajo de campo se han efectuado 17 entrevistas, cuya ejecución ha transcurrido entre diciembre de 2009 y abril de 2010.

Los criterios para la configuración de la tipología estructural -destinada a seleccionar los perfiles sociales de las mujeres a entrevistar- han sido básicamente los mismos, si bien uno de los objetivos del diseño en la segunda fase fue el de complementar -además de actualizar- el material producido durante la primera.

Con el fin de propiciar la diversidad de testimonios, posiciones actitudinales y opiniones relacionadas con la experiencia concreta se contemplaron, como variables básicas, la edad, el nivel de estudios, la clase social, el momento y el resultado del tratamiento. Otras variables, como la ideología política, las creencias religiosas, la titularidad de los centros a los que habían recurrido y el tamaño del hábitat de residencia, se consideraron secundarias, en el sentido de no tomarlas como condición inicial para la selección de la entrevistada, sino que su incidencia se dejó, en cierto modo, al azar, dando como resultado que, en la práctica, sí que quedó recogida esta diversidad.

En las entrevistas realizadas durante la primera fase, todas las mujeres entrevistadas eran heterosexuales y estaban casadas o conviviendo en pareja. En las correspondientes a la segunda fase, se repitieron los criterios de configuración de la muestra, pero se planteó la conveniencia de incluir perfiles -no contemplados en la primera- que ha ido cobrando relevancia en el transcurso del tiempo, al hilo de la progresiva 'normalización' social y jurídica de otras formas de familia. Por esta razón se prestó especial atención a la presencia de testimonios de mujeres que eligen la maternidad sin la presencia de una pareja, así como de aquellas que lo hacen en el seno de una pareja homosexual.

En el anexo I se describe de forma detallada el perfil de cada entrevistada y la composición final de la muestra de cada fase. En el texto del análisis de resultados, cada entrevista se identifica con un código numérico correlativo, de manera que las entrevistas de la primera fase quedan comprendidas entre E1 y E24 y las de la segunda entre E 25 y E41.

Uno de los retos que planteó la presente investigación fue la de articular el análisis y la interpretación de un material empírico producido en dos momentos temporales alejados más de diez años. La hipótesis de partida fue, por un lado, que en algunos de los temas centrales en la estructuración de las representaciones y de las prácticas de las mujeres

¹⁸³ En el Anexo I se recogen los detalles del diseño de la investigación: muestra, guías y criterios de análisis.

¹⁸⁴ Tal y como se ha explicado en el Prefacio.

podría observarse una cierta confluencia entre ambos, como, por ejemplo, en los esquemas básicos de construcción del proyecto vital y de la inscripción de la maternidad en él. Por otro lado, el desarrollo de las TRA, su progresiva normalización social, el aumento de la publicidad de los nuevos tratamientos y los cambios introducidos en la aplicación de las técnicas, podrían marcar diferencias entre ambos periodos que deberían ser constatadas.

Con el fin de captar las posibles similitudes y divergencias entre ambos periodos, las entrevistas de cada uno de ellos fueron analizadas -a partir de un esquema similar- por separado, procediendo posteriormente a su comparación. El resultado obtenido aconsejó el desarrollo de la exposición adoptando un tratamiento conjunto en la presentación de aquellas cuestiones en la que no se detectaron cambios sustanciales, acompañado de la señalización de los temas en los que sí que se observaron diferencias. Por esta razón, el texto que se expone a continuación (capítulos 9, 10 y 11) no está estructurado en términos comparativos sino temáticos, haciendo hincapié, en su caso, en las variaciones que se han podido observar.

CAPÍTULO 9

LA VOLUNTAD DE TENER HIJOS/AS Y SU CANALIZACIÓN HACIA LAS TRA

“Yo fui madre en el mundo americano freudiano de la década de los cincuenta, centrado en la familia y orientado hacia el consumo. Mi marido habló con ansia de los hijos que tendríamos; mis suegros aguardaron el nacimiento del primer nieto. Yo no tenía ni idea de qué deseaba, de qué podía o no elegir. Sabía tan sólo que tener un hijo suponía asumir plenamente la feminidad adulta, era demostrarme a mí misma que yo era ‘como las demás mujeres’”.

Adrienne Rich (1986: 61-62)¹⁸⁵

Tal y como se ha señalado desde estas páginas, la demanda de tratamientos de reproducción asistida no ha dejado de aumentar en los últimos años, al tiempo de que crecía, de modo más notable si cabe, la oferta. El número de centros se ha incrementado, sobre todo en el ámbito privado, y se han diversificado los servicios disponibles.

La preocupación por explicar los motivos que llevan a las mujeres a utilizarlos, a pesar de sus elevados costes y de los bajos -aunque crecientes- índices de éxito, ha sido uno de los temas abordados de modo recurrente desde el pensamiento y la investigación feministas. Las explicaciones ofrecidas en los primeros momentos por las posiciones más críticas, consistentes en atribuir a las mujeres el sometimiento incondicional al mandato patriarcal de ser madres a cualquier precio, han sido puestas en cuestión por el propio feminismo crítico aduciendo que es excesivamente reductiva y simplificadora al no tener en cuenta la diversidad de las mujeres y al otorgarles exclusivamente un papel de víctimas pasivas, poco conscientes de la subyugación de la que son objeto. Se ha planteado la necesidad de investigar la cuestión atendiendo a la realidad empírica y desde una orientación que busque conocer la complejidad de los procesos mediante los cuales las mujeres se representan la maternidad, definen su voluntad y adoptan distintas estrategias de actuación, en un marco que, si bien es constrictivo, no anula necesariamente su condición de sujetos. Éste es uno de los objetivos asumidos por esta tesis y de ello se ocupa el presente apartado.

Con los años, las prácticas de reproducción asistida se han normalizado, casi podríamos decir que se han convertido en algo habitual en el paisaje cotidiano. Prácticamente

¹⁸⁵ Se ha consultado la reedición de 1986, la primera data de 1976.

todas las personas conocen a alguien en su entorno próximo que ha acudido a ellas¹⁸⁶ y en términos de opinión pública gozan de una aceptación social que podríamos calificar de mayoritaria¹⁸⁷. Esta aceptación traduce en parte la asunción como cierto de un enunciado en apariencia simple e indiscutible: ‘las mujeres y/ o las parejas, acuden a las TRAS porque desean tener hijos y encuentran dificultades para lograrlo’, que acompaña a otro: ‘las TRA constituyen un recurso que los avances biomédicos ponen a disposición de quien lo necesite’. Por lo general se suele añadir a ellos la idea de que son una importante fuente de negocio, pero esto, aunque pueda revestir en ocasiones un cierto tono crítico, no hace sino normalizarlas todavía más al inscribirlas en la lógica de la sociedad de consumo en la que vivimos.

Las experiencias de las mujeres, recogidas en el material cualitativo producido mediante las entrevistas, ponen en evidencia que sus motivaciones y lo que las impulsa a seguir a pesar de las dificultades que puedan encontrar, ni es siempre lo mismo, ni se vive con la misma intensidad, ni se dispone de los mismos recursos para gestionarlo. En este sentido, la idea a destacar es, precisamente, que el enunciado descrito con relación a la motivación básica que anima a las usuarias tiene un sentido mucho más complejo de lo que parece. Tampoco es en absoluto simple la cuestión del modo en el que se construyen y perciben las dificultades para lograrlo, es decir la de que existe un problema que debe canalizarse hacia las instancias médicas de modo prioritario y/o exclusivo.

El hecho de que las mujeres entrevistadas hayan pasado por la experiencia de utilizar Técnicas de Reproducción Asistida supone que han tenido que enfrentar de modo particularmente explícito su voluntad de convertirse en madres. Por este motivo, los testimonios

¹⁸⁶ Según datos del CIS, en 1996 el 18,8% de las personas encuestadas declaraba que ella misma o algún familiar o amigo/a había utilizado TRA (CIS, 1996); en 2001 el dato ascendía al 27,7% (CIS, 2001). Previsiblemente, si el círculo se ampliara a compañeros/as de trabajo, vecinos/as o personas conocidas, la cifra se incrementaría significativamente. En la realización del trabajo de campo de la presente investigación se constató, a la hora de buscar contactos para la localización de mujeres a entrevistar, que prácticamente todas las personas consultadas podían evocar alguna red que les permitía el acceso a personas que hubieran utilizado TRA.

¹⁸⁷ Algunas cuestiones, como por ejemplo la producción de embriones que no van a ser destinados en todos los casos a fines procreativos, suscita el rechazo por parte de posiciones vinculadas a creencias religiosas y/o morales, aunque hay que decir que entre las mujeres entrevistadas que se manifestaron creyentes, incluso alguna católica practicante esta reserva moral es inexistente. Como ejemplo de discurso de oposición basado en estos principios es pertinente la información contenida en la página web de La Clínica Universidad de Navarra. En una página encabezada por el título “futura mamá”, al hablar de la esterilidad y del modo de abordarla se dice: “En caso de que no se encuentre ninguna causa o bien la causa hallada no tenga tratamiento posible, algunos autores plantean las técnicas de reproducción asistida, como la fecundación in vitro o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, técnicas con reparos desde el punto de vista moral referentes a su uso y al porcentaje de éxito de las mismas. En este sentido, su práctica es incorrecta por el número de vidas humanas embrionarias que se pierden en el proceso (entre el 96 y el 99%), por el modo indigno de la concepción (los hijos tienen derecho a nacer como fruto del amor de sus padres, expresado corporalmente), y por el tipo de manipulación que supone para la sexualidad humana; también es desaconsejable desde el punto de vista técnico, por su baja eficacia y alto costo (tanto económico como humano), y la mentalidad eugenésica que la acompaña, que lleva a la práctica del aborto ante la menor sospecha de enfermedades fetales”.
<http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/esterilidad/>. [Última consulta: 19/03/2010].

recogidos ofrecen la posibilidad de analizar con cierta profundidad los distintos modos en los que las mujeres elaboran la decisión de convertirse en madres, la intensidad de su deseo y los factores y circunstancias que influyen, tanto en la consideración de la dificultad experimentada como en su resolución de utilizar las TRA.

9.1. LA DECISIÓN DE TENER HIJOS/AS. INSCRIPCIÓN DE LA MATERNIDAD EN EL CURSO-PROYECTO VITAL

Podemos partir de la premisa de que en la sociedad actual tener hijos/as se representa en términos generales como una decisión que toman más o menos libremente las personas y que corresponde al ámbito de la vida privada. Así formulada, está presente en todos los discursos sociales acerca de la inscripción de la maternidad en el proyecto vital. Ahora bien, las posibilidades y límites de dicha elección, así como las condiciones y los criterios legítimos para llevarla a cabo marcan diferencias, que llegan a ser muy notables, entre los distintos discursos sociales circulantes que las mujeres ponen en juego durante las entrevistas.

Incluso en las posiciones ideológicas más conservadoras el uso de métodos anticonceptivos, vinculado a la idea de planificación familiar y paternidad responsable se asume como algo normalizado y legítimo. En cualquier caso, en las entrevistas realizadas -tanto en las de la primera etapa como en las de la segunda- no ha aparecido ninguna referencia en contra de la apreciación de la maternidad como objeto de elección.

Los discursos sociales acerca de la determinación de tener hijos/as articulan representaciones y concepciones sobre la familia, el matrimonio, la pareja, la sexualidad, los derechos individuales, los códigos y las relaciones de género. A partir de ella se establecen las posibilidades, los límites, y los criterios para la toma de decisiones y para establecer los trazos del proyecto vital.

A continuación, se describen y analizan los diversos discursos a partir de los cuales las mujeres entrevistadas articulan su proyecto de vida, y el lugar, la importancia y el significado que atribuyen a la maternidad.

Se presenta en primer lugar el discurso que se ha denominado tradicionalista. En él aparecen las representaciones y argumentos más cercanos al orden patriarcal tradicional que ha ejercido su hegemonía hasta fechas recientes, y es en cierto modo a partir del alejamiento o de la ruptura con él desde donde se formulan los demás. Es un discurso conocido y evocado por casi todas las mujeres entrevistadas y sus contenidos son reconocidos como herencia ideológica del orden sociocultural en el que viven y desde el cual o contra el cual construyen su posición e interpretan lo que les ocurre y su modo de reaccionar ante ello.

9.1.1. “Si no puedo ser madre, pienso que no valgo para nada”. Discurso tradicionalista

9.1.1.1. Parámetros y articulaciones básicas

El hecho de tener hijos/as se representa como algo que forma parte del orden natural de las cosas, es ley de vida. Ahora bien, el seguimiento de esta ‘ley natural’ debe conducirse por los canales sociales establecidos siguiendo un modelo tradicional. En este sentido, los/as hijos/as se integran, como elemento indispensable, en el proyecto de formar una familia que comienza con la formalización de una relación de pareja heterosexual. En su formulación más extrema, la procreación da sentido y estabilidad a la unión matrimonial e incluso a las relaciones sexuales, llegando a justificar que no sean satisfactorias como fuente de placer.

Los que digan que los/as hijos/as no unen, si que unen, igual que separan también pienso que unen. Lo veo en mis padres, mis padres se llevan muy bien, no los veo unas personas enamoradas pero los hijos son un vínculo entre dos personas (E4)

Desde que te dicen que no puedes tener hijos, si tu vida sexual ya no es así muy satisfactoria, si encima te dicen que no puedes tener hijos, entonces parece como si el sexo dejara de tener ninguna, como si ya no tuviera ninguna importancia, ya no, o sea que no, no te motiva para nada (E4)

Casarse y tener hijos/as significa inscribirse en la normalidad social. Y lo es en un doble sentido: por un lado, porque es lo que hacen la mayoría de las personas; por otro lado porque se erige en norma, en un sentido moral prescriptivo. Tanto el entorno próximo -la familia, las amistades- como la sociedad mantienen y hacen notar la expectativa que mantienen de que los/as hijos/as lleguen y, si bien está normalizada la idea de que esto no se produzca necesariamente de modo inmediato, cuando el tiempo pasa, la presión sobre la pareja, y sobre todo sobre la mujer, puede llegar a ser muy notable. Ello deriva de que, en las representaciones construidas desde este discurso, los límites a las elecciones privadas en materia de reproducción se sitúan -además de en el cumplimiento del requisito de estar casada, o por lo menos de haber formalizado una unión estable- en la planificación de la cuantía de la descendencia y en el momento de tenerla. Todo ello regido por el criterio de la responsabilidad. En este sentido, no tener hijos/as constituye una anomalía, que afecta de modo particularmente intenso a las mujeres. La retórica empleada para hablar del matrimonio y de la maternidad está cargada de romanticismo y evoca el modelo normativo de maternidad y feminidad que se construye a finales del siglo XIX, que se consolida

hasta mediados del siglo XX, y que permanece en el imaginario colectivo hasta nuestros días (Badinter, 1981; Enhrenreich y English 1990).

Si llevas 15 años casada y no tienes un hijo, pues es que no puedes o muy rara la pareja que no los quiere, pero llega un momento en las relaciones, supongo que, que pues que formas una familia para algo, para tener unos hijos, para...Y yo, lo que también me afecta mucho...mis padres, mi madre siempre: es que el matrimonio es un jardín sin flores, si no tienes hijos no sirve para nada el matrimonio porque ese es el fin de la...(E4)

La ausencia de hijos/as será tolerada y aceptada -con frecuencia desde la condescendencia y/o la condolencia- cuando se encuentran razones que lo justifiquen. Es decir, la pregunta ¿por qué la gente tiene hijos? resulta irrelevante, pero el hecho de no tenerlos será cuestionado y comportará juicios morales. Los motivos considerados legítimos son básicamente dos: la mujer no ha encontrado pareja -motivo que suscitará actitudes condescendientes¹⁸⁸-, o no puede tenerlos, razón que en principio mueve a la compasión, pero que debe ser indudable, es decir que realmente responda a una imposibilidad. En este sentido, la existencia de recursos médicos como las TRA ha cambiado el panorama ya que puede llegar a convertir el ‘no poder tener hijos’ en un ‘no desearlo e intentarlo lo suficiente’. Todas las demás razones serán objeto de recriminación y rechazo. Comportarán siempre atribución de egoísmo, que puede ir acompañada, por ejemplo, de la de indolencia, en el caso de que no se quiera por razones asociadas a la ‘comodidad’ o a la libertad, o de la de ambición y defensa de los propios intereses, en el caso de que las razones se asocien al ejercicio de una actividad laboral y/o carrera profesional por parte de la mujer. En definitiva, serán objeto de condena todas aquellas manifestaciones que desafíen el mandato patriarcal de la maternidad y los rasgos prototípicos de su modelo de ‘buena madre’.

Este mandato y este modelo ocupan un lugar clave en la estructura del discurso tradicionalista. Articulan el proyecto vital convirtiendo a la maternidad en el eje central del mismo. La norma social que la prescribe queda -debe quedar- interiorizada y emerge como algo encarnado en el ser mujer. De este modo, la imposición social queda oculta por su transformación en instinto maternal.

Yo siempre he tenido un instinto maternal, siempre y entonces yo siempre quería pues tener hijos, fíjate desde...y fíjate que yo me casé mayor que...bueno, lo que pasa, que tampoco me planteé tener un hijo de soltera ni nada ¿no? yo, pues soy muy clásica (E11)

¹⁸⁸ Sólo será considerada justificación en este caso, es decir, si no se le atribuye intencionalidad al hecho de permanecer soltera. Conecta directamente con un estereotipo de género patriarcal y sexista que convierte a la soltera involuntaria en alguien devaluado en el mercado matrimonial.

A la maternidad se enlazan el sentido de la vida y la representación de la identidad femenina plena (Moreno, 2000: 1). Las consecuencias que de ello se derivan son bien conocidas. Por ejemplo, la sensación de sentirse menos mujer si no se consigue ser madre o la idea de que, aunque existan otras cosas en la vida -como la actividad laboral- no deben anteponerse nunca ni pueden sustituir a la maternidad¹⁸⁹. Esta íntima asociación entre ser mujer y ser madre tiene una enorme presencia en el orden cultural y simbólico, de modo que no puede extrañar que esté -como lo está- presente en otros de los discursos evocados por las mujeres entrevistadas. Pero en su versión más reductiva, la que establece la equivalencia mujer = madre sin matices y que insiste pesadamente en la dimensión biológica, se localiza básicamente y desempeña un papel fundamental en éste, el tradicionalista.

9.1.1.2. Motivaciones e imagen de las TRA vinculada a ellas

Cuando las mujeres construyen su modo de ver la vida y la maternidad casi exclusivamente desde los parámetros del discurso tradicionalista, sus dificultades para quedar embarazadas o para tener un/a hijo/a y el recurso a las Técnicas de Reproducción Asistida, cobran un sentido particular muy claro. La esterilidad se representa como estigma (Tubert, 1991, 2009), que no sólo las marca a los ojos de los otros, sino también a los suyos. Cuando han acoplado la percepción de su deseo a la imagen del instinto maternal y han proyectado su vida en torno a ella, el pensar que no puedan llegar a ser madres biológicas genera una sensación de vacío y, sobre todo, de pérdida de valor como persona.

Ver que yo no podía ser madre, que no podía tener hijos, y yo digo, es que no valgo para nada y mi marido: ¡desde luego! y ¿por qué no tienes que valer para nada? es que, es que eso no es todo en la vida. Y yo digo: bueno, es que eso para mí es importante, ser madre, y el no poder serlo... y la verdad es que sí, ahí sí que me sentí mal y deprimida (E16)

La motivación en estos casos puede llegar a ser muy fuerte, ya que está en juego su proyecto de vida, quizá su relación de pareja, sus deseos y su identidad personal. Las TRA emergen en este contexto como un recurso inestimable que puede ayudarlas y que, aunque no les ofrezcan garantías de conseguir su objetivo, se representan como una oportunidad que no pueden desear. Los costes que puedan suponer para ellas se miden en términos de 'lo que vale un hijo' y es un valor ciertamente difícil de calcular.

¹⁸⁹ Por supuesto una 'buena madre', es decir la que ejerce su papel de acuerdo con el modelo de "maternidad intensiva" descrito por Sharon Hays (1998)

Me hace pensar porque vale la pena, porque tener un hijo, por eso ¿sabes? y pasar por donde tengas que pasar [...] yo, por mi parte, siempre lo afronté luchando...era un sacrificio de todo, de mis vacaciones, de mi dinero, de mi tiempo libre, de todo. Quemabas ilusión, dinero, paciencia, todo... (E24)

Cuando todo el engranaje semántico funciona sin demasiadas fricciones, mantiene todo su potencial para imponer a las mujeres la idea de que están haciendo algo en nombre propio¹⁹⁰. Los condicionantes sociales que están enmarcando sus decisiones, esfuerzos e inversiones, quedan velados; parece que todo: el mandato social, las presiones del entorno, su propio deseo y los avances tecnocientíficos apuntan en la misma dirección. Disponen, por tanto, de elementos para reconstruir la experiencia dándole sentido. En el caso de que hayan logrado tener un/a hijo/a podrán pensar que el esfuerzo ha quedado recompensado y pueden elaborar un discurso que dé cuenta de ello¹⁹¹. En el caso de que hayan fracasado también pueden formular un discurso adaptativo, basado en que han mostrado a la sociedad y a sí mismas que han hecho todo lo posible. No han desafiado ni uno sólo de los atributos que el orden social patriarcal asigna a la ‘buena madre’: abnegación, entrega, sacrificio, esfuerzo, etc.

Pero, ciertamente, se podría afirmar que no es fácil que en la sociedad actual se mantenga sin fisuras esta coherencia. Por un lado, la presencia de otros sistemas de representaciones ideológicas, en particular -y por descender a un lenguaje más concreto- los cambios en los códigos de género asociados al reconocimiento y defensa de la igualdad, al derecho de las mujeres a construir su vida, a pensar y a defender sus intereses, puede propiciar que mujeres que han seguido un patrón tradicional se pregunten en algún momento de su vida si es eso lo que ellas querían y/o si han actuado de modo inercial, siguiendo el modelo establecido, considerado normal y deseable en su entorno próximo. Por otro lado, pero precisamente en esta misma dirección, la existencia de las TRA juega un papel determinante, ya que la detección de problemas para seguir el curso de su plan de vida cuando los hijos no llegan, les enfrenta a la valoración del alcance que esto tiene para ellas. La experiencia de su paso por los tratamientos, sobre todo si resulta costosa,

¹⁹⁰ No se trata en absoluto de calificar a las mujeres que siguen este patrón de alienadas o incapaces de reconocer sus propios intereses. Lo que se está haciendo es dar cuenta de la incidencia que en éste caso, como en todos los casos aunque de un modo distinto, tienen las condiciones sociales sobre las representaciones y las prácticas individuales.

¹⁹¹ Otra cosa distinta es cómo quede afectada su subjetividad. Teniendo en cuenta toda la reflexión que elabora Silvia Tubert (1991) sobre cómo el orden simbólico patriarcal incide en la canalización del deseo de las mujeres hacia la maternidad, expropiándolas en muchos casos de su capacidad de enunciar el deseo propio, de ser sujetos deseantes, se pueden albergar dudas más que razonables sobre si efectivamente su paso por las TRA e incluso la consecución del hijo tendrá algo que ver con la satisfacción de su deseo. Pero esta es una cuestión que desborda el alcance, el objetivo y el enfoque del presente trabajo, orientado desde una perspectiva sociológica. Sin entrar en una reflexión en profundidad sobre el tema, apuntar una cita acerca de lo que dice de una mujer entrevistada que ha conseguido tener hijos: “Por eso te digo que yo moví todo, cielo y tierra, yo por encima de todo quería tener un hijo, yo no sé si hubiese sido feliz sin hijos, al margen de que ahora digo que estoy harta de ellos, eso es al margen...” (E14)

larga e infructuosa, no hará sino agudizar esta tensión. En este sentido puede actuar como un auténtico “analizador”, es decir como una situación que dispara el análisis de lo establecido, “permitiendo al sujeto deconstruir lo instituido de la institución”¹⁹² (Lapassade y Lourau, 1973; Lourau 1975). A continuación se relata la experiencia y el discurso de una mujer que ilustra de modo ejemplar esta apreciación.

9.1.1.3. El eslabón ‘débil’ de la cadena. La emergencia del conflicto

El eslabón que se quiebra es precisamente el de la atribución a todas las mujeres, por el hecho de serlo, de un deseo encarnado de ser madre. El calificativo de débil que se le ha dado en el título responde a una intención irónica, puesto que se trata de uno de los puntales del orden ideológico patriarcal. Precisamente por ello es capaz de descomponer casi por completo su armazón. Es en realidad un punto de vulnerabilidad de su sistema de representaciones.

El caso que se toma como ejemplo representa al de aquellas mujeres que han trazado su vida siguiendo de modo inercial un modelo tradicional. Han ido asumiendo de modo imperceptible una representación de la familia, del matrimonio y de la maternidad ajustada a los parámetros del discurso tradicionalista. Probablemente si hubieran llegado a tener hijos/as sin necesidad de intervención, habrían continuado con su vida sin llegar a enfrentar de modo directo los motivos de su manera de proceder, y los conflictos personales que esto les pudiera generar no hubieran llegado a ‘estallar’ como lo han hecho. Pero no ha sido así. Los/as hijos/as no han llegado como se esperaba y la existencia de un recurso como las TRA que promete resolver los problemas, es una ‘oportunidad’ que no pueden ‘desaprovechar’.

María es una mujer de 33 años, de clase media, que trabaja como enfermera en un hospital público, educada en un colegio religioso, casada y católica practicante.

Su curso vital presenta los rasgos típicos de un modelo tradicional: matrimonio y vida en pareja vinculada a la formación de una familia y una vivencia de la sexualidad en la que la principal fuente de sentido es la procreación. Las dificultades para quedarse embarazada y el modo de afrontarlas desvelan y reflejan la ambivalencia y los conflictos en torno a la maternidad existentes en nuestra sociedad.

Su experiencia con los tratamientos de reproducción asistida la lleva a ver que su vida ha estado marcada por la imposición de un modelo de mujer y de vida en el que no se reconoce pero es ‘el suyo’, un modelo que se dibuja casi como ‘un negativo’ de su voluntad y de sus deseos. Llega a expresar literalmente que no ha deseado nunca tener hijos, que no ha sentido “eso de ‘la llamada de la madre’”, pero que, al percibirlo como una op-

¹⁹² “La institución es el lugar en donde se articulan, en donde ‘se hablan’, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales” (Lapassade y Lourau, 1973: 199)

ción no legítima, ella misma lo ha censurado durante mucho tiempo y, por ello, en todas sus 'batallas' ha sido vencida¹⁹³. Su discurso muestra una actitud de rebeldía atrapada y agónica. Su pareja, su familia, la educación religiosa recibida...todo la ha abocado a una situación contradictoria y enormemente conflictiva en términos personales. La presión del entorno llega a ser enormemente intensa:

Mi madre es muy...y a mis hermanas por ejemplo también les gustan mucho los niños; mi hermana ha abortado cinco veces y hasta que ha tenido su hijo no ha parado, y lo viven de otra manera que yo, yo digo no puedo, no puedo, es que es una cosa que no [...] Pero como está todo el mundo que te rodea, mi suegra loca con tener nieto, la abuela loca con tener nieto, mi madre [...] es todo el mundo que te calienta la cabeza, ya no solamente lo que tú pienses, es lo que piensen los demás, ya te digo que si fueras tú sola nadie te influiría, pero claro influyen todos, mi madre no te quedas sin hijos, no seas tonta, eso es una barbaridad, todo el mundo, todo el mundo tiene que opinar en esto, todo el mundo tiene que opinar...(E4)

Las Técnicas de Reproducción Asistida, más que una oportunidad, representan un obstáculo para ella. Convierten la decisión de no utilizarlas en la decisión de no tener hijos/as. Las presiones y el sentimiento de culpa la arrastran y la llevan a someterse a los tratamientos.

Como saben que está lo de la fecundación in vitro, que las parejas que no podían hasta ahora pues tienen una posibilidad, entonces piensan que si no los tienes es porque no quieres. Porque no quieres pasar por ese tratamiento, porque no saben lo mal que se pasa, entonces para ellos es una cosa natural, si te quedas sin hijos es porque te ha dado la gana. Antes no, antes no había más narices, pero ahora como está esto, pues hay que pasar por eso, y si no tengo hijos, pues supongo que todo el mundo me echará toda la culpa a mí. Me la echo yo la primera, no me la van a echar... (E4)

Percibe que su voluntad queda totalmente anulada en el plano racional, está haciendo algo que no quiere y de cuya finalidad duda. La única respuesta la canaliza hacia su cuerpo, única instancia en la que puede, a pesar de la intervención médica en él, resistir. Ante el desafío que esto supone busca la alianza de la naturaleza, dios y el destino, en sus principios morales más básicos, como fuente de legitimidad que refuerce su actuación y que le permita reconstruir un esquema representacional que se está yendo a pique.

Estoy actuando totalmente contra mis principios y lo hago, y lo hago y además, bueno no me quedo porque como no quiero, no quiero que pase nada, porque luego me

¹⁹³ En términos durkheimianos este caso reflejaría muy bien el ocultamiento del carácter coercitivo de los hechos sociales. Cuando el individuo se adapta a las imposiciones de la sociedad éste queda velado, pero cuando intenta resistirse, el peso de lo social y su fuerza coactiva emerge en toda su magnitud (Durkheim, 1987).

echaría las culpas de lo que viniera detrás, entonces estoy haciendo una cosa que no quiero, me he metido en una rueda por los demás que no, que no es lo que a mí me toca [...] yo creo que lo estoy impidiendo totalmente, digo no me voy a quedar nunca, porque es que es una cosa que, que creo que estoy yendo contra la naturaleza y que no, que si a mí me han dejado sin hijos es por algo, es verdad. Pero lo piensas, pero como luego te dan la oportunidad de poderlos tener entonces ya no, ya no puedes hacer nada es que ¡ay! te cortan (E4)

La decisión de tomar la situación en sus manos, de actuar de acuerdo con lo que ella quiere y cree que puede hacer, la coloca en una disyuntiva enormemente difícil. O quedarse sola y romper con todo o seguir atrapada en una espiral sin salida, en un camino en el que cada vez se reconoce menos: el de estar inmersa en la dinámica de las TRAS, para tener, al precio que sea, un hijo que nunca ha deseado.

Sí que he pensado, he pensado poner antes fin a mi matrimonio y poner fin a mi tratamiento es que no, claro, es que digo, si yo no puedo tener hijo que lo busque con otra porque es que no, por esto no se puede pasar (E4)

Tengo una amiga, y además es la misma que abortó, que luego ha tenido muchos problemas para quedarse embarazada y dijo: haré lo que sea. Ya no sé si porque se sentía culpable por el aborto o por lo que sea, o porque si que deseaba la muchacha ser madre, yo la veía a ella que pensaba de otra manera que yo, o sea, ella dijo hasta que no tenga un hijo no pararé y si no lo adoptaré, yo eso nunca lo he sentido (E4)

9.1.2. “Parece que a veces lo haces más por los demás, por una familia, por unos suegros, por tus padres, pues lo típico ¿no?”. Discurso inercial-adaptativo

9.1.2.1. *Parámetros y articulaciones básicas*

El núcleo central de este discurso está constituido por la idea de que la decisión de tener hijos/as se inscribe en el transcurso ‘normal’ de la vida y de las generaciones. El proceso vital discurre según el esquema de lo considerado como habitual: tras la formación de la pareja y el logro de una posición relativamente estable -en todos los órdenes- llegan los/as hijos/as.

No se trata tanto de que no exista una voluntad explícita de tenerlos/as, como de que su llegada no está estrictamente planificada desde una posición abiertamente deliberativa y calculada. El inicio del proceso no se suele definir en términos estrictos, sino que más

bien llegado el momento se dejan de tomar precauciones para evitar el embarazo y se abre la posibilidad de que pueda suceder.

La expectativa de la pareja se aúna con la del entorno próximo, un entorno que comienza a interrogar a la pareja cuando el acontecimiento se demora más allá de lo previsible o esperado, haciéndoles notar una presión que hubiera pasado desapercibida si esto no hubiera ocurrido. En este sentido, lo más destacable es que son precisamente las supuestas dificultades reproductoras las que sitúan a la pareja, y en particular a la mujer, en la tesitura de enfrentar el alcance de su voluntad de tener descendencia. Si todo hubiera sucedido con normalidad, probablemente estas mujeres no se habrían planteado pregunta alguna sobre la fuente y la intensidad de su deseo de maternidad.

Se produce así la emergencia del carácter social de la maternidad, de su dimensión coercitiva, en el sentido durkheimniano del término. Y surge la posibilidad de reconocer una cierta disociación entre su voluntad genuina y la expectativa social.

Cuando me pregunto a mí misma, si ahora mismo me hace falta un hijo, yo misma me respondo que no. Que a mí personalmente no me hace falta un hijo, pero...siento esa necesidad de alguna manera, por presión social, en primer lugar...yo no sé si lo hablo racionalmente o lo hablo porque lo pienso, pero yo lo pienso así ¿no?, y porque es el momento, porque toca, la presión social, que me he casado, llevo una serie de años de casada y se supone que ya es el momento ¿no? (E12)

La reflexión comporta lo que podríamos llamar un cierto diagnóstico sobre el peso social y la vigencia del 'mandato de la maternidad'. Los términos en los que se formula el discurso están poco cargados ideológicamente, en el sentido de que no discurre desvelando la dominación ejercida por el orden patriarcal, y tampoco se sienten atrapadas -en la práctica, como mujeres- en él. La lectura se basa en el reconocimiento de lo socialmente establecido y asumido como normalidad y, desde ahí, resulta posible marcar una distancia para configurar una imagen de la mujer, de la pareja y de la familia que no se agota en la maternidad.

Aunque el tener hijos/as que forma parte de su idea de familia, la relación de pareja tiene valor en sí misma.

No lo es todo en la vida tener niños tampoco, hombre parece que a veces lo haces más por los demás, por una familia, por unos suegros, por tus padres, pues lo típico ¿no?, que te vas a hacer muy mayor, que no hay niños, que no los vas a ver, pero que no sé, nosotros como pareja no lo necesitamos, vamos no estamos tan mal para decir, vamos, si el caso llegara que no tuviéramos es que no íbamos a adoptar ninguno, o sea es que eso lo tenemos muy claro (E23)

No se había casado conmigo por tener hijos, no sé cómo decírtelo. Así como hay hombres que se casan para tener hijos, yo tampoco, yo no me había casado para tener hijos, en un momento me hubiera gustado tenerlos que es distinto, lo que pasa

es que mi fin de matrimonio, o sea, yo si mi marido me hubiera dicho que no podía tener hijos, por una casualidad, seguramente me hubiera casado igual, seguramente no, lo tengo claro que me hubiera casado igual ¿entiendes lo que te quiero decir? (E6)

La voluntad de ser madre no tiene porqué derivar de un sentimiento fuerte, cercano al instinto; de hecho, ninguna de las mujeres que construyen sus representaciones en los términos de este discurso evoca el término instinto como algo sentido de lo que tengan que distanciarse. Así como hay mujeres a las les atraen los niños, la crianza y la maternidad, otras la anhelan de modo mucho más difuso, y pueden asumir la voluntad de ser madres como resultado del deseo por compartir con otros la ilusión por los/as hijos/as.

Jo, la veritat és que no mai he segut molt xiquera, o siga, sí, volies tindre crios, però no era una cosa que me matava. A lo millor era més per... pues per tot lo que t'envolta, pel teu home, pels... els teus pares, perquè jo que sé, pues a tots els fa il·lusió (E9)

La expectativa social ha sido interiorizada, incorporada y sentida como propia en un proceso cuyas claves pueden ser reconstruidas. La educación recibida y la percepción de la familia en un sentido temporal que sigue el curso de las generaciones puede llevar a suscitar la responsabilidad de mantener la continuidad, sobre todo en los casos en los que hay un patrimonio que transmitir.

Mi hermana no está casada, no tiene hijos... abortó hará 10 ó 12 años de un hijo que no deseaba, claro, y...y bueno de alguna manera yo me siento que tengo que continuar la familia...porqué cuando piensas que todo lo que tenemos ¿no? [...] Todo va muy unido ¿no?, la forma en la que nos han criado, la forma en la que nos han educado, porque a lo mejor de no tener tanta presión, no...de decir: ¿me hace falta un hijo? de sentir esa necesidad, más que personal...social ¿no? (E12)

9.1.2.2. Motivaciones e imagen de las TRA

Desde el hilo argumentativo que construye este discurso, la posibilidad de no tener hijos no altera la identidad femenina, puesto que hay un reconocimiento del carácter inercial y mediado externamente del deseo de ser madre. La dificultad o la demora excesiva en conseguirlo se vive más bien en términos de contratiempo y, en este sentido, el recurso a las TRA se ve como una oportunidad de intentar vencerlo.

En ocasiones, la presión del entorno puede llegar a ser muy persistente y se vislumbra la influencia de las relaciones de género. Entrando en un detalle de caso, a título de ejemplo, puede citarse el de una mujer que vive, por el hecho de ser la única hija, la presión

directa de la madre para que continúe con la familia. Identifica esta insistencia como el principal motivo para iniciar los tratamientos.

Nos estábamos poniendo en una edad, ¿no? Y mi madre me pegaba mucho la paliza, ¡claro! mis dos hermanos mayores eran, nos llevamos un año cada uno, pero claro, mi madre veía que, que ahí ninguno tenía intenciones de tener niños [...] y claro, pues a la que más le pegaba la chaparra era a mí: Mari, ¡yo quiero un nieto!, ¡yo quiero un nieto! Y al final, no sé cómo nos lo planteamos, pues va, empezaremos... (E41)

Si el tratamiento tiene éxito en los primeros intentos, el balance suele ser positivo, ya que la vida continúa siguiendo el cauce previsto. Pero si surgen complicaciones y los ciclos se suceden sin conseguir el objetivo, la distancia entre su deseo y la expectativa y la presión del entorno se hace más intensa. Emerge una evaluación de los costes que supone, así como la pérdida de sincronía con el curso vital de sus amistades.

Y por otra parte, toda la gente con la que vamos está teniendo, está teniendo críos, el que no lo ha tenido hace dos años, está embarazada, tiene uno de 4 y ya va por el segundo...entonces claro, tú te ves que no pasa nada, en principio que no pasa nada, pero claro en el fondo sí que pasa, porque me siento que yo también quisiera tener eso, ¿no?, a lo mejor me toca a mi dentro de cuatro años, cuando ya tienen los chiquillos en el instituto...no sé, es una relación que no podemos saber nada, pero estamos acostumbrados a lo que quieres lo tienes, y que pagándolo lo tienes y que cuando algo quieres y luchas por algo pues más o menos acabas teniéndolo, pues...esto que no depende de nadie, ni de ti misma, pues te cuesta el aceptar de que no, aunque tú quieras decir que sí (E12)

Las limitaciones que impone la sanidad pública en cuanto al número de intentos puede desencadenar una situación en la que no quede más remedio que acudir a las clínicas privadas. Cuando esto ocurre y la posición económica es relativamente precaria, el coste económico que supone se convierte en un criterio de evaluación central a la hora de decidir si continuar intentándolo o parar, y aceptar la posibilidad de no tener hijos/as.

Aunque en el capítulo 10 se aborda específicamente el tema de los costes que implican los tratamientos, resulta pertinente presentar aquí la dinámica adaptativa que refleja el discurso que se está analizando. La oferta privada de TRA cobra una imagen de servicio de mercado y la posición de las parejas es la de consumidores potenciales. En la decisión de acudir a ella entran en juego las lógicas y los criterios de valor que rigen las prácticas de consumo. El valor de cambio económico, el precio de los tratamientos, se compara y evalúa en relación con el valor de uso que el servicio proporciona y, con ello, la necesidad que supuestamente satisface. El razonamiento que lleva a pensar que la maternidad se ha planteado más como el producto de la inercia y de la presión social, que de una nece-

sidad propia, es la base sobre la que el valor de uso queda minimizado, en comparación con el gasto económico que requiere.

Claro, la gente que está desesperada por tener familia, pues yo comprendo, yo sé de una chica que ella misma me decía: a mi mis amigas me dicen, que mi hijo se ha tragado toda la herencia, dice, pero es que yo me he gastado más de 10 millones de pesetas... Cada uno tiene una manera de pensar y yo, gastarme eso [...] le dije a mi marido: pues nosotros si no tenemos hijos, pues da igual, nosotros como los abuelos esos, nos compraremos una Goldwing¹⁹⁴ y a recorreremos el mundo. ¡Ja! Mi marido que es motero y la había vendido para casarnos, había vendido la suya, ya se le olvidó todo los niños y ya se le olvidó de todo. Ya se compraba todas las revistas de motociclismo, hasta se compró la moto. Y al año vendió esa y se la compró nueva, y ya se olvidó todos los niños y ya se, se olvidó... Y además yo para que él tampoco, a ver, para mí no supuso ningún trauma (E41)

La posibilidad de utilizar las TRA se refleja, de este modo, como una opción condicionada por las posibilidades materiales. El hecho de desmarcarse de un sentimiento intenso de deseo por ser madre contribuye a elaborar un discurso adaptativo, en el que, frente a las circunstancias, se busca una respuesta para poder aceptar lo que no deja de ser percibido como una renuncia.

Si hubiera tenido un hijo hubiera acoplado mi vida, a un hijo, pero si no tengo hijos acoplo mi vida a no tener hijos. Y hoy por hoy, a mi marido y a mí no nos hace falta un niño en nuestro matrimonio, ¿me entiendes? Nosotros nos vamos a todos los sitios o yo me voy donde me da la gana y él se va donde le da la gana y...a nosotros no nos hace falta (E41)

9.1.3. El tiempo es un perro que muerde, sobre todo, a las mujeres¹⁹⁵. Discurso racionalista-conciliador

Se trata de un discurso que da cobertura a las representaciones y experiencias de las mujeres que han incluido de modo explícito en su proyecto vital la voluntad de desarrollar una actividad laboral, no sólo por motivos económicos sino también como fuente y expresión de independencia y de realización personal. Aunque esta iniciativa no es, obviamente, exclusiva de las mujeres que deciden la maternidad en el seno de una pareja heterosexual¹⁹⁶, el discurso racionalista-conciliador se refiere a ellas, ya que refleja el modo en el que se desarrollan las estrategias para intentar compatibilizar maternidad,

¹⁹⁴ Moto legendaria de la marca Honda, auténtico icono de los moteros.

¹⁹⁵ Se ha reproducido el título del conocido artículo de la socióloga italiana Laura Balbo (1990).

¹⁹⁶ En el epígrafe siguiente se describen los discursos que dan cuenta de la maternidad por parte de mujeres sin pareja y de mujeres en pareja homosexual.

trabajo y vida personal en un marco en el que uno de los condicionantes es la división sexual del trabajo en el ámbito familiar.

En él, la decisión de tener hijos/as significa llevar a cabo una decisión de pareja, cuya puesta en práctica va a conllevar la necesidad de articular el ejercicio de la maternidad con las exigencias derivadas de la actividad laboral. Esta necesidad, junto con la voluntad de disponer de un periodo de vida personal y de pareja sin las obligaciones que comporta la llegada de los/as hijos/as, da como resultado que la búsqueda de la maternidad se inicie, con elevada probabilidad, a una edad relativamente avanzada. La conciliación entre la maternidad, la vida laboral y la vida personal se establece a través de la adopción de un proyecto secuencial en el tiempo.

9.1.3.1. Parámetros generales

La formalización de la relación de pareja -implique o no unión matrimonial- es anterior y relativamente independiente de la decisión de tener o no tener hijos/as. Establece una disociación entre ambas cuestiones, en el sentido de que la relación tiene valor en sí misma.

Porque de todas formas yo quería ser madre, quería tener un hijo, pero tenía muy claro que yo estaba con una persona por él, no que el fin de esa relación no era sólo tener un hijo era...es algo más. Bueno, después de tenerlo ya algo más que eso ¿no?, pero sí, pero que no...que no... Lo primordial no era eso (E17)

Esto no significa que no se haya hablado e incluso acordado antes de estabilizar la relación. La decisión de tener descendencia es compartida o por lo menos acordada en pareja, aunque uno u otra puedan mostrar mayor o menor entusiasmo en el proyecto y dejen sentir su presión sobre el momento de llevarla a cabo.

La voluntad y/o el deseo de ser madre puede ser variable entre las distintas mujeres, pero lo que caracteriza este discurso es que los hijos/as son un elemento entre otros de los que constituyen el proyecto vital, el intento de construcción de un modo de vida.

La propia relación de pareja puede favorecer la aparición del deseo de ser madre en la mujer y no sólo -o no tanto- por la presión que la voluntad de la pareja pueda ejercer sobre ella, sino porque le puede llevar a descubrir que tener hijos/as puede ser algo gratificante, compartido. Esta apreciación refleja de qué modo el planteamiento y la decisión de ser madre deja de ser inercial y pasa a convertirse en una decisión meditada, teniendo en cuenta las condiciones que la propia relación va a favorecer.

Mi vida yo la pensaba...soltera. Yo tenía muchos novios, entonces pensé: es que se está muy bien soltera [...] yo tenía mis novios, pero yo no vivía con ellos. Había vivi-

do con un chico y fue un fracaso absoluto, la convivencia me pareció horrible. Te va a parecer una tontería, pero lo del váter, los pelos, que son desastres, que se lo dejan todo por en medio. No me gustaba, pero me enamoré de este chico [...] y pensé que con ese chico yo sí que tendría un hijo (E28)

Yo nunca había pensado ser mamá. No tenía así ningún impulso especial, pero cuando conocí a mi chico pensé: con este sí. Con este sí que quiero [...] decides ser mamá cuando encuentras al hombre con el que quieres ser mamá. Desde mi punto de vista ¿eh? A lo mejor otras mujeres hacen al contrario: quieren quedarse embarazadas y entonces buscan hombre. Esto a veces pasa (E28)

La maternidad se representa como algo que debe ser elegido y planificado. Se desmarca del mandato patriarcal que prescribe la maternidad a las mujeres y también de los discursos que lo sitúan sin más en el seguimiento de una 'ley de vida'. Se trata de una decisión personal, meditada y acordada en pareja, que se llevará a cabo cuando sea asumida por ambos, aunque la idea pueda partir de uno de los miembros de la pareja. Lo más destacable es que ante la propuesta del varón -cuando es éste el que lleva la iniciativa- la mujer no tiene porqué sentirse obligada, no moviliza los estereotipos de género tradicionales, sino que más bien se aleja de ellos. Desde el punto de vista del análisis, es difícil afirmar con contundencia que esto sea total y efectivamente así, pero aún en el caso de que pueda pensarse que de modo subyacente esté presionando este código, resulta significativo que pueda enunciarse un discurso bien argumentado y razonado que afirme la legitimidad de que la mujer piense sobre su deseo de ser o no madre y actúe en consecuencia.

Yo...a lo largo de toda mi vida nunca había deseado quedarme embarazada y tener hijos, muy sinceramente, no lo había deseado, siempre había estado con...mi vida la había dedicado a otras cosas, por ejemplo, el trabajo, los estudios, no me había preocupado en absoluto el tema de los hijos y tampoco había sentido el deseo, al contrario me sentía...me agobiaba el pensar que pudiera quedarme embarazada, porque un hijo, pues me absorbería mucho tiempo, y no estaba preparada, y siempre tuve muy claro que tendría un hijo si lo deseaba, eso lo tenía muy claro. Entonces pues es algo que no estaba dentro de mis planteamientos [...] no es algo que yo deseara, simplemente porque yo quería llevar una vida bastante libre sin ataduras, etc... Entonces, pues bueno...no lo desee nunca, entonces llegó un momento en nuestra relación, en la relación de mi pareja actual, en la que pues...se plantea, principalmente me plantea él, entonces yo espero, espero bastante tiempo, pasa un año, de lo que me lo pienso, y decido que sí, que puede ser bonito y que bueno, que estoy preparada, creo estarlo [...] Entonces, pues empiezo a plantearme que puede ser bonito lo que puede significar la maternidad, descubro...que...bueno, cuando tomo la decisión, le digo a mi pareja que sí, mi pareja se lo piensa, otra vez...tarda un montón, otro año, y entonces decidimos que vale, queremos tener un hijo (E2)

Las razones que pueden alejar a las mujeres del deseo de ser madres no tienen porqué ser justificativas. Resulta legítimo el motivo de querer estar libre de ataduras, de optar por

una vida ‘libre de hijos’¹⁹⁷. La maternidad comporta responsabilidad y dedicación, por lo que la decisión de ser madre no puede tomarse a la ligera.

Los límites y los condicionantes a la iniciativa de tener hijos/as, más allá de la voluntad personal, se dibujan desde la percepción y la valoración de la situación en la que se encuentran y ésta se halla a su vez estrechamente relacionada con las condiciones que configuran el panorama social, en cuyo marco se evalúan los recursos particulares disponibles. En términos generales se alude a la posición económica y a la estabilidad laboral, además de a la calidad de la propia relación de pareja.

Mi marido y yo terminamos la carrera, nos casamos con 25 y 26 años, y claro, teníamos que comenzar en el mundo laboral, teníamos que trabajar. Entonces el mundo laboral, él es médico y yo psicóloga, y en aquel entonces estaba bastante difícil, comenzamos en trabajos bastante precarios, y de ahí comenzamos a ver si podíamos llegar a tener una estabilidad económica a la hora de tener un hijo, nos casamos sin nada, en una situación bastante precaria económicamente. Nos planteamos tener un hijo, cuando llegamos a una situación más o menos estable, cuando ya teníamos vivienda, contábamos con un sueldo que nos podía dar una calidad de vida, y nos plantamos con 29 años tenía yo ya, cuando podíamos económicamente plantearnos tener hijos (E3)

El criterio de responsabilidad prevalece pero no censura la legitimidad de un planteamiento hedonista en la proyección de la trayectoria vital. En este sentido, la voluntad de disfrutar de la vida personal y también de la relación de pareja -antes de entrar en la “nueva etapa” que supone la llegada de los/as hijos/as- forma parte de los criterios que delimitan el momento idóneo para llevar a cabo la elección.

Nos casamos en el año 2.000 y en principio no estábamos...vivíamos muy a gusto, viajábamos mucho. El tenía su parcelita y yo la mía y después la conjunta. Entonces los niños no era un tema que corriera mucha prisa, además él y yo nos llevamos 6 años, yo me casé con 27. Comencé a trabajar también como maestra el mismo año que me casé y, claro, la independencia económica que no había tenido hasta ahora, eso yo creo que también ayudó a que a corto plazo no pensáramos en tener familia [...] Yo tenía claro que quería ser madre. Pensaba que ya, tenía treinta y tres años, que había disfrutado mucho de la vida, que habíamos viajado mucho, que lo habíamos pasado muy bien los dos juntos, que habíamos ido de fiesta. Ahora era otra época. Él iba a cumplir cuarenta años y también...veía que era el momento. Era el momento ideal. (E27)

Los términos del discurso discurren así articulando un planteamiento racional y racionalizador, característico de esta posición, que percibe de modo quizá más intenso que

¹⁹⁷ La expresión está tomada del término “childfree”, subrayando que es interesante la distinción que en inglés introduce la existencia de dos términos -childfree y childless- para lo que en español se designa únicamente como “sin hijos”, connotando necesariamente carencia.

otros la idea del proyecto vital como algo que es el resultado de apuestas entre las distintas opciones abiertas a lo largo de la trayectoria temporal de la vida. Precisamente, esta inscripción en una concepción lineal del tiempo y el uso del lenguaje de la elección -que remite a la dimensión individual- propicia la emergencia de conflictos y contradicciones en las que el género y la tensión entre lo personal y lo social resultan centrales. Este planteamiento -privado e individualista- unido a la relativa marginación de los aspectos emocionales inherente a la lógica del discurso -básicamente racionalista- comportará, cuando aparezcan las dificultades para tener hijos/as, problemas de coherencia a las mujeres que inscriben sus representaciones básicamente en los términos de este sistema.

Siguiendo con los parámetros desde los que se enuncia, este discurso incorpora una lectura de las condiciones sociales generales que delimitan la toma de decisiones. Entre ellas aparece con claridad la desigualdad de género.

Se toma en consideración el hecho de que tener hijos/as puede plantear disyuntivas a las mujeres que no se suelen presentar de igual modo a los hombres, y que derivan de las condiciones sociales, del funcionamiento del mercado laboral y de las prácticas de división sexual del trabajo familiar más frecuentes. Por lo general, la llegada de hijos supone mayores costes para las mujeres en términos de dedicación y asunción de tareas y responsabilidades cotidianas. Además, el convertirse en madres puede plantear -casi con seguridad- obstáculos para su inserción, estabilidad y trayectoria laboral.

La distorsión de la posición en el mercado laboral que supone la llegada de los/as hijos/as no afecta en absoluto o no del mismo modo a los varones. En su caso suele ocurrir, en cierto sentido, a la inversa. Por ello, el hecho de estar en paro o tener una situación laboral precaria puede contribuir a demorar la decisión si afecta de modo notable a la economía familiar; puede pesar en la elección del momento adecuado para tenerlos/as, pero no se percibe que la llegada de la descendencia vaya a perjudicar la posición laboral del varón.

La dedicación de las mujeres a la actividad laboral no sólo se considera legítima sino que también se reconoce como una práctica normalizada e incluso conveniente. Puede ser necesaria en términos económicos, pero ésta no es la principal fuente de legitimidad. Otros motivos, como la independencia económica, la presencia social y el desarrollo personal pueden ser tan o más importantes y defendibles.

Se aleja, pues, definitivamente de la idea de que la maternidad y la dedicación a la familia es la obligación primordial de las mujeres y que éstas deban anteponerla a la dedicación laboral. El razonamiento, arrastrado por la lógica discursiva antes mencionada, tenderá a considerar que el modo en el que distribuyan sus intereses y su tiempo, y el valor que le concedan a la maternidad y a la actividad laboral, serán una cuestión de elección, que cada mujer y que cada pareja llevará a cabo de acuerdo con sus posibilidades y preferencias.

Existe una actitud de tolerancia hacia las distintas opciones que adopten las mujeres y, en los discursos de las entrevistadas, cada una inscribe su caso personal en este espacio de diversidad. Hay mujeres que priorizan la maternidad sobre la actividad laboral en términos de valor, dedicación y sentido vital. Otras equilibran más su apuesta entre ambas y hay mujeres que dan mayor importancia a la actividad laboral, sobre todo si ésta se plantea en términos de carrera o trayectoria profesional.

Las consideraciones acerca de cómo son las cosas en el mundo en el que les ha tocado vivir enturbian este tipo de representaciones tan centrado en las oportunidades y las elecciones. Emerge así una idea de libertad condicionada que da cuenta de cómo el trazado de su proyecto vital se verá -saben- continuamente cercado por las condiciones sociales generales y por los recursos particulares de los que cada una disponga, sin que sea en absoluto desestimable la disposición y la actitud de la pareja, tanto en términos de presión hacia la cuestión de decidir el momento idóneo para tener los hijos/as como en términos de compartir las obligaciones que su nacimiento y crianza reportarán.

En este contexto se articula la relación entre el grado de intensidad con el que inicialmente perciben su voluntad de ser madres y la importancia que conceden a su actividad laboral y al desarrollo profesional. Se trata de una articulación compleja que da lugar a una combinatoria relativamente amplia, que dibuja distintos perfiles experienciales y actitudinales.

Por un lado, la importancia concedida inicialmente a la maternidad puede llevar a establecer los distintos modelos de proyecto descritos, otorgando mayor peso -en lo que se percibe como ‘sus prioridades’- a la maternidad o a la actividad laboral o equilibrando ambas.

Pero, por otro lado, las condiciones y oportunidades laborales, la inversión en formación y la importancia concedida a la actividad laboral y/o a la carrera profesional resitúan el espacio concedido a la maternidad, en términos de calendario, dedicación e importancia que reviste para ellas.

Tal y como se explicará en el epígrafe 9.2., las dificultades para quedar embarazadas, lo que representan para ellas y el modo en que las viven, están estrechamente relacionadas con estas cuestiones y remiten a la tensión entre la dimensión individual y la dimensión social, ambas atravesadas por la desigualdad social entre mujeres y hombres.

La opción de no tener hijos es considerada legítima cuando es elegida. Puesto que la vida de las mujeres está también “llena de otras cosas”, la maternidad se desvincula de su de identidad genérica, y no ser madre no supone un déficit de feminidad o de valor. Las dificultades para conseguirlo -cuando se elige - pueden afectar más a la identidad personal que a la identidad genérica, en el sentido de que no es que se sientan menos mujer, sino en el de que no pueden lograr lo que querían.

9.1.3.2. Maternidad tardía versus maternidad temprana. Conflictos de calendario

El discurso racionalista-conciliador incorpora la percepción de que en la sociedad actual las mujeres tienen hijos/as a edades más avanzadas que en otros momentos de la historia reciente. Este retraso en la edad responde en la mayoría de los casos -y como factor principal- al hecho de que las mujeres dan mayor importancia a su formación e invierten mayor tiempo en ella de lo que lo hacían sus predecesoras. Este aumento en los niveles formativos está a su vez estrechamente relacionado con su orientación hacia la actividad laboral. Se representa pues como una práctica que responde a una modificación -consolidada en el momento actual- en la concepción de la identidad femenina y que constituye un avance en la consecución de la igualdad social entre mujeres y hombres, favorecido por los cambios sociales. Las mujeres ahora se plantean -mayoritariamente- un proyecto vital en el que la maternidad puede figurar o no, pero que incorpora siempre la dedicación a la actividad laboral. Emerge desde ahí una imagen de que las mujeres al hacerlo están actuando desde el ejercicio de sus derechos y en defensa de sus intereses.

Las exigencias derivadas de la actividad laboral son de este modo percibidas como las que marcan principalmente el calendario, la ordenación temporal de sus decisiones, y la de ser madre -si se toma- debe adecuarse a ellas. Las dificultades para conseguir una inserción laboral aceptable, que garantice una cierta estabilidad, son la norma en el mercado laboral actual y, aunque afectan a todas las personas jóvenes, en el caso de las mujeres son especialmente intensas y están estrechamente vinculadas con la maternidad.

Mira, yo doy clases en la Universidad, ¿vale? yo tengo alumnas, ahora mismo en cuarto de, de carrera, con lo cual tienen 20 años, bueno 20, 21, 22 porque hay... Cuando esas niñas salen al mundo del trabajo tienen que ponerse a trabajar y entonces no se pueden dedicar a tener niños, porque además son gente, por ejemplo a las que yo les doy, son de ciencias ambientales, esas van casi todas a empresas y los empresarios no quieren mujeres, hombre...el gobierno pues da ayudas y, y está..., pero de todas maneras la casa la lleva una mujer y entonces claro, tú no puedes empezar a tener niños con 25 años, entonces ¿llevas, toda tu vida estudiando para meterte en la casa? Eso es una barbaridad, entonces...y yo no sé los hombres, que sí, que ayudarán, pero el peso lo ha llevado siempre la mujer (E26)

El mercado laboral penaliza a las mujeres y las cargas derivadas de la llegada de los hijos recaen en la mayoría de los casos fundamentalmente en las mujeres. Dos razones relacionadas -aunque de orden distinto- que obligan a aplazar la maternidad si se quiere mantener la coherencia del proyecto vital 'elegido'.

En este marco se sitúa la demora en la elección del momento adecuado, que será potencialmente mayor cuanto más inversión educativa realicen y mayores sean sus aspiraciones profesionales.

El tiempo corre en un sentido lineal y con él la edad de las mujeres. El ajuste temporal de la decisión de tener hijos/as desembocará con frecuencia en que sin darse cuenta han alcanzado una edad para ser madres más avanzada de lo que se considera adecuado y a ella se vincularán sus problemas reproductores. Emerge así otra dimensión temporal que ellas han tenido que ignorar para poder seguir con su trayectoria, a pesar de que la conocen, tanto por la difusión del discurso médico al respecto como por el recuerdo que de ella les va haciendo el entorno próximo.

La verdad es que llega un punto en el que piensas: me he esperado demasiado tiempo [...] A los treinta y cinco años la fertilidad es la mitad que a los veinte (E28)

Yo a los treinta y tantos, a los 34 dije: ¡uy! pues parece que hay que tener hijos, a ver si me voy a quedar sin ellos, pero [...] yo veía que se me... bueno, me lo decían gráficamente ¿no? mi suegra me decía: hija mía, se te va a pasar el arroz (E25)

Desde la perspectiva del análisis resulta muy interesante observar cómo afloran dos concepciones lineales del tiempo discurriendo en paralelo y que son la fuente del conflicto en el que se ven inmersas las mujeres. Se ve reflejada con toda claridad la cuestión de cómo la sociedad está organizada sobre la preeminencia de la dimensión público-laboral que exige una dedicación continua y una disponibilidad plena a quien quiera sobrevivir y/o prosperar en ella. La otra línea de tiempo, la del tiempo de la reproducción biológica queda oculta y relegada.

Las mujeres que quieran transitar por ambas deberán ingeniárselas para intentar conseguir algo que les está negado de antemano, puesto que es imposible en las condiciones sociales actuales. Deberán articular en un sólo trazado temporal, el de su edad, dos líneas disociadas en la organización social. La secuencialidad con la que han ‘resuelto’ los varones su modo de responder a las exigencias de los ámbitos de la producción y de la reproducción no sirve en este caso a las mujeres, puesto que si tardan mucho en decidirse a ser madres quizá se sientan culpables por “haber esperado demasiado”.

La desigualdad persistente en la división sexual del trabajo familiar es en realidad uno de los motivos principales por los que las mujeres deben intentar emular una trayectoria secuencial, colocando en primer lugar el trabajo extradoméstico y después la maternidad. La llegada de los/as hijos/as supone un paso crítico hacia la generación de los consabidos problemas de conciliación que -aunque no debería ser así- recaen básicamente en las mujeres.

...el trapicheo ese lo llevo yo. Yo antes de venir he ido al súper, al mercadona a comprar la comida que van a comer ellos, porque yo no voy a volver, yo vuelvo esta noche. Porque yo soy la que organizo, y yo creo que eso le pasa a todas las mujeres. Entonces yo, es lógico que las mujeres no puedan empezar a tener niños con 25 años. Cómo los vas a tener, toda la vida estudiando ¿para qué? Porque además

después se te pasa la edad y ya los niños son grandes pero tú ya no te puedes incorporar, ¿a dónde vas? ¡si no tienes experiencia! y lo primero que te piden son, es experiencia entonces es lógico que las mujeres... (E26)

La paradoja queda enunciada. “Se te ha pasado el tiempo” es una frase que corren el riesgo de escuchar las mujeres hagan lo que hagan. Si has sido madre demasiado pronto la escucharás desde la voz del mercado cuando intentes retomar tus proyectos profesionales. Si antepones tu dedicación laboral, cuando quieras ser madre oírás que te dicen que “se te ha pasado la edad” desde la voz de la medicina.

La situación de doble vínculo (Bateson, 1977) en la que la incompatibilidad entre maternidad y trabajo mercantil encierra a las mujeres se hace patente en este discurso, pero emerge inicialmente situada en el plano de las vivencias, las condiciones y las decisiones individuales. A pesar de que el carácter colectivo del problema -o por lo menos compartido por la mayoría de mujeres- sí que se enuncia cuando se refiere a la inexistencia de corresponsabilidad en el trabajo familiar y al sexismo en el mercado laboral, cuando se trata de la maternidad, el salto desde la dimensión individual -ubicada en el ámbito de la vida privada- a la dimensión colectiva -situada en el plano político-social- se resiste, es difícil de articular.

Las mujeres entrevistadas que reconstruyen sus experiencias en los términos de este discurso elaboran un relato de las mismas en el que las expresiones: “quiero”, “debería” y “tengo que” aparecen permanentemente entrelazadas y apuntan claramente a la identificación de los agentes y factores que lo propician. Pero no van más allá.

En este sentido, puede resultar interesante hacer una referencia al proceso de desarrollo de la presente investigación. En una de las entrevistas realizadas a una mujer, profesora de universidad, que había desarrollado espontáneamente todos los argumentos descritos, como investigadora decidí, en la parte final de la entrevista, interactuar para favorecer -sin forzar del todo- el paso de la dimensión individual a la social para ver si se producía y en qué términos o para ver dónde estaba la resistencia. No se produjo. La respuesta fue una cierta perplejidad de la entrevistada que recurrió de nuevo, con mayor énfasis si cabe, al discurso de la elección individual. Partiendo de lo dicho anteriormente por la entrevistada, el diálogo que se produjo fue el siguiente:

- Y así por ejemplo, tus alumnas, que me comentabas, que a lo mejor se plantean tener niños a los treinta, treinta y algo, ¿eh? Y entonces les cuesta y van al médico y les dice: claro, es que eres muy mayor... ¿ahí que pasa?
- Yo es que, si a mí me dicen que es que ya eres muy mayor, bueno, es que no he podido antes, ya está. Claro que soy mayor, pero eso no es para tirarse al tinte. Soy mayor, pero bueno, cada uno cuando puede.
- Si, pero parece que tengas que decir: yo no he tenido la culpa si ha sido así, ¿no? pero...y sentirse un poco...estafadas, ¿tú crees que les puede pasar?
- No sé, ¿estafadas porque te digan...?

- No, porque...decir: he tenido que hacer esto...de alguna manera no me quedaba más remedio, yo quería estudiar, quería, claro, quería mi trabajo y si ahora quiero niños tengo problemas ...
- Es que yo no creo que tenga...yo no creo que se sientan estafadas. Hombre yo creo que te puede molestar que te digan eres mayor, ¿no? Pero, ¿estafadas? Hombre, no, yo creo que no. Uno sabe cuándo empieza a estudiar...que, que si vas a empezar a estudiar necesitas...es para trabajar y eso te condiciona muchas cosas, si no, no lo hagas, yo no creo que se sientan estafadas. Yo creo que, hombre, a uno le molesta, le molesta y además le, eso suele crear agobio porque al ser mayor significa que las cosas cuestan más trabajo, pero ¿estafadas? no, yo no creo que la gente se deba de sentir estafada, por eso, tú sabes lo que es...Yo no me sentí estafada (E26)

Resulta significativo observar, en primer lugar, que la entrevistada interpreta automáticamente la mención a la edad avanzada como una recriminación de la que debe defenderse. No es, sin embargo, extraño, ya que ella se representa el aplazamiento de la maternidad en el lenguaje de la elección, en el que tomar una opción comporta asumir la responsabilidad de sus consecuencias. Se siente objeto de un reproche ante el que debe justificarse y debe hacerlo aduciendo motivos legítimos, como los estudios y el trabajo, no la desidia o la comodidad; reconoce y justifica que no ha podido hacerlo antes.

En segundo lugar, ante la intervención de la entrevistadora que invierte los papeles, rescatándola de la posición de acusada y ofreciéndole la de posible víctima, su repuesta es el desconcierto. Desde esta nueva posición -la de ser objeto de algún tipo agresión- lo único que identifica es que la puede hacer sentir molesta, como mucho agobiada, por lo que se le viene encima.

Desde ahí, parece reconocer que se plantea un conflicto, pero un conflicto personal, que debe afrontar cada una, en la medida en que ya sabía las consecuencias que se podían derivar de su elección. Utiliza además un lenguaje impersonal, habla de la gente, de lo que hace y sabe todo el mundo. La rebeldía que pudiera suscitar el reconocimiento de estar atrapada en una situación de doble vínculo por efecto de una relación de poder, no pasa por la identificación de quién la está ejerciendo, ni siquiera en términos difusos como los de unas condiciones sociales que podrían ser de otra forma. Se contiene refugiándose en el consabido 'el que algo quiere algo le cuesta', en definitiva -ya se sabe- elegir siempre implica renunciar. Ninguna pregunta sobre quién o desde dónde se definen las opciones posibles.

9.1.3.3. Variaciones en la intensidad del deseo de ser madre y en la presión de la pareja. Actitudes y experiencias

El modo en el que gestionan el conflicto que se deriva de la incompatibilidad aludida y la preocupación con la que lo vivan dependerá en parte de la intensidad de su deseo o voluntad de tener hijos/as y de la presión que en su transcurso pueda o no ejercer su pareja. Se comentan a continuación tres ejemplos que muestran esta diversidad en el seno del mismo contexto discursivo.

a) Ganando tiempo ante el apremio de la pareja

Ante el retraso en el calendario de la realización de una decisión previamente acordada en pareja, puede llegar el momento en el que el varón se inquiete y, sin ejercer necesariamente una presión verbal directa, tome la iniciativa para poner en marcha el proceso. En el caso de la mujer, cuya experiencia se toma como base para este ejemplo, esta actuación pasa por iniciar los trámites de la adopción. Con ello muestra un modo indirecto e incluso respetuoso de ejercer la presión, ya que es un camino que él puede recorrer sin obligar a la mujer -su cuerpo, sus energías y, sobretodo, su tiempo- a implicarse demasiado en él.

No me quedaba embarazada. De todas maneras, como yo tenía que estudiar mucho, porque yo estaba haciendo la tesis en ese momento, entonces tampoco me preocupé si no me quedaba embarazada. Yo lo único que quería...y además tenía que sacar las oposiciones, entonces...yo me centré en mis oposiciones y después en mi tesis y....¡claro! Pero mi marido no tenía ni oposiciones ni tesis con lo cual él empezó a agobiarse. Cuando ya empezamos a rondar los treinta y siete o por ahí, él empezó a...buscar, un niño, entonces empezó: vamos a adoptar, a buscar. Y entonces empezó con los papeles de la adopción, cuando yo le dije que sí claro, y entonces empezó. Mientras él estaba liado con la adopción, eso me permitía a mí tener dos años más para terminar mis cosas... (E26)

A pesar de ser algo que debe afrontar en algún momento, la decisión compartida y la voluntad de tener hijos/as por parte de la mujer debe quedar relegada a un segundo plano, puesto que ella quiere y tiene que dedicarse a su carrera profesional. Los imperativos que le marcan tanto su voluntad -su deseo de seguir con su trayectoria laboral- como los imperativos externos -cumplir con los requisitos de esfuerzo y dedicación a ella- la llevan necesariamente a volcarse en ello y necesita irremisiblemente tiempo para hacerlo.

En el caso tomado como ejemplo en la cita anterior, la edad alcanzada desencadena el inicio del apremio por parte de su pareja, que se lanza a “buscar un niño”, no ‘el niño’, es decir, el hijo que habían decidido tener, sino que de modo más difuso trata de introducir

la presencia de los/as hijos/as en la vida de la pareja. Ante ello, la mujer no lo impide, puesto que supondría quebrar el acuerdo, pero lo interpreta como la puesta en marcha del cronómetro que inicia la cuenta atrás del tiempo que le queda para poder terminar con sus cosas, para pasar de un tiempo propio -centrado en sus intereses particulares- a un tiempo 'compartido', en el que los intereses de los otros -pareja e hijos/as- entran también en escena. La duración de los trámites de adopción define una 'prórroga' para ella, que permite aliviar la presión de su marido puesto que va a estar "liado", entretenido, durante ese tiempo. Ilustra un modo de mantener dissociadas las líneas de tiempo laboral y tiempo de reproducción mediante una asignación por sexo inversa a la habitual. Ella puede así, transitoriamente, seguir habitando en otra dimensión.

Es que yo estaba metida en otro mundo. Es que a mí eso no me generaba ansiedad, a mi marido sí, pero a mí no, porque yo es que tenía que terminar las oposiciones y hacer la tesis. Entonces esa era mi prioridad (E26)

El deseo o la voluntad de ser madre puede ser- y en este caso lo es- claro, pero obligadamente aplazado por unas exigencias del mundo laboral a las que ella debe ajustar su apuesta por ambos campos -maternidad y trabajo mercantil-. El resultado del ajuste mostrará que conseguir articularlas comportará renunciaciones en los dos terrenos.

- Siempre habías tenido claro que querías tener niños
- Sí. Sí, lo que pasa que no encontraba el hueco (risas) Es que no encontraba el hueco pero yo sí, sí, a mi me gustan, además me gustan mucho, si yo además me he quedado casi con las ganas de no haber tenido más. Si me hubiera pillado más joven, pero tu ten en cuenta que yo...lo tuve con cuarenta años ya [...] A pesar de todo no me dio tiempo [...] lo que hice fue parar la tesis. Como de todas maneras mi director estaba, bueno uno ya me había dejado y el otro no me hacía caso pues, ya paré y me dediqué a los niños (E26)

b) Aplazando ¿sine die? un deseo difuso

En los parámetros del discurso racionalista la voluntad de ser madre -como se decía un poco más arriba- se reconoce como variable y legítima en las manifestaciones que de ella puedan hacer las distintas mujeres. Se aleja explícitamente del modelo tradicional establecido que considera 'raras' a las mujeres que no viven el deseo maternal con intensidad. El reconocimiento del peso que tiene sobre la sociedad dicho modelo, propicia una representación de un proyecto vital no centrado en la maternidad como algo en cierto modo innovador. Las mujeres pueden trazarlo dando prioridad clara a otros intereses que, fundamentalmente, se traducen en la realización de estudios y en la actividad laboral. Cuando esto se produce, el 'olvido' del calendario reproductor resulta mucho más fácil que en

otros casos y el resultado puede ser, con alta probabilidad, que la maternidad –si se decide incluirla en dicho proyecto- se intente y/o se produzca a una edad tardía.

Yo tengo 46 años, ¿vale? y tengo dos bebés de 16 meses, lo cual quiere decir que he sido madre muy, muy tarde. Yo, en principio, bueno tenía una idea difusa de ser madre en algún momento de mi vida, pero no me había planteado un calendario, de hecho mi trayectoria vital no ha sido muy, eh, digamos, muy ajustada a patrones así estables, o sea, conocidos, ¿no? (E25)

Esta prioridad concedida a los intereses particulares desligados de la maternidad facilitada, además, la adopción de una actitud abierta hacia la búsqueda de aquello que pueda resultar satisfactorio en términos de inquietudes personales. Cuando la posición social de la mujer favorece que esto pueda llevarse a cabo, la elección o por lo menos el rastreo de lo que se quiere.

- Yo acabé la carrera y entonces hice una oposición, entré en el Ministerio de Hacienda, estuve trabajando allí y a los dos años me aburrí y dije: Pues yo creo que tengo que hacer algo, pero...en un principio yo no había pensado en el doctorado, me apunté a un máster, entonces hice un máster de investigación comercial y pensé: pues esto no es lo que me gusta; pues voy a hacer el doctorado, es decir que, que yo no tenía claro que era lo que quería en absoluto, ¿no?
- Fuiste buscando
- Entonces empecé el doctorado y claro empecé el doctorado con 28 años, cuando yo terminé mí, mi tesis doctoral, eh, fue en el 96, o sea, tenía 33, ¿vale? Y...entonces es cuando...bueno conseguí el trabajo fuera de Madrid, para dar clase y...empecé a plantearme tener hijos. (E25)

El avance de la edad va señalando alertas, puesto que se conoce el aumento de las dificultades para conseguir el embarazo que conlleva. El hecho de haber establecido una relación de pareja en la que el tener hijos/as ha sido algo planteado y asumido puede propiciar que el aumento de la edad se viva de modo más explícito, aunque ello no desemboque en sentirlo como una urgencia. Incluso a pesar del reconocimiento del mayor deseo de la pareja.

Y...bueno, pues entonces claro, viendo como nos gustaban los niños...bueno, a él...lo que pasa que yo, claro no los echaba a escobazos, ¿no? pero yo decía: Joder, con lo a gusto, lo que me gusta a mí. Hombre yo sentía, pues, que monos son, también les cogí cariño pero [...] Yo nunca pensé que iba a trabajar en una guardería como equivocación profesional¹⁹⁸, yo soy...profesora de Universidad...digamos que con esa vertiente profesional yo estaba bastante satisfecha, ¿no? [...] y bueno y

¹⁹⁸ La presente cita está inscrita en el contexto de una narración en la que cuenta lo que ocurrió durante unas vacaciones y está refiriéndose a los/as niños/as del vecindario.

qué vamos a hacer, yo ya tengo 42 años, es que esto no es una edad para plantearse... Y yo lo dejaba pasar y lo dejaba pasar¹⁹⁹ (E25)

c) *El fantasma del instinto maternal. Cambio de registro discursivo*

Tal y como se ha mencionado, este tipo de discurso se articula desde una lógica regida por la racionalidad -que incorpora la decisión de tener hijos/as como una cuestión de elección- en la que la dimensión emocional queda relativamente al margen. Esto lo sitúa en una posición de fragilidad para dar cuenta de aquellas situaciones en las que los problemas para quedar embarazada y, sobre todo el paso por los tratamientos de reproducción asistida²⁰⁰, desencadenan la movilización de sentimientos y emociones intensas.

Cuando esto ocurre, puede resultar difícil mantener la distancia con la representación de la maternidad como instinto tan presente en el orden cultural. El sentimiento de que aparece un deseo por conseguir un hijo/a mucho más acuciante de lo que se hubiera esperado -desde los planteamientos iniciales- puede dejar a las mujeres sin recursos concretos para elaborarlo.

Yo tenía muy claro que yo me quería quedarme embarazada, que me estaba costando la salud y que me estaba costando muchas cosas, pero era como imperativo, o sea un "Capitán Garfio", que tiraba de mí, muy fuerte... con un deseo muy grande, muy grande, que en ningún momento, pues claro, creo... fíjate, creo que responde a la función biológica ¿eh?, entonces yo ya me estoy planteando que sí que existe una pulsión que tiende a que tú vayas a la reproducción, porque yo lo sentía de esta manera, o sea todo mi cuerpo era... o sea toda mi energía estaba catalizada, o sea, yo no he sido una persona de decir: yo tendré tantos hijos... yo tendré... nunca, es más, mi madre siempre me comentaba: jamás pensé que estarías tan obsesionada con el hecho de tener un hijo, porque ni de pequeña, ni de joven te he escuchado decir quiero tener un hijo, ni quiero tener dos, ni quiero tener tres, no era uno de mis primeros objetivos... (E1)

El ejemplo citado muestra cómo puede plantearse de modo explícito -no sin cierta sensación de extrañeza- un cambio de registro discursivo que conduce al territorio del discurso tradicional. Puede pasarse de hablar de objetivos en la vida a localizar en el cuerpo, en la biología femenina esencializada, la pulsión hacia la maternidad. Se plantea un tema complejo derivado del monopolio ejercido por el orden patriarcal en la lectura

¹⁹⁹ El momento que describe es cuando ya habían comenzado a intentar el embarazo y no lo conseguía. Lo que va dejando pasar es pensar sobre la decisión de recurrir a otros cauces como la adopción o las TRA. De todos modos la cita se utiliza aquí para ilustrar la mayor motivación de la pareja y cómo ella se desmarca de ella al formular la suya.

²⁰⁰ Tal y como se presenta más adelante, las elevadas dosis de hormonas que reciben las mujeres para estimular la ovulación pueden generar en muchos casos un aumento de la emotividad o, mejor, la sensación de descontrol emocional.

del cuerpo y las emociones femeninas vinculadas a la maternidad. No existen significantes disponibles para enunciar las sensaciones y las emociones que queden fuera de sospecha de la herencia patriarcal (Martin, 1998, 2009).

Me lo he cuestionado todo, por eso te digo que muchas creencias se van, se van a la porra, ¿sabes?, y sí, me cuestionaba eso: ¿verdaderamente un hijo es lo que yo necesito, dentro de mis necesidades, y qué valor le doy ahora a mi vida?, bueno me lo cuestionaba todo, me lo analicé todo y en ese aspecto, desde luego, desde lo mental lo tenía muy claro, pero desde lo emocional menos y desde lo corporal estaba claro...¿me entiendes?. Por eso digo que si que pienso que hay una pulsión fuerte, que tiende a esa búsqueda, otra cosa es que logremos...o que otras personas, compañeras que conozco, logren canalizarlo y no desesperen como yo...Porque yo, la verdad...(E1)

Resulta interesante señalar -en la cita anterior- la distinción que se establece entre los planos: mental, emocional y corporal. El análisis racional remite a su proyecto de vida, a sus esquemas de interpretación de la realidad desde los que ha trazado su proyecto vital y en el que claramente el hijo se representa como algo que ella ha decidido, desde su voluntad. Las emociones resultan mucho más ambivalentes. Y el cuerpo va por su lado, en una dirección opuesta a sus planteamientos. El deseo de tener un/a hijo/a que llega a sentir la mujer se presenta como algo generizado y encarnado en la naturaleza del ser mujer, una fuerza irresistible y primitiva -fuera de la razón y más allá de la emoción- no comparable al de su pareja.

Entonces lo que yo sentía era una fuerza muy, muy fuerte que te envía hacia esa búsqueda. Y sin embargo en él no, a él si...le hacía ilusión tener un hijo, compartirlo conmigo, pero no...yo no veía que era el mismo deseo, de verdad lo veo como una cosa muy primitiva, muy primitiva (E1)

9.1.3.4. Motivaciones e imagen de las TRA vinculada a ellas

El modo de percibir las dificultades reproductivas y la imagen de las TRA como recurso para afrontarlas están estrechamente relacionados con los parámetros constitutivos del proyecto vital. La maternidad se representa como una decisión asumida que se integra en una planificación cuya puesta en práctica ha requerido una permanente búsqueda de soluciones, así como la toma de decisiones más o menos condicionadas, conscientes y/o satisfactorias.

Esta mentalidad gestora y resolutoria contribuye a propiciar una actitud tendente a abordar sin dilación lo que se percibe como un inconveniente, como una dificultad más en un camino complicado. La edad relativamente avanzada a la que se suele plantear la maternidad refuerza todavía más esta actitud. Puesto que la gestión de los tiempos ha sido el

principal caballo de batalla, la imagen de las TRA que emerge es la de un recurso, una opción, un aliado del que, afortunadamente, se dispone para librarla. Aunque no exista más diagnóstico del motivo de la esterilidad que la edad, la urgencia temporal es motivo suficiente para iniciar el tratamiento. El dejar que la naturaleza siga su curso esperando la consecución de un embarazo espontáneo es algo que ni por tiempo, ni por mentalidad, se pueden permitir.

Desde esta imagen, las actitudes hacia las técnicas y hacia la decisión de acudir a ellas son diversas:

- Una de ellas es la que las considera una oportunidad “fantástica”, propia de una época en la que la ciencia va dando soluciones a los problemas que la vida plantea, pero que se viven como una cuestión individual.

Yo creo que es fantástico, porque si una mujer quiere tener hijos y no puede, no puede porque la naturaleza ahora mismo no...no la ayuda, bueno pues, para eso está la ciencia, para que te ayude. Y me parece una cosa estupenda, vamos, igual que cuando tienes un dolor de cabeza y te tomas una pastilla o cuando tienes un cáncer y te operas para quitártelo, pues esto es otra cosa más, a mí me parece algo fantástico. ¡De lo mejor que han inventado! [...] por lo menos te dan otra opción, te dan otra posibilidad, que después no puedes, bueno pues entonces ya vamos a otra, a otro camino, ya vamos a una adopción o ya vamos a otra cosa, pero por lo menos una salida. Yo es que siempre necesito tener una salida [...] yo que me cierran las puertas me, me agobia mucho, entonces bueno, como yo sabía que eso existía, pues tampoco, por eso no estaba tan agobiada, porque yo pensaba recurrir de todas maneras a esas técnicas²⁰¹. (E26)

En el contexto de la percepción del conflicto en un plano estrictamente personal, las TRA encuentran su ubicación por excelencia. Son el recurso a su alcance que permite la huída hacia adelante, son una salida, una posibilidad de resolución individual de un conflicto individual.

Cuando la experiencia de tratamiento ha tenido éxito, se ha tardado poco tiempo en conseguir el resultado y no se ha sufrido demasiado, la imagen de las TRA como un gestor eficaz del tiempo, aliado de una voluntad planificadora, alcanza su expresión extrema. Ya no se trata de vencer al reloj biológico ni a la esterilidad, sino de ir directamente a

²⁰¹ El caso de la mujer, de cuya entrevista está extraída la cita, es particularmente interesante. Enfrascada en su trabajo mantiene cerrada la “puerta” hacia la maternidad hasta los 40 años, momento en el que su pareja decide que no quiere esperar más e inicia los trámites de adopción internacional. Cuando la resolución de la adopción es inminente, se decide a hacer una in vitro y consigue tener éxito al primer intento. No renuncia a la adopción y como ella misma dice “tuve dos hijos en menos de cinco meses”. Para acabar de completar el panorama, al año y medio del nacimiento del niño concebido in vitro se queda embarazada de modo espontáneo. El resultado: en no llega a tres años -desde el inicio del tratamiento- tres hijos, cada uno por una vía distinta.

conseguir lo que quieres y hacerlo de un modo más eficaz y preciso que la propia naturaleza.

Jo ho recomane inclus, si una tarde un poquet, més que estar ahí amb l'estrés a vore si em quede..., no me quede, si pot que vaja i que s'ho faça...inclus si dius: tinc 25 anys, fa 6 mesos ja i no em quede però es que el vull ja. Xica, pues ves i ficat-lo que total no passa res...Es una manera més, que és més segura que l'altra i ja està (E38)

– Otra de las actitudes presentes es la que, sin dejar de valorar la opción que representan las TRA, tiene una visión más crítica acerca del modo en el que son utilizadas en la práctica. Hay una consideración explícita de que el afán de controlar el tiempo se ha apoderado del modo de vida actual y de que las TRA se han convertido en una herramienta normalizada para intentar conseguirlo.

Te entra el reloj biológico éste, que no sé donde está pero debe estar en algún sitio. Estar esta. ¿vale? Es el conocimiento de que la fertilidad baja, de que la fertilidad baja no significa que no te puedas quedar embarazada. Eso es lo primero, y las mujeres de cuarenta años se han quedado embarazadas toda la vida. ¿O no? [...] Entonces las mujeres, yo creo que llega un momento en la vida en que dicen algo así como: ahora. Es ahora. Incluso te intentas planificar para cuando te va a venir bien el bebé, para las vacaciones y cosas de éstas. Entonces, claro, en cuanto no lo consigues enseguida, yo creo que un poco por el factor de edad, te angustias mucho. Y como hay tantas inseminaciones, tantas in vitro enseguida piensas que tú vas a tener que pasar por eso (E28)

El resultado es un abuso en la utilización de las TRA, propiciado tanto por las mujeres, que las demandan insistentemente, como por las instancias médicas, que destacan la urgencia que sobreviene con la edad.

En muchos casos es innecesario. Y que yo probablemente pedí ayuda de una forma innecesaria y probablemente por la presión de la edad, creo yo. Yo creo que por la presión de la edad. El pensar, tengo treinta y cinco, treinta y seis años, creo que tenía ya, treinta y cinco, treinta y seis años, no me puedo esperar más tiempo [...] y además eso allí mismo te lo refuerzan de alguna manera. Porque te dicen que claro, con tu edad... De alguna manera es algo así como que con tu edad... Ten en cuenta que a partir de los cuarenta ya no hacemos tratamiento en la pública (E28)

9.1.4. En femenino. Discursos autonomistas-independentistas

La característica principal, que permite identificarlos como distintos a los anteriores, es que desligan la maternidad de la existencia de una pareja masculina. La capacidad procreadora de las mujeres, derivada de la diferencia sexual, les confiere el poder de lle-

var a cabo su voluntad de tener hijos/as sin que sea necesario establecer un vínculo con un varón. Esta idea puede ser, en principio, compartida por un amplio número de mujeres, pero las que enuncian sus contenidos y construyen desde ellos su proyecto de vida y de maternidad, son las mujeres que abordan la maternidad ‘en solitario’ o en el seno de una relación homosexual.

El contexto social actual ofrece las condiciones mínimas necesarias para que ello sea posible sin que comporte la estigmatización que antaño acompañaba tales prácticas. Las Técnicas de Reproducción Asistida constituyen, en este marco, un recurso, un instrumento para acceder a los gametos masculinos que favorece, además, la normalización social de su iniciativa²⁰².

A partir de esta característica compartida -el protagonismo absoluto que adquiere la mujer en el proceso reproductor- los discursos y las prácticas que en ellos se inscriben presentan divergencias. Por este motivo se analizarán y presentarán separadamente en dos apartados: uno destinado a mujeres sin pareja -independientemente de su orientación sexual- y otro referido al discurso que da cuenta de la maternidad en pareja homosexual femenina.

9.1.4.1. La maternidad ‘en solitario’

a) Parámetros generales y articulaciones básicas. La construcción de un discurso innovador

La inscripción de la maternidad en el curso del proceso vital rompe la secuencia del esquema normativo convencional: el que establece la formación de una pareja consolidada como paso inicial para la creación de una familia, que se ‘completa’ con la llegada de los/as hijos/as. La quiebra del eslabón ‘formación de una pareja consolidada’ y el paso directo a la formación de una familia a través de la maternidad es vista como el resultado del aumento de la autonomía de las mujeres y no necesariamente como un rechazo de las relaciones de pareja. La maternidad en solitario es percibida como una práctica en aumento y la existencia de las TRA ha contribuido a hacer posible y visible una realidad que hunde sus raíces en los cambios experimentados por las mujeres.

Ahora hay más mujeres que, que se plantean la maternidad en solitario que antes, muchísimas más porque...a ver, crece el...crecemos...la sociedad, claro, en un sentido, las personas...trabajamos...como que nos creemos, claro, nos valemos más,

²⁰² Obviamente esto sólo es posible en los países en los que se aúna la disponibilidad de TRA con la legislación que permite y ampara su uso por mujeres sin pareja o con pareja femenina, como es el caso de España.

por nosotras solas, a parte existen estas técnicas, o sea, si no fueran...en Italia, por ejemplo, no son legales. Entonces bueno, porque existe esto y porque somos capaces de llevarlo. Estamos...la sociedad ha cambiado, entonces nos sentimos, coincidimos todas, en que somos muy seguras de lo que queremos, de lo que hacemos...no es algo, me voy a comprar un coche o me voy a comprar una casa o...¿sabes? No, es...es algo más, entonces...llegamos a la conclusión, pues, después de haber atado muchos hilos y de...y de saber realmente lo que hacemos. (E36)

Lo que cambia drásticamente respecto al modelo tradicional es la expectativa que precisamente se tiene de lo que debería ser una relación de pareja. Los motivos por los que las mujeres pueden decidir emprender la maternidad en solitario pueden ser diversos, pero se comparte la idea de que una unión de pareja debe tener sentido en sí misma y no es tolerable ni necesario -como sucedía en las trayectorias vitales convencionales de algunas mujeres en el pasado- asumirla como paso previo, como medio para acceder a la maternidad aunque la relación fuera insatisfactoria. Las mujeres pueden romper moldes, cuestionar el trazado patriarcal de la vida femenina que circunscribía la maternidad legítima al matrimonio o, por lo menos -en una primera apertura- a la vida en pareja.

No tengo que pasar por la puerta de tener una pareja, exactamente, o por la vicaría. O sea, pues primero te tendrás que casar. Pues no, mira. (E36)

La maternidad como iniciativa propia y autónoma es reivindicada y construida como algo positivo, lejos de las connotaciones de carencia o fracaso que se les atribuían en el pasado a las madres solteras. La actitud que adopta la sociedad hacia ellas y la lectura que hace de su situación se va modificando progresivamente y se va adoptando una visión que subraya su carácter de iniciativa. El primer paso consiste en el aumento de la tolerancia y, desde ahí, continúa hacia la normalización y el reconocimiento.

Y afortunadamente ha cambiado, vamos, me alegro un montón. Y que no esté tan mal visto, el...mi decisión, por ejemplo, con respecto a hace unos años, pues que, claro, esto no era... Las mujeres solteras que se quedaban embarazadas pues era porque les había abandonado el marido, o sea, la pareja, o, o él no quería hacerse cargo de la criatura y hoy en día pues bueno, ¿sabes? como que, ya no está tan mal visto como antes. (E36)

La realización del proyecto de maternidad requiere el acceso a los gametos masculinos y la vía más frecuentemente utilizada es la del uso de la reproducción asistida. De este modo, en la práctica, se prescinde en su totalidad de la presencia masculina. Una presencia que no es rechazada a priori, puesto que muchas mujeres están abiertas a la posibilidad de establecer en el futuro una relación de pareja, pero que sí que se disocia del proyecto reproductivo en la mayor parte de los casos.

No siempre es así. También constituye una práctica posible y novedosa recurrir a un varón, de modo instrumental pero honesto, para llevar a cabo la iniciativa de convertirse en madres. El cambio que representa con respecto al pasado -casarse como medio para tener hijos/as- es notable y muestra la afirmación de las mujeres, que pueden expresar su voluntad sin ambages, de modo claro y directo y que el varón decida si quiere o no prestarse a ello. En estos casos, no se trata tan sólo de obtener el semen -puesto que para ello están las TRA- sino que hay una valoración de la figura paterna que se considera deseable para la criatura, pero sin que implique el establecimiento de una relación de pareja en el sentido habitual.

Mi caso, yo supongo que es un poco particular. Porque la idea de la maternidad... Nosotros nos juntamos como pareja directamente para tener un hijo. La idea de la maternidad, es cierto que llegué a una edad ya mayor, con treinta y pico años y no tenía hijos y no tenía pareja en aquel momento entonces, pensé que quería tener hijos [...] No es la experiencia de tener una pareja y pasan unos años porque te casas. No, fue decisión mía [...] Hay algunas mujeres, para muy respetable la opinión, pero que hacen una inseminación, hacen un tratamiento de fertilidad para tener un hijo. Yo siempre pensé que mejor que tuviera un padre. Y le propuse a una persona que yo ya conocía desde hacía tiempo pero sin relación de pareja, le propuse una relación de pareja, pero directamente para tener hijos. Se quedó un poco extrañado, pero después de valorarlo unos meses pensó que valía la pena [...] La organización de la pareja fue así. O sea podíamos tener una relación de pareja, pero sin vivir juntos y abocada a que yo, yo quería tener un hijo²⁰³ (E31)

En términos generales, el hecho de que la decisión no responda a una voluntad de renunciar a la vida en pareja -sino a que no han dado, en muchos de los casos, con la pareja adecuada- comporta que sea habitual tomar la iniciativa a una edad relativamente avanzada, tras un periodo de espera que puede demorarse demasiado.

La ubicación del límite está relacionada con el desarrollo del curso del proceso y del proyecto vital en el que se han ido cubriendo las distintas etapas que acercan a una posición relativamente estable y autónoma. En este discurso, el hecho de tener hijo/as es fruto de una decisión que debe estar basada en la responsabilidad. El ejercicio de la maternidad en solitario representa problemas añadidos a la ya de por sí difícil tarea ocuparse de los hijos/as en la sociedad actual. No sólo los derivados de la crianza sin pareja sino también de tipo material, como los recursos económicos. Por ello, la práctica de la maternidad como opción individual es algo que no está abierto a la totalidad de las mujeres. El haber finalizado los estudios, el disponer de una posición laboral estable y que garantice unas condiciones económicas mínimamente adecuadas se considera un requisito imprescindible.

²⁰³ En el caso de esta mujer el uso de técnicas de reproducción asistida se debió a que posteriormente surgieron problemas de fertilidad, en particular de causa masculina, a pesar de lo cual siguió adelante en su proyecto de ser madre con él.

Si yo no ganara lo que ganara o no trabajara en lo que trabajo o no tuviera lo que tuviera, pues no me lo hubiera planteado, está claro, o sea, yo he llegado a esta decisión pues después de reunir unas ¿sabes? planear mi vida, o de, de conseguir ciertas cosas, ciertas metas, o sea, no se me hubiera ocurrido no tener trabajo y... ¡jala! ir a por un hijo, o... ¿sabes? No tener un trabajo estable, no vivir, no tener una casa propia, seguir viviendo en casa de mis padres, ¿sabes? [...] yo no concebiría el, el vivir con mis padres y ala, tener un hijo y que lo cuiden mis padres mientras yo me voy, ala, de marcha o... no plantear, no pedirles consejo, no habérselo planteado antes... el haber venido embarazada, o sea, el haber engañado, lo que te digo, y... y no, es que no entra... dentro... de mi planteamiento... para ser madre, vamos (E36)

El apoyo del entorno familiar tanto en lo que se refiere a la aceptación de su decisión como, sobre todo, a la ayuda en la crianza resulta de gran ayuda, aunque no se considera un requisito imprescindible. Puede contribuir a decantar la decisión de algunas mujeres²⁰⁴, pero no se reconoce, en términos discursivos, como el principal factor.

El esquema emancipador que presenta, resaltando los aspectos positivos de la iniciativa, choca con la realidad de muchas mujeres que está fuertemente condicionada por las relaciones de género y la división sexual del trabajo en el contexto de la familia extensa. Su condición de solteras hace que -aunque cumplan con el requisito de estabilidad e independencia económica- recaiga sobre ellas el peso de la atención de las personas dependientes del entorno familiar, en particular de los padres/madres que requieren cuidados.

En un contexto sociocultural en el que está todavía muy viva la presencia del referente de la 'maternidad intensiva'²⁰⁵, las prácticas de las mujeres que deciden ser madres en solitario comporta una sobrecarga material y simbólica considerable. El hecho de que se represente como una opción comporta un refuerzo de la responsabilidad que ésta acarrea. Requiere fortaleza y seguridad. Este referente, unido a la voluntad de afirmación de la autonomía de las mujeres, configura una imagen de lo que debe ser la maternidad, en la que realmente las exigencias que se autoimponen son enormes. La ambivalencia y la incertidumbre están presentes, pero se mitigan a través de la lectura de la realidad social en la que confluyen básicamente dos observaciones.

Por un lado, el reconocimiento de que, aun contando con una pareja, son las mujeres las que asumen la mayor parte del trabajo y de la responsabilidad en la crianza de los/as

²⁰⁴ Aunque a partir del material producido en las entrevistas no se puede realizar un análisis de todos los perfiles experienciales de las mujeres que deciden ser madres sin pareja, sí que existen indicios para pensar que la diversidad puede ser notable. En este sentido, uno de los casos llamativos es el que responde a un proyecto de maternidad sin pareja que surge por iniciativa de la mujer, pero que se configura en la práctica como un proyecto asumido y reforzado por la familia extensa. Una familia en la que ninguno de los/as hijos/as están casados ni tienen descendencia y en la que se acoge con entusiasmo la decisión de la hija, ya que se ve en ello la posibilidad de dar continuidad generacional a la familia y con ella a la transmisión patrimonial. El estudio en profundidad de esta diversidad se apunta como una línea de investigación interesante pero que se sitúa más allá de las posibilidades y de los objetivos de este trabajo.

²⁰⁵ Tal y como se explica en el capítulo 7.

hijos/as, unido a su experiencia como mujeres que han conseguido las cosas por sí mismas.

De fet a l'hora de tindre la xiqueta és que, no tindre una parella pa criar-la, jo què sé, no és una cosa que...que pense jo que face molta falta pa criar a la xiqueta. Jo pense, a vore, serà que tota la vida he estat jo soles i m'he tingut que apanyar amb les coses i m'he eixit jo endavant en tot sense tindre... (E29)

Por otro lado, la segunda observación procede de la mirada hacia la realidad de otras mujeres que estando en peores condiciones logran salir adelante. Frente a la situación de las mujeres que iniciaron la maternidad en pareja y que luego se han quedado solas, como las viudas o las separadas y frente a las madres solteras que no lo han sido mediante una decisión controlada y planificada, sus condiciones se representan como “privilegiadas”.

Tienes que estar muy segura...y bueno, a parte...ser autónoma, claro...y bueno las desilusiones sentimentales que nos hemos podido llevar o bueno que somos capaces de...igual que las personas viudas, ya te digo, separadas, o sea, es que hay un montón de mujeres, de solteras o...que ellas, si ellas pueden con más inconvenientes que nosotras, como no vamos a poder nosotras, que lo tenemos todo y, y...que lo, o sea, lo cerramos todo para conseguirlo.(E36)

En las entrevistas realizadas aparecen perfiles experienciales distintos que sirven para mostrar la fuerza y la forma que va tomando este discurso, así como los nudos centrales que estructuran su contenido. La percepción compartida es que, por lo general, las mujeres toman la decisión cuando el acecho del reloj biológico se hace patente. Sería, en este sentido una decisión en el límite, en el ahora o nunca. Alguna de ellas se ha ajustado a este patrón, pero otras no. Esta imagen de decisión extrema entra en contradicción con el núcleo semántico principal que estructura el discurso: la autonomía de las mujeres para decidir ser madres sin la necesidad de contar con una pareja. Connota carencia, en el sentido de que la acción se deriva de la desesperanza, de haber agotado el tiempo sin haber logrado lo deseable. Precisamente por ello se percibe que son pocas -aunque cada vez más a medida que el discurso va cobrando consistencia- las mujeres que toman la decisión más tempranamente. Eso sí, tras haber conseguido las condiciones de autonomía que requiere el ejercicio de una maternidad responsable.

...a los 30 más o menos, pues... no quería esperar más, entonces, ya tenía independencia económica, ehh, el piso, ¿sabes? entonces bueno, ¿por qué iba a esperar a...a alguien? (E36)

El peso que sigue teniendo en el imaginario social el esquema convencional comporta que para adoptar esta posición innovadora sea necesario tener muy claro el planteamiento y altas dosis de seguridad en sí mismas, ya que van a recibir presiones considerables del

entorno. Sea en forma de consejo, diciéndoles que todavía son jóvenes y, por lo tanto, de que pueden esperar más; sea en forma de reproche e incluso de cierta culpabilización por el hecho de no tener pareja, aludiendo a que le exigen demasiado a la relación.

- Me decían...que por qué no esperaba, que soy muy exigente, que cómo voy a encontrar pareja si soy muy exigente, que los trato muy mal, que no...¿sabes?
- Y tú ¿qué crees?
- Hombre, ehh, ¿exigente? Pues hombre, yo sólo pido...ehh, yo creo que [...] bueno, yo que sé, exigente, pues yo no sé hasta qué punto, yo sólo quiero una persona que me respete, que...me quiera, que... Eso no creo que sea ser exigente. No sé, que...ya digo que todo el mundo lo aceptó, más o menos bien porque sabían de mi deseo, pero es verdad que había gente que, pues que, ¿por qué no esperaba más? Lo que me habían cuestionado algunos médicos, pues también personas..., a ver, yo no se lo tomo a mal, pero bueno yo tenía ahí mi retahíla de respuestas²⁰⁶. (E36)

La lectura del contexto y la experiencia por la que pasan estas mujeres es uno de los motores que propicia la construcción de un discurso cada vez más elaborado y consistente.

Desde la perspectiva sociológica de género resulta interesante señalar que la construcción de este discurso se lleva a cabo por las mujeres que comparten sus experiencias a través de las relaciones de proximidad y también a través de redes sociales en el ciberespacio. En este sentido, las condiciones sociales favorecen su emergencia pero son las propias mujeres las que toman la iniciativa afianzando su posición, interrogando al orden social, quebrando el discurso tradicional y formulando nuevas respuestas.

En el foro surgen ya las que tienen hijos un poco más mayores que hacen preguntas, pues, pues tu vas recogiendo, pues... Y a las personas que nos preguntan, pues mira yo les decía esto, esto y esto. Y yo me iba apuntando o me lo iba grabando, y... pues yo les dije tal, a la pregunta que me hicieron de no sé qué...yo le... Entonces claro, yo eso me lo iba guardando y cuando era el momento de sacarlo... ¡Ala! Lo sacaba (E36)

Incluso aquellas que tenían inicialmente una actitud más insegura y que han tomado la decisión en el límite temporal -más de 40 años-, la han afianzado compartiendo sus inquietudes con el entorno próximo.

Jo pues també em faig major, sóc major, i ara no tinc parella, i entonces, mira, m'abella ser mare. I vaig pensar en açò, perquè també tinc vàries amigues que també

²⁰⁶ En esta cita se puede observar la mención que hace a cómo cuando acudió a la medicina para llevar a cabo su proyecto se encontró con que la lectura que se hacía de su edad -30 años- fue de que todavía era joven y que podía esperar. Una recomendación que sólo se justifica desde la consideración de que es mejor la maternidad en pareja. Muestra la persistencia de las indicaciones sociales vigentes sobre lo que es la maternidad adecuada, por encima del deseo de maternidad y de las mejores condiciones biológicas para lograrlo en la que tanto insisten las TRA para legitimarse.

están igual que jo i ho vam estar comentant [...] Ho vaig comentar a casa, i mon pare amb lo major que és va dir: Ai! Jo ja havia pensat, ja ho havia pensat, però no t'havia dit res perquè era cosa teua. Però que sí, bueno, contentíssims quan ho vaig dir ací a casa [...] no sé si no m'hagueren apoyat lo que haguera fet. Però jo, per exemple, conec el cas d'una xica també soltera, havia tingut varies parelles, no tenia...i al final volia ser mare. En canvi, a casa a ella no la van apoyar, ni les germanes, que té dos germanes, ni els pares. I...ella se va fer l'ànim, discutint amb els pares i tot. (E29)

La extensión de este tipo de prácticas es un hecho claramente percibido por las mujeres entrevistadas, así como su creciente aceptación social. Desde el punto de vista de la interpretación sociológica, todo parece indicar que el hecho de que la quiebra del modelo convencional se produzca a través de una iniciativa que refuerza el valor de la maternidad es el factor clave a la hora de conseguir superar las resistencias por parte del entorno, incluso cuando éste es marcadamente tradicional.

M'han apoyat molt. I bé bé, sí, tots. M'ha fet molt de cas de la xiqueta, i moltes, inclús, i moltes mares me fan: ah! la meua filla...també diu que si arriba a una edat i no se case, pos també farà lo mateix, i... Ara per cert tinc una amiga que també ha anat a la visita perquè después de vore lo meu també li han agarrat ganés (E29)

Las experiencias de las mujeres entrevistadas desvelan que existe un auténtico proceso social en el que la visibilidad que adquieren sus prácticas se entrelaza con la creación de redes sociales -formales e informales- de apoyo e información. A través de ellas se elabora y perfila un discurso cada vez más consolidado que sirve de soporte ideológico para afianzar unas prácticas que desafían y transforman los modelos convencionales.

Ahora somos más, como que está más visto, hay muchos más reportajes en la tele..., siempre, una vez que ya..., por ejemplo, mi madre pues se lo comentó a...se lo dijo a sus vecinas, a sus amigos, y luego te enteras de que, fulanita, la prima de no sé quien, también que quiere serlo, uy, pues la vecina mi no sé que, también. O sea, que luego te enteras de más casos que, que...con el mismo fin. O sea, que si no encuentran la pareja quieren serlo, o que están solas y quieren ser madres solteras, que como lo he hecho, que... Luego, ya te empiezan a preguntar, como que...primero se lleva como con mucho ocultismo ¿sabes? muy, en...en pequeño comité o que no sé y luego... (E36)

La utilización de las TRA para conseguirlo contribuye a esta normalización²⁰⁷. Básicamente por dos razones: una, por su amplia difusión mediática, que convierte su uso en normal, y otra, porque el proceso se representa como un procedimiento técnico, gestiona-

²⁰⁷ Obviamente, en los casos en los que la mentalidad tradicional sea muy intensa y exista la firme concepción de que un hijo tan sólo puede ser el resultado de una unión matrimonial las resistencias serán mayores, pero incluso en ellos, el valor de la maternidad y del hijo puede favorecer la aceptación o por lo menos la tolerancia. Sobre todo cuando el nacimiento ya se ha producido.

do por instancias médicas, desligado del sexo y de la presencia de un varón que pueda llegar a reclamar la paternidad.

b) Motivaciones e imagen de las TRA

Las mujeres que deciden emprender la maternidad sin pareja acuden a las TRA no por un problema de esterilidad, sino como medio para conseguir el acceso al semen y la consecución del embarazo sin tener que recurrir a otros medios que -en su opinión- resultarían más costosos en términos personales y que podrían comportar dificultades posteriores. La actitud de rechazo a buscar una relación sexual esporádica puede ir acompañada de sentimientos morales que consideran incorrecto utilizar al varón estableciendo una relación confusa o engañosa con él.

Para mí eso es engaño. O sea, es como si a mí me o hicieran, es, o sea, acostarse conmigo para conseguir algo y encima no decírmelo o no...no sé, para mí eso es engaño [...] prefiero tenerlo yo con donante desconocido, anónimo, acarrear yo con todas las consecuencias, no me quería...o sea, no quería ningún problema de, de ningún tipo...para el resto de mi vida. Entonces bueno, me lo puedo imaginar, pero es que yo sólo puedo agradecerle el, o sea, lo que ha hecho, porque gracias a él, tengo a mi hijo. O sea, que no me siento ni con el deber, no creo que haya engañado, porque él lo ha hecho de forma altruista y él es que me ha dado lo...vamos lo que yo siempre he querido. (E36)

La posibilidad de proponer o aceptar la propuesta de amigos o conocidos se descarta desde la apreciación de que, además de implicar una relación sexual puramente instrumental²⁰⁸, podría conllevar problemas posteriores derivados del ambiguo vínculo que pudiera establecer este varón con la criatura, llegando en el extremo a reclamar la paternidad. Recurrir a las TRA y a la utilización de semen de donante es contemplada como la mejor opción. El anonimato del donante les sirve de garantía, y la voluntariedad de su donación impide que puedan surgir ambiguos y complicados sentimientos de deuda. El agradecimiento -en abstracto- es suficiente para que la reciprocidad quede saldada.

Las TRA son valoradas positivamente, además, desde la percepción de que aportan seguridad -por la selección de los donantes y las pruebas a las que es sometido el semen- y eficacia -en comparación con la inseminación casera o con las relaciones sexuales esporádicas. La principal sombra que planea sobre ellas es la ausencia de un registro efectivo de donantes que permita controlar los nacimientos obtenidos a partir del semen de cada donante. Ante la percepción de que cada vez son más las mujeres que utilizan los

²⁰⁸ La inseminación "casera", sin relación sexual, no es contemplada como opción por las mujeres entrevistadas con este perfil.

bancos de semen, emerge el fantasma de un posible encuentro entre hermanos/as imposible de predecir.

La intensidad del deseo por ser madres puede ser variable, semejante, en su diversidad, al de resto de mujeres que deciden optar por la maternidad y que acuden a los tratamientos. La principal diferencia estriba en que no tienen las presiones que pueden derivar del deseo o de la voluntad de la pareja, que propicia a veces, en el caso de las otras, que su voluntad quede en cierto modo diluida por el compromiso con ella. Su iniciativa es personal y ejercerla comporta romper moldes en relación con lo que se percibe en el entorno social como lo normal. En este sentido, las TRA aparecen como sus aliadas, puesto que el derecho de acceder a ellas que reconoce la legislación española refuerza la legitimidad de su decisión.

9.1.4.2. La maternidad en pareja lesbiana

a) Parámetros generales y articulaciones básicas. Hacia la visibilidad y el reconocimiento

La decisión de ser madre adoptada por mujeres homosexuales no es una novedad, sino una realidad que existe desde hace mucho tiempo. Lo que ha cambiado recientemente es la mirada social hacia ella así como las condiciones en las que puede ser llevado a cabo, tanto en términos personales como sociales. En el pasado su práctica estaba rodeada de secretismo y de dificultades que podían llegar a ser vividas de modo muy intenso en el plano personal.

En la España actual, la creciente aceptación, o por lo menos la tolerancia, en el plano social ha aligerado notablemente la carga que supone el tener que desafiar lo que -todavía- se representa como modelo de normalidad: el tener hijos/as en el seno de una pareja heterosexual. La promulgación de la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, ha tenido una enorme resonancia en las condiciones de vida de las personas homosexuales y, entre ellas, las que se refieren a las posibilidades -para las mujeres- de incluir abiertamente la maternidad en su proyecto de vida.

Por eso la ley ha sido, mira, ha sido tan importante, ha sido importantísimo para visibilizar una situación que se daba desde hace mucho tiempo y que estábamos completamente invisibilizadas y ocultas, con familia...mira ahora hemos estado en el congreso de familias homoparentales, cuatro días en la sierra, en un congreso de toda España y no te lo puedes imaginar, no estamos hablando de que la ley se hace cinco años o cuatro años y que está lleno de parejas jóvenes...con bebés, no estamos hablando de eso, estamos hablando de trescientas familias o cuatrocientas, vamos, una barbaridad de gente...había muchísimos adolescentes..Había niños,

había adolescentes de veinte años, de veintidós años, muchísimos, o sea, gente que lleva viviendo ocultamente en esa situación (E33)

En lo que se refiere al acceso de las mujeres a las TRA, la entrada en vigor de la citada ley ha supuesto un cambio cualitativo, reconocido como muy importante por las mujeres entrevistadas. Anteriormente su utilización era posible, pero podían acceder a ella en condición de mujeres sin pareja. De este modo, tan sólo una de ellas -la que se iba a someter a tratamiento- era visible y reconocida. Desde la perspectiva de las mujeres que han tenido múltiples experiencias de discriminación por su orientación sexual supone la entrada en una nueva etapa. La de una situación en la que se encuentran respaldadas legalmente y no a merced de la actitud o de la ideología de la persona o del centro con el que tuvieran que tratar. En relación con la maternidad, las resistencias sociales continúan siendo fuertes, en el sentido de que, por ejemplo, es frecuente encontrar personas que aceptan las distintas opciones sexuales, pero para las que el libre ejercicio de la maternidad sigue siendo el límite que no se debe superar. Las creencias en torno a las condiciones adecuadas para la crianza de los/as hijos/as, los prejuicios sobre la reproducción de la orientación sexual en las criaturas, van cambiando y se van diluyendo, pero persisten todavía con fuerza. El respaldo legal permite a las mujeres lesbianas que deciden ser madres situarse más allá de ellos, evitando malabarismos y sumisiones en las interacciones concretas que comportaban un gran coste personal.

Yo no quería ir a ninguna clínica a decirle que era 'mi amiga'....ni creo que lo haga y no sería la primera... porque muchas pues son de derechas y mi ginecóloga que supuestamente era de izquierdas, progresista, casi me pega...no me pegó un bofetón porque [...] estoy harta de que te juzguen, porque te sales de la norma [...] desde que está la ley nadie me puede, nadie te da sermones....las cosas han cambiado mucho mucho... La diferencia es que a mí en una clínica, ahora, nadie me puede echar el sermón, nadie me puede juzgar y nadie me puede decir...incluso la gente majísima, que me he encontrado muchísima gente... más que no, incluso la gente majísima te dice: no, si yo lo entiendo, pero mejor vamos a ocultarlo, ¿me explico? [...] sin una ley posiblemente yo hubiera optado por callarme, madre soltera, o me hubiera planteado si lo dejaba a la buena disposición de la que tengo enfrente...Ahora opine lo que opine ideológicamente la que tengo enfrente, a mi me da igual, me tiene que respetar y ya está. Yo no pretendo que nadie piense como yo, ni pretendo pensar como ella, lo único que pienso es que nos tenemos que respetar porque aquí convivimos todos (E33)

La decisión de ser madres puede responder -como en las parejas heterosexuales- bien a una iniciativa conjunta, bien a la iniciativa de una las partes que es asumida por la otra. La diferencia estriba -en el caso de las mujeres lesbianas- en una observación que no por obvia resulta menos significativa en cuanto a sus implicaciones: ambas son mujeres y, por tanto, susceptibles de ser la madre biológica de la criatura.

Desde el punto de vista sociológico, el análisis del modo en el que toman o asumen la resolución de ser madres resulta enormemente interesante. El hecho de tomar la decisión junto con otra mujer propicia la puesta en juego, desde la misma identidad de género y desde un proyecto de vida compartido, de los distintos modos de formular y de vivir el deseo de maternidad.

Una cosa es que yo sea...que mi opción sexual sea indiferente y que me quiera quedar embarazada, eso es una cosa ¿vale? y otra cosa es que con una pareja y que sea fruto del amor, o sea, quiero decir que sea fruto de una relación, que tú quieres; por ejemplo, yo sola a lo mejor no hubiera tenido esa hija, esto es fruto de una relación de una convivencia ya de muchos años y en esa convivencia pues tú quieres crecer y decides tener hijos. (E33)

Yo mira, los niños y las niñas me parecen muy monos, pero yo no tenía, yo tengo una vida muy feliz y muy abierta, y me gusta mucho estudiar, trabajar; bueno, yo aquello de los niños, la niña...no tenía yo una cosa muy pensada...pero mi compañera sí, mi compañera quería ser, tenía la maternidad a flor de piel, quería ser madre, estaba completamente convencida de que era una...algo que quería hacer en su vida (E33)

La generación de un discurso que reconoce la diversidad de sentimientos e inclinaciones hacia la maternidad se produce desde la propia vivencia íntima. De este modo, el fantasma del instinto maternal como dictado patriarcal de identidad femenina queda diluido y permite que la presencia de un fuerte deseo encarnado sea leída y reconocida como una posibilidad, como una realidad que viven algunas mujeres pero no otras. Bien es cierto que este reconocimiento es suscrito por muchas mujeres heterosexuales, pero el contexto en el que se produce en el caso de la pareja lesbiana le confiere un carácter más indiscutible si cabe. El hecho de integrar en la configuración de su identidad como mujeres una orientación sexual que se aleja de la norma convencional, ha implicado una apuesta por la defensa y el reconocimiento de la diversidad, por la ruptura de los esquemas dicotómicos y reductores de las identidades de género. La maternidad puede ser vivida como deseo intenso pero también como un medio de crecimiento personal.

La inscripción de la maternidad en el curso del proceso vital sigue un esquema similar al descrito por otras mujeres. El logro de una cierta posición económica que permita afrontar la crianza es el requisito mínimo mencionado por todas las mujeres, aunando el deseo de ser madres con el criterio de la responsabilidad. La edad a la que toman la iniciativa puede ser variable, dependiendo de si han invertido más o menos tiempo en la formación, de sus expectativas laborales y también del momento en el que encuentran y consolidan una relación de pareja en la que ambas acepten llevar a cabo la decisión de ser madres. Los motivos que pueden demorar la decisión son los mismos en todos los casos: los estudios y/o la precariedad laboral y/o el dar con la pareja adecuada.

Siempre me hubiera gustado ser madre, lo que pasa, pues todavía eres muy joven, estás estudiando, estás trabajando, estás que ahora te sale esto... además como tampoco yo tengo mucha cobertura a veces, o tenía y...he tenido trabajos muy...pues, no muy estructurados y, bueno, a veces tampoco tenía una...mensualidad ¿no? y nada, luego pues cuando empecé con Celia -hace 5 años que estamos juntas- al poquito de empezar con ella pues le dije: Jo, pues a mí me gustaría mucho ser madre, ¿tú qué piensas? Y nada, al principio ella no se lo había planteado. Me dijo: no sé, pues no me lo había planteado y luego pasó un tiempo y se emocionó muchísimo y estaba ahí muy emocionada. Y entonces empezamos las dos a vivirlo con mucha emoción, lo de la maternidad (E37)

La última relación era con una mujer, en 12 años, y yo sí que quería, con 29 años quería, tener familia. Ella no quería...y entonces ya pues me cuestioné un poco, a ver, si no quieres, nos tendremos que separarnos porque yo sí que quería (E40)

En las mujeres peor situadas socialmente, en las que han perdido o ven amenazada su ocupación por la crisis, las expectativas de llegar a ser madres quedan ensombrecidas en un panorama marcado por la incertidumbre. Si además están en una edad en la que se perciben casi en el límite, las dificultades se acrecientan desanimando su expectativa inicial.

Conforme te vas haciendo mayor, es que no lo sé. ¿Sabes? No...y conforme veo el futuro y el trabajo, veo muchas pegas, y a mí si tuviese un hijo me gustaría criarlo yo, poder cuidarlo yo, de pequeño (E40)

La decisión de ser madres comporta el tener que acordar la cuestión de cuál de las dos será la madre biológica de la criatura. Los criterios utilizados son de distinto orden y pueden, en la práctica, presentar una articulación relativamente compleja.

El modo de vivir el deseo o la voluntad de ser madre, la importancia concedida al vínculo biológico con la criatura y la valoración de la experiencia del embarazo y el parto pueden decantar con cierta facilidad la decisión cuando son claramente distintos en las mujeres de la pareja. En los casos en que existe un cierto equilibrio en dichos sentimientos y ambas quieren hacerlo, se abren teóricamente dos posibilidades: realizarlo al unísono o de modo secuencial, primero una y después la otra. La primera opción requiere unas condiciones materiales, de disponibilidad de tiempo y de energía que la sitúa en la práctica como algo inalcanzable. De hecho, en las entrevistas realizadas, se plantea como una fantasía, fundada en la expresión del fuerte deseo de ambas y en la idea de compartir sincrónicamente una experiencia tan intensa.

Madres queríamos ser las dos. Habíamos pensado hasta en quedarnos a la vez. Qué locura...Cuando estaba el trabajo bien, digo: pues a la vez, luego se cuidan los dos y..., porque claro, lo que pasa que es eso que no tienes recursos y entonces no puedes, pero si no, si. Si nos hubiera tocado una lotería las dos, fijo. (E40)

La segunda opción adquiere visos de mayor realismo y se representa como una práctica relativamente frecuente.

Muchas lo que hacen es que primero se ha quedado una embarazada y luego se queda la otra ¿no?, por probarlo también, quién quiere...yo en este caso, en mi caso...concretamente yo no quería quedarme embarazada porque nunca me planteé, yo pensé que no iba a tener hijos, no tenía yo una necesidad ni biológica, ni nada. (E33)

Junto a los factores que remiten al deseo o a la voluntad de las mujeres aparecen otros derivados de las condiciones concretas en las que se encuentran: la edad de cada una de ellas; las condiciones físicas; la situación laboral respectiva y el aporte de ingresos a la unidad familiar. Este último adquiere una importancia notable desde la percepción de que la maternidad es un hándicap real en el mundo laboral.

Hace un par de años cuando ella acabó, como ella ya estaba tan trastornada con las reglas y todo, iba a empezar yo, porque yo estoy más fuerte, más fuerte en reglas, todo. Lo que pasa que cuando ella lo empezó pues yo tenía un trabajo superior al de ella, y entonces digamos que yo aportaba el dinero del hombre, más que nada (E40)

El hecho de disponer de dos cuerpos de mujer representa una “clara ventaja” sobre las parejas heterosexuales. Las fantasías que suscita la múltiple combinatoria que permite, emergen en las representaciones de las mujeres consultadas.

Nosotras tenemos la suerte, de al ser lesbianas, de que tenemos dos úteros, curiosamente tenemos dobles posibilidades...a esta altura de la vida y con las técnicas tan avanzadas que hay, pues nosotras tenemos muchas posibilidades claro, porque si no es una es otra (E33)

La dinámica de las TRA, que fragmenta de modo secuencial y discontinuo el proceso reproductor, se inserta activamente en este juego de posibilidades diversas. En las entrevistas realizadas en ningún caso se había planteado la posibilidad de distribuirse el papel biológico en el proyecto de modo que una de ellas aportara los óvulos y la otra se encargara de la gestación. Pero esta opción ha servido para configurar una nueva indicación de la FIV, la “Sharing motherhood”, técnicamente denominada ROPA (Reception of Oocytes from Partner)²⁰⁹ (Marina et al, 2010).

²⁰⁹ En España su aplicación es muy reciente y está vinculada a la promulgación de la Ley 13/2005 que permite el matrimonio entre personas del mismo sexo. Con anterioridad existía un obstáculo legal para su aplicación, puesto que la aportación del óvulo por otra mujer debía ser anónima, por lo que no estaba aceptada la donación por parte una persona concreta y elegida. Tras la ley esta traba queda superada, puesto que al producirse en el seno de una unión conyugal ya no se considera donación, sino utilización de gametos de la pareja objeto de tratamiento.

Las “ventajas” -señaladas por las mujeres entrevistadas- se concretan cuando por la edad, por cuestiones de salud o por fracasos reiterados en intentos anteriores, surgen problemas para conseguir la maternidad. La intencionalidad inicial basada en la voluntad de cada una como criterio para tomar la decisión de quién realiza el tratamiento, queda matizada e incluso alterada radicalmente ante las dificultades que se derivan de estos factores.

Sí, porque es que ella tiene 46 años, entonces no...y no, no quería quedarse embarazada, así que, pues, a mí por ejemplo me apetecía mucho la adopción pero...económicamente hablando ella podría adoptar y a ella no le apetecía adoptar y yo no podía adoptar, entonces pues...decidimos hacerlo así (E37)²¹⁰

Puede llegar a darse el caso de que sea precisamente la mujer menos motivada inicialmente por la maternidad la que acabe siendo la madre biológica.

Mi pareja quería ser madre, estaba completamente convencida...y cae enferma y entonces, al principio parece que se va a curar y la médica le dice que podrá tener hijos más adelante pero la cosa empeora y entonces, claro, en una pareja, que llevamos ya..., a estas alturas diecisiete, bueno una barbaridad de años, pues claro, esa es la ventaja: ella no puede...pero yo sí, entonces lo hago por ella (E33)

b) Motivaciones e imagen de las TRA

De modo similar a como ocurre con las mujeres que se plantean la maternidad en solitario, las parejas lesbianas que acuden a las clínicas de reproducción asistida no lo hacen inicialmente por un problema de fertilidad. Las ventajas que esta actuación reporta son principalmente: la seguridad en la calidad del semen y el anonimato de los donantes.

Sabes que el esperma va a ser fértil, que no va a tener ninguna enfermedad vírica, ni ninguna...no sé, lo que te venden, ¿no? (E37)

El anonimato...eso es lo que más valoro. Lo demás, sinceramente... (E33)

Pero así como las mujeres sin pareja valoran, además, que sean las clínicas las que realicen el proceso de inseminación, las lesbianas se sienten partícipes de una subcultura propia, en la que la práctica de la “inseminación casera” ha sido algo secular.

En ese sentido, yo creo que tendría que estar más generalizado...de hecho hay mucha gente... las mujeres lesbianas llevamos haciéndolo mucho tiempo...muchos años

²¹⁰ Resulta curioso observar, en esta cita, cómo precisamente la mujer que va a someterse a tratamiento valora la adopción como alternativa válida, pero no la otra y esto es lo que propicia el recurso a las TRA. Como se verá más adelante esto presenta ciertas similitudes con frecuentes casos de parejas heterosexuales, en los que es la mujer la que valora la opción de la adopción pero no el varón.

porque ahora, a las mujeres heterosexuales que quieren tener hijos...no se les ocurre...por el vínculo con el padre...pero como nosotras no tenemos vínculo, en principio ya no existe, porque la otra persona es chica...con lo cual yo supongo que es más fácil para nosotras que para una mujer heterosexual (E33)

Las únicas ventajas reales de acudir a las TRA serían las anteriormente mencionadas: seguridad y anonimato. Ambas garantías quedan cubiertas por la labor que realizan los bancos de semen. Desde esta constatación emerge la pregunta hacia los motivos por los que no está autorizado que se puedan dispensar privadamente las dosis y que sea necesaria la mediación de las clínicas de reproducción asistida.

Las respuestas proporcionadas por las mujeres entrevistadas están claramente relacionadas con el hecho de que exista o no una reflexión previa sobre el tema.

En alguno de los casos el planteamiento -surgido de la propia dinámica de la entrevista- sorprende, y la postura inicial es la de que se acaba de descubrir el interrogante, ya que sencillamente su posición partía de la consideración de que 'las cosas son así'. Una vez iniciada la reflexión ésta discurre en la dirección de articular -de modo incipiente- un discurso que en otros casos está plenamente elaborado y que contiene una carga ideológica y crítica considerable.

Este discurso da respuesta a los motivos por lo que esto es así de modo claro y contundente. Los intereses económicos de los centros y un contexto social en el que la voluntad y la tradición de controlar a las mujeres y la reproducción han sido una constante, aparecen como las principales razones explicativas.

- Eso es un negocio, en el fondo, porque la inseminación es un negocio, por el que tú tienes que pasar, te tienes que hormonar, tienes que no se qué, tienes que pagar, pero si tu pudieras ir al banco de semen a comprar...vamos, yo lo tengo clarísimo, en casa, tranquilamente...
- ¿Por qué crees que te obligan a pasar por los centros?
- Pues supongo que porque el control del cuerpo de las mujeres siempre ha sido muy importante para nuestra sociedad, quiero decir, todavía estamos hablando de aborto, el hecho de controlarnos a nosotras, de obligarnos, por ejemplo, a la fidelidad a que sea el cuerpo exclusivamente de otro, al control de la maternidad, al control de...o sea eso ha sido una de las...yo creo que es uno de los vértices del control de las mujeres en el sistema patriarcal... (E33)

En resumen, podría decirse que las TRA se ven como un recurso que puede ser necesario en los casos de infertilidad, pero que cuando tan sólo se trata de dar acceso o gestionar los gametos, la intervención que suponen en el cuerpo de las mujeres, los tratamientos hormonales -aplicados protocolariamente- y el coste económico que implican, no están justificados. Tras el impedimento del libre acceso al uso de los bancos de semen persisten intereses lucrativos e ideológicos.

Ventajas muchas, muchas, no darte hormonas, hacerlo tú...no es lo mismo ir a una consulta, que te suban ahí a los hierritos, que te metan el aparatito...a cogerte una jeringuilla, introducirla tú como un tampax...cero dolor..cero hormonas y cero dinero...es que, por ejemplo, dudas más en que esa persona, de repente, decida reclamar... (E33)

A pesar de la valoración negativa de estas restricciones, las TRA son vistas como una práctica que ha contribuido a hacer posibles y visibles maternidades distintas al modelo convencional heterosexual. El hecho de desvincular la reproducción del sexo y gestionando la producción y circulación de gametos contribuye a normalizar la práctica de la maternidad como iniciativa exclusivamente femenina.

hasta incluso de madres solteras y todo, ¿no?...porque, antes...si a lo mejor querías, si eras una mujer que no tenías pareja y querías tener un hijo, pues tenías que recurrir a lo mejor a irte por ahí una noche y tener sexo y ¿no? y...pero claro, hoy en día es arriesgado eso y...y bueno me parece fantástica esta posibilidad y esta opción, ¿no? Y tanto para, además, parejas que tienen problemas también de infertilidad y eso, como parejas...de mujeres sobre todo, homoparentales y...la verdad es que me parece maravilloso.(E37)

En este sentido, aumentan las opciones de las mujeres, aunque ciertamente el factor fundamental del cambio se sitúa en el plano de la mentalidad social, en la tolerancia y en la existencia de amparo legal a estas iniciativas. En los países en los que el uso de las TRA se restringe a las parejas heterosexuales, obstaculizando en la práctica el acceso a ellas por parte de las mujeres que "se salen de la norma", esta opción desaparece.

9.2. LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA. LAS TRA COMO SOLUCIÓN

En este apartado se aborda el análisis y la interpretación de los modos en los que las mujeres entrevistadas elaboran la percepción de las dificultades para tener hijos/as y el lugar que ocupan las TRA como recurso para resolverlas. Supone, por lo tanto, acceder al conocimiento del proceso de construcción del problema que se abordó en el capítulo 5, ahora desde la perspectiva de las usuarias de las TRA. Este análisis muestra la interacción que se establece entre los contenidos del discurso médico y las representaciones y actitudes de las mujeres.

En primer lugar se trata la cuestión de las opciones de acceso a la maternidad y a la paternidad que ofrecen las TRA y de cómo alteran la tradicional alternativa entre tener hijos/as propio/as y/o adoptados/as. Se presta especial atención al peso de las relaciones de género en las formas de valorar las opciones de la nueva alternativa y cómo pueden influir en decantar las decisiones.

En segundo lugar se analizan con cierta profundidad, extensión y detalle la manera en la que se detecta el problema; la relevancia de la dimensión temporal en la percepción de las dificultades reproductoras y la influencia de la imagen de prevalencia de la infertilidad tanto en la normalización de las dificultades reproductoras como en el uso de las TRA.

9.2.1. Maternidades y ¿paternidad(es)? Dimensiones de la maternidad y de la paternidad

La fragmentación del proceso reproductor inherente a las TRA permite ofrecer una combinatoria relativamente amplia en cuanto a la procedencia de los gametos y/o de los embriones. Al hacerlo, introducen un cambio significativo en las representaciones de los distintos modos de acceder a la condición de madres-padres. La clasificación anterior de las opciones disponibles -para tener hijos/as comunes en pareja heterosexual- era sencilla, presentando básicamente una alternativa dicotómica: ambos progenitores podían estar vinculados genéticamente con las criaturas o podían no estarlo, es decir, los/as hijos/as podían ser 'propios/as' o adoptados/as.

Con las TRA el panorama se hace más complejo. Existe la posibilidad de que los gametos procedan de ambos, de uno de ellos -utilizando la ovodonación o el esperma de donante-, o de ninguno de los dos -bien por donación de óvulos y esperma, bien por do-

nación de embriones-²¹¹. En este último caso, la diferencia con respecto a la adopción estribaría principalmente en que la mujer llevará a cabo la gestación.

Debido a la situación en la que se encuentran, todas las mujeres entrevistadas han pensado en las diferentes posibilidades de ser madre y en ese proceso han tenido que sopesar la modalidad que preferirían y/o la que estarían dispuestas a aceptar, relacionándolo con los costes que supone para ellas y con la voluntad de sus parejas. Desde esta reflexión intentan explicar y explicarse, valorándolas, las decisiones tomadas; de este modo, a través del material recopilado se puede acceder al conocimiento y análisis de la diversidad de planteamientos, de actitudes y de situaciones. Las dificultades reproductoras experimentadas y las opciones que ofrecen las TRA se convierten en un ‘analizador’ capaz de desvelar los significados de la maternidad y de la paternidad presentes en nuestro contexto sociocultural, sus núcleos centrales y el modo en el que las mujeres los interpretan, definen y actualizan en sus prácticas.

Tal y como se ha señalado en el capítulo 7, el modelo de maternidad definido por el discurso patriarcal integra no sólo las tareas y dimensiones derivadas de la fisiología femenina: la gestación, el parto y la lactancia, sino también la crianza de los/as hijos/as. Condensa, además, en la noción de instinto maternal el carácter natural del deseo de las mujeres por desempeñarlas, así como la posesión de las aptitudes que, de modo innato, las capacitan para ello.

La denuncia de la maniobra ideológica que se esconde tras esta definición integrada -y naturalizada- de la maternidad y la afirmación de su carácter de construcción social cuenta con una dilatada trayectoria que ha trascendido al discurso social. De hecho, todas las mujeres entrevistadas reflexionan sobre ello y reconocen que existe una amplia diversidad en los modos de pensar y de sentir de las mujeres, desde una actitud de tolerancia y respeto hacia las que no coinciden con su manera particular de vivirlo. De este modo, las que identifican en sí mismas una actitud hacia la maternidad que incluye todas las dimensiones -deseo por gestar, parir y ocuparse de la crianza- la reconocen -en su caso- como propia y, si bien puede estar en cierto modo inducida por la educación recibida, no la viven como el resultado estricto de una imposición. Por otro lado, las que reconocen valorar más unos aspectos que otros no presentan, por lo general, sentimientos de culpabilidad por ello, sino que lo hacen abiertamente; en estos casos cuestionan y critican más explícitamente que las anteriores la supuesta normalidad que se atribuye al ‘modelo integral’.

Podría decirse, pues, que todas las mujeres comparten una visión múltiple de la maternidad y de los sentimientos e inclinaciones de las mujeres hacia ella. La maternidad y las vivencias de las mujeres en torno a ella se construyen, por lo tanto, en plural, en una diversidad que debe ser reconocida y aceptada.

²¹¹ No se menciona la opción de recurrir a una madre de alquiler, puesto que es una modalidad prohibida por la legislación española. Su uso, no obstante abriría una nueva combinatoria, derivada de la procedencia de los óvulos y del esperma.

El cambio experimentado por las mujeres en relación con la maternidad no ha ido acompañado por una transformación equivalente en las representaciones y vivencias de la paternidad por parte de los hombres²¹². Ciertamente se constata un cambio en la actitud de los varones, que se traduce en una mayor facilidad para expresar la vinculación emocional con los/as hijos/as, para relacionarse con ellos/as y en el aumento en el número de padres que se implica en las tareas de crianza. Pero, en términos generales, el valor concedido por los hombres a la paternidad es menor y, sobre todo, distinto al que las mujeres confieren a la maternidad. El núcleo central de la diferencia se muestra en la resistencia que suelen mostrar la mayoría de los varones a aceptar que no exista un vínculo genético con la criatura, rechazando la donación de gametos o el recurso a la adopción como medio para convertirse en padres, incluso en los casos en los que son ellos los que manifiestan un deseo y una voluntad clara de tener hijos/as. Esta resistencia es, como se verá en el análisis que se presenta a continuación, mucho más frecuente e intensa que en el caso de las mujeres.

Todo parece indicar que así como las mujeres tienen distintas vías y dimensiones para sentirse madres de las criaturas -la genética, la biológica y la social-, en el caso de los hombres el vínculo genético se configura como el elemento central para acceder a la paternidad en términos simbólicos, quedando la experiencia y la asunción de la paternidad social reducida o constreñida por ello (Birke et al, 1992:205). La clave se localiza precisamente en la persistencia del modelo de división sexual del trabajo que continúa asentado en una concepción de la maternidad que presenta la responsabilidad y el desempeño de las tareas de cuidado de los/as hijos/as como algo indisolublemente unido al papel materno, de tal modo que la participación masculina y, sobre todo, la implicación corresponsable de los varones se muestra como algo incipiente, como una práctica en construcción, lejos de ser todavía una realidad generalizada. La consecuencia que de ello se deriva es que, en el caso de las mujeres, la maternidad social puede actuar en el terreno de las representaciones ideológicas como sinécdoque, extendiendo su significación a la maternidad globalmente considerada. No ocurre lo mismo en el caso de las representaciones dominantes entre los hombres, en las que la paternidad continúa ligada primariamente al vínculo genético y sólo desde la práctica y desde la experiencia cobra valor la paternidad social, entendida como relación cotidiana e implicación en las tareas de crianza.

En el contexto en el que se sitúa este trabajo, estas consideraciones revisten una importancia central, puesto que las TRA favorecen y refuerzan el valor del vínculo biológico con los /as hijos/as -ya que su intervención se localiza en este plano-, erigiéndose en

²¹² Sería de gran interés conocer, de modo directo, las opiniones y actitudes de los varones. Esta es una línea de investigación que tan sólo se puede sugerir desde el presente trabajo. En él, el acceso a los modos de representarse y vivir la paternidad se produce mediado por las experiencias y las opiniones de las mujeres entrevistadas. A pesar de esta limitación, se considera que el análisis que permite reviste valor puesto que desvela unas tendencias fuertemente estructuradas y existe una fortísima coincidencia -en los rasgos de las posiciones que toman los varones respecto a la paternidad- que describen las mujeres entrevistadas.

alternativa privilegiada de acceso a la maternidad y a la paternidad, por encima de otras vías puramente sociales como la adopción. El resultado es, como se explica a continuación, que existe una actitud diferencial entre mujeres y hombres a la hora de valorar los términos de la alternativa y esta actitud no se deriva de una casuística particular -aunque se viva como tal-, sino que remite a un factor estructural, configurado por las relaciones de género.

A pesar de que las mujeres deben asumir los principales costes físicos y emocionales que suponen los tratamientos de reproducción asistida, en muchos casos el principal motivo que acabará decantando la decisión de someterse a ellos está relacionado con la insistencia masculina en la paternidad biológica como medio para acceder a un/a hijo/a sentido/a como propio.

9.2.1.1. Maternidades. Distintas valoraciones de las dimensiones de la maternidad por parte de las mujeres

a) Ser madre “de verdad”

Gran parte de las mujeres identifica la maternidad en términos de relación cotidiana y a largo plazo con los/as hijos/as. Cuando la “verdadera” maternidad se vincula a la voluntad de hacerse cargo de las criaturas, de criarlas y quererlas, la importancia que se concede al vínculo genético y a la maternidad biológica en términos de embarazo y parto puede pasar a ocupar un segundo plano. En las entrevistas realizadas la mayoría de las mujeres que manifiestan una clara afirmación de su deseo de ser madres no concede una importancia central al vínculo genético, aunque pueda haber diferencias en la rotundidad con la que lo expresan.

La importancia que le doy a que sea genéticamente mío es nula, para mí el hijo es de quien lo cuida, quien lo cría, quien.... Y en ese aspecto, ¡siempre lo he tenido tan claro! (E27)

¿Biológico mío? No. No me parece importante. Solo que eso, como no puedo hacerlo de otra forma. Si en un futuro pudiera, pues me encantaría también, adoptar, por ejemplo, o...niños de acogida, también [...] Me parece que en cualquier caso eres madre o padre o...yo que sé. Y ya está. No...las vías, ¿no? así que...me dan igual (E37)

Aunque algunas reconocen que está muy arraigada la idea de que lo normal es tener hijos/as biológicos y participan de una cierta ilusión de proyección personal en ellos/as,

cuando se abre la vía a la posibilidad de adoptar y se tienen hijos/as por este procedimiento, los planteamientos iniciales quedan relegados al terreno de las fantasías inducidas.

Yo creo que eso es una cuestión muy personal, de cada, de cada mujer...y que cada una necesita sus pruebas y sus límites y...y todo el mundo, todos tenemos derecho a querer tener hijos biológicos, y además eso está muy enraizado en, en nuestra forma de, de concebir el mundo, en nuestra cultura y en nuestra...es troncal total... Lo tenemos en médula, eso de que cada uno tiene que tener sus hijos biológicos. Lo otro, es estar abierta a...tienes que darle mucho la vuelta para aceptar la adopción, el tema de la adopción. A no ser que te venga desde siempre, que hayas querido o,...no era mi idea, en principio. Yo quería tener hijos de él, que se parecieran a él, además yo quería estar embarazada (E34)

La entrada en el mundo de la reproducción asistida y el paso por los tratamientos puede agudizar e incluso imponer la idea de que la relación biológica con el hijo es primordial. Contribuye enormemente, en opinión de las mujeres, a reforzar el valor del vínculo biológico-genético. Toda la dinámica está canalizada hacia ese objetivo, y el ambiente que se respira, las relaciones con otras mujeres y las elevadas dosis de hormonas, pueden llegar a generar un sentimiento obsesivo. A posteriori se reconoce como un estado cercano a la enajenación que hace perder de vista el verdadero motivo y que las introduce en un mundo poblado de fantasías, de proyecciones idealizadas.

- Cuando te metes en el tema de la fertilidad te entra una obsesión de que tiene que ser tu hijo biológico. Y de que tienes que conseguirlo. Es como un examen en la vida.
- Y eso ¿Cómo te entra? ¿Cómo te pasa eso?
- Ni idea. Yo creo que es, a ver, yo no soy una competitiva, pero es como cuando empiezas una carrera: tienes el objetivo de terminarla, entonces entras un poco en un ciclo de: esto tiene que salir bien. Tengo que hacer todo lo posible para que esto salga bien. Y llega un punto en el que a veces pierdes un poco el sentido del objetivo. Porque el objetivo de ser mamá se puede conseguir también adoptando y a veces la dificultad que te ponen para un hijo de estas maneras es muy dolorosa y muy molesta: físicamente, emocionalmente, a nivel de pareja. Es muy duro, muy duro, muy duro [...] y además cuando entras en el tema de ser mamá biológica, pues te entra la ilusión de que tenga sus ojos, de que tenga su inteligencia. Ya te digo que a mí esto...ahora yo me río de esto [...] Sí, porque luego, cuando eres mamá de verdad, en el fondo que sea tu hijo biológico o que no sea tu hijo biológico no importa nada. (E28)

b) La experiencia del embarazo y del parto

Cuando las mujeres hablan de su voluntad de acudir a las TRA o de su empeño en persistir en intentos reiterados, la actitud manifestada depende en gran medida del valor que le conceden a la vivencia de la gestación y al parto. Unas experiencias cuya representación está mediada por diversos discursos sociales que se entrecruzan.

Por un lado, el discurso romantizado -integrado en el mandato patriarcal de la maternidad- que presenta el embarazo como un estado de plenitud y el parto como una experiencia quasi mística en la que la feminidad muestra su fortaleza, su espíritu de entrega y sacrificio, en el desempeño de la tarea más noble que se pueda imaginar: dar vida (Moreno, 2000). Por otro lado el discurso médico en sus distintas variantes, que subraya los riesgos que puede comportar y la necesidad de someterlo a un estricto control profesional que reclama la correcta actitud y comportamiento de las mujeres. A ellos se unen las experiencias relatadas por otras mujeres cercanas y significativas y también los discursos que reivindican la recuperación o la apropiación del protagonismo de las mujeres en ellas.

En definitiva, un complejo entramado poblado de mensajes a veces contradictorios que dan como resultado una elevada probabilidad de que la expectativa ante el embarazo y el parto esté cargada de ambivalencia. Una ambivalencia que en el caso de las mujeres que han experimentado problemas para acceder a la maternidad se agudiza de modo significativo. Tal y como se señalaba hace un momento el ambiente que se respira en el mundo de la reproducción asistida y la sensación de que es algo que les está resultando difícil de conseguir juegan un activo papel en la configuración de las diversas actitudes, y favorecen -inicialmente al menos- el deseo de experimentar la maternidad biológica.

Las actitudes mostradas por las mujeres entrevistadas son diversas y ponen en juego los distintos elementos que constituyen las representaciones sociales circulantes, así como su idea de maternidad y los aspectos y dimensiones más valorados por las distintas mujeres:

– *La gestación y el parto como fuentes de experiencia*

Desde esta actitud, las mujeres valoran el embarazo y el parto en tanto que ofrecen la posibilidad de vivir sensaciones intensas e irrepetibles que no quieren perderse. Uno de los elementos valorados es, además, que permite acceder a la vivencia de la relación y la crianza tempranas, algo que resulta mucho más difícil de conseguir a través de la adopción.

A mí la adopción, no era una cosa que pensaba porque yo quería vivir la época del embarazo y la experiencia del parto y la primera crianza, y no tanto porque no fuera genético mío, sino porque quería vivir esa parte, y si es adoptado esa parte no la vives, porque es muy raro tengas un adoptado de pocos meses o recién nacido. En cambio él, pienso que sí que valora más que sea genético (E31)

A mí me encantó estar embarazada, yo quería saber lo que era eso, pero vínculo biológico, yo no tengo...yo quiero mucho a mis tres niños, cada uno ha venido de una manera distinta...y yo no les encuentro diferencia. (E26)

Aunque la maternidad no se agota en ello y el paso por el embarazo no es un requisito imprescindible para sentirse madre, la importancia concedida a la posibilidad de experimentar esas sensaciones lleva a la decisión de, por lo menos, intentarlo con el uso de las TRA antes de pensar en la adopción.

Al principio sí, pero luego, la verdad que...sí es, ser madre no quiere decir que, que la paras, eso sí. Pares, y eres madre, pero si tú crías a una persona, a un niño durante toda su vida, eres su madre, igualmente. No... sin nace de ti es más que nada el, el saber qué se siente ¿no? El saber...la sensación de estar embarazada, luego verlos salir de tu vientre, yo creo que esa experiencia debe ser única. Sangre de tu sangre...¿no? Pero por lo otro [el vínculo genético] no, no me importaría adoptar. (E40)

En ocasiones, la dinámica de los tratamientos, unida al deseo inicial de tener hijos/as biológicos lleva a persistir mucho tiempo en el intento. Se obturan otras vías como medio para acceder a la maternidad, que tan sólo se descubren tras un largo camino de dolor y frustración. La reconstrucción del proceso que se hace a posteriori lleva a resituar el “verdadero” significado de la maternidad y desde ahí se formula el reconocimiento de que las TRA han sido un obstáculo y a la vez un medio, quizá necesario pero excesivamente costoso, para descubrirlo.

Al principio, me salía el tener un hijo biológico. Era lo que...Sí, pero...hay mucha gente...hay gente que lo tiene muy claro y a mí me costó más ¿no? [...] La verdad es que yo creo que hubiera sido...bueno, si me hubieran encontrado algo y ya me lo hubieran dicho claramente, pues a veces digo: me hubiera ahorrado todos los tratamientos que hice ¿no? Si lo piensas, ha pasado, pues a ver, es que yo cuando lo pienso que he pasado, digo: Jo, vaya tute que me metieron en el cuerpo. Y ahora estoy encantada con mis niños, porque yo lo que quería realmente es ser madre y ¿por qué no valoré esta opción antes? ¿no? Probablemente si desde el principio me hubieran dicho no puedes tener hijos, pues...pero claro, lo piensas, y dices, pero si no me lo dijeron antes es porque no lo sabían ¿no? (E30)

– *El embarazo y el parto como algo secundario*

Se trata de la actitud que expresan quienes piensan que el deseo de tener un/a hijo/a está por encima de la voluntad de experimentar el embarazo.

Tens ganas de tindre un fill, però no li done tanta importància al fet de portar-lo a dintre. Vull dir el desig de tindre un fill me pense que és més gran que el de ser mare parint-lo [...] no no tinc tanta necessitat ixa de dir de tindre'l a dintre (E20)

En estos casos, la decisión de utilizar las TRA puede estar vinculada al peso de la voluntad de la pareja y/o a la asunción de una disposición inercial derivada de la normalización del uso de las técnicas.

– *El temor al parto*

Esta actitud muestra abiertamente no sólo la mayor importancia concedida a la crianza, sino también la inquietud o el miedo que suscita la experiencia del embarazo y, sobre todo, del parto.

Yo realmente lo que veía es que quería ser madre, pero no tenía ninguna necesidad de pasar por un embarazo [...] yo estar embarazada no, y sobre todo al parto le tenía pánico, no miedo, pánico. Entonces yo se lo planteé en ese momento [la adopción] y me dijo que no, que primero lo intentamos y a ver si puede ser tener hijos biológicos propios y que si no, ya veríamos. (E27)

c) *La poca atracción por los/as bebés*

El hecho de que la ideología del instinto maternal contemple una inclinación innata de las mujeres hacia las criaturas, hace que el reconocimiento de una mujer de que no le gustan los bebés y a pesar de ello exprese la voluntad y la legitimidad de ser madre, resulte en gran medida una actitud transgresora. En este sentido, supone un desafío a la ideología dominante y su existencia es una prueba de los múltiples modos de construir y sentir la maternidad por parte de las mujeres que han acudido a las TRA. Desde esta actitud se muestra un claro desinterés por la experiencia del embarazo, del parto y de la crianza temprana, y si se han asumido ha sido en tanto que medio normalizado, el camino “más fácil”, para acceder a la maternidad. Al experimentar dificultades para conseguirlo espontáneamente, el hecho de que se recurra a las TRA indica que los tratamientos han adquirido una imagen normalizada, de tal modo que el acudir a ellos se configura casi como una extensión de la manera habitual de tener hijos/as.

A mí el embarazo nunca me ha parecido nada bonito y el parto nunca me ha parecido nada bonito...lo que pasa es que es el camino para tener un hijo [...] A mí me gustan los niños a partir de los dos años, una cosa así. A mí los bebés no me gustan nada. Me parecen un incordio. Me parecen horrendos. Que no me gustan los bebés. A mí me gustan cuando empiezan a hablar, cuando puedes contar, cuando ya caminan, cuando ya les puedes contar historias, cuando ya puedes razonar con ellos. A mí los bebés nunca me han llamado la atención. Me parecen monísimos ¿Eh? Pero es algo así como: qué bonito pero cada uno en su casa. Y yo lo que quería era tener hijos a partir de los dos años, dos, tres años [...] Pero lo de un bebé no me apetecía nada. Entonces yo, si desde el principio me hubieran dicho: No puedes tener hijos.

Para mi habría sido más fácil. Porque a mí la adopción no me parecía ninguna mala opción nada, para nada. Pero cuando te metes en el tema de la fertilidad te entra una obsesión de que tiene que ser tu hijo biológico (E28)

d) *El vínculo genético como garantía de conformidad*

Uno de los componentes del ideal maternal que integra la figura de la ‘buena madre’ es la aceptación y el amor incondicional que toda madre debe sentir hacia su hijo/a (Baudinier, 1981). En este modelo no cabe, sin censura, el reconocimiento de que tu hijo/a no es como esperabas e incluso, en el extremo, de que no te gusta. Junto a él se sitúan, en el mismo modelo, el altruismo y la entrega que deben inspirar el sentimiento y el comportamiento materno, en el que el interés personal debe ceder ante los intereses de la criatura. Desde estos componentes normativos se obtura, o por lo menos se dificulta, el reconocimiento abierto y frontal de la carga personal que representa la maternidad y que se manifiesta, sobre todo, en el desempeño de las tareas de crianza. Quizá en las actitudes descritas anteriormente en las que las mujeres restan importancia y valor al vínculo genético con el hijo/a estén actuando en cierto modo estas censuras.

En este sentido, resulta significativa la actitud de las mujeres que conceden un valor elevado al vínculo genético, hasta el punto de que lo consideran como requisito indispensable para llevar a cabo la maternidad, invalidando las opciones como la adopción o la donación de óvulos, precisamente porque rompen con él. Esta valoración se presenta estrechamente unida a la admisión abierta de que existen dudas sobre su capacidad para la aceptación incondicional de los/as hijos/as y al reconocimiento de las dificultades y costes que supone la crianza. La representación central que da cobertura a esta actitud es la de que en la medida en que el hijo/a lleva sus genes es una proyección de sí misma que frena los sentimientos potenciales de rechazo o desagrado, o que por lo menos le obliga a aceptarlo/a.

Me da miedo, me da miedo no saber reaccionar ante una criatura que no... porque tenemos un baremo, tenemos un modelo de un niño, será guapo, bonito, simpático, gracioso, si es tuyo parece que todo se lo pases ¿no?, y si no es...¿qué pasará?, hay una incógnita ahí que... (E3)

No m'abellia viure l'embaràs, li tenia por [si he decidit tindre un fill biològic] és perquè fóra meu. Perquè jo dic: no sé, me'l donaran aixina i...si et naix i diré: bueno, és teu, i no te'n queda més i ja està. Però si te'l donen, jo soc capaç de tornar-lo [...] En el cas que l'ovul me l'hagueren de donar, pues no sé lo que haguere fet. Probablement haguera anat també perquè bo, ja el dus dins i es un poc diferent de l'adopció però no ho sé, no ho sé, si l'haguera sentit jo...haguera dit: a saber a qui eixit! segur. Perquè a més a més m'ha donat tanta faena, que, si me planteje això amb el meu fill, si és adoptat el torne. Així que haguere dit: veges a vore a qui li l'has fet que vaig i li'l torne, perquè és que no puc amb ell... Sí, menys mal, perquè si no, si fóra ovul de

donant, haguera dit: es clar! qui va per ahi donant ovuls? Alguna cosa aixina m'haguera plantejat, segur, segur, segur. Perque li haguera tirat culpa a la mare.(E38)

La representación de que cuando transmiten sus genes se hacen responsables de algún modo de cómo sea la criatura alimenta otra actitud: la del rechazo de la utilización de semen de donante. En este caso, el temor que planea ante la posibilidad de que la criatura no cubra las expectativas es el de que existe una asimetría, que puede llevar a la situación de que al ser la mujer la que ha aportado el óvulo sienta la presión de la responsabilidad, mientras que el varón queda eximido. La actitud que se deriva es la de buscar la equiparación: o de los dos o de ninguno, es decir, antes la adopción que la utilización de semen de donante.

Cuando, me mandaron la carta, me volvieron a mandar la carta otra vez le digo a mi marido: yo no me lo quiero hacer. Y mi marido me dice: ¿No? Digo: No. Yo lo he estado pensando y yo lo de un donante, a mí no me mola. Y mi marido me dice: pues si no te lo quieres hacer...no te lo hagas, y ya está... Yo es que creo que estaría siempre mirándolo, sacando algún parecido ¿me entiendes?...¿y quién será el padre? Y vete tú a saber, o a lo mejor el pensar, algo a lo mejor que el niño hiciera mal, ¿no? o que el niño te saliera revoltoso...y pensar: pues eso tiene que haber sido de su padre, vete tú a saber...Y yo, me lo planteé y dije: yo creo que va a ser...que yo...no, no, no me acaba de, de, no acabo de estar convencida, lo de un donante, aunque hubiese sido mío, porque el ovario hubiese sido mío, el óvulo, pero ya no me [...] Antes prefiero adoptar, porque ya sé que no son míos ¿Me entiendes? Yo creo que...soy más partidaria de adoptar que ya de todas esas mezclas de donantes de óvulos y donantes de espermias. Yo, personalmente, mi manera de pensar. Lo prefiero (E41)

Preferix que no siga dels dos que siga adoptat, bueno que seria dels dos igual ...preferix que siga adoptat que estem els dos en les mateixes condicions, ¿no? (E8)

9.2.1.2. Paternidad (es)

a) La conexión genética como núcleo central de la paternidad

La importancia que conceden los varones al vínculo genético con los/as hijos/as es una atribución casi unánime entre las mujeres entrevistadas. Es afirmada por mujeres de todos los perfiles sociales y sea cual sea el valor que ellas mismas le conceden. Incluso en los casos en los que lo consideran importante, señalan que es algo mucho más valorado por parte de su pareja.

No mos abellia el tema de l'adopció, no ho sé, no sé perquè. Jo sempre he pensat que no pot ser el mateix. No ho sé, jo no seria capaç de que fòra el mateix. Al meu home tampoc li feia gràcia perquè per a ell la genètica es molt important [...] és de l'opinió que de 'tal palo tal astilla' i ho te claríssim. Llavors ell, no saber d'on venia eixe xiquet, així que a ell ahí ja li feia..., per a ell era mes això (E38)

Lo perciben, además, como algo característico de la actitud de los varones hacia la paternidad. Así como las mujeres disponen de más vías para establecer el vínculo con los/as hijos/as, en el caso de los hombres se produce una condensación en la transmisión del patrimonio genético.

En mi caso valoraba más la experiencia. Pero pienso que para el padre es más importante, y al hablar con gente sí que hay quien lo valora como más importante que sea de él en particular [...] pienso que sí que valora más que sea genético. En el caso del adoptado, como no sabes cuáles son sus orígenes. Esa indeterminación que yo pienso que en el caso del tuyo que aunque es genético tú igual la tienes. Si se pusieran enfermos de algo que no se sabe mañana y se pone enfermo de algo que no sabes. En el caso de los adoptados la indeterminación es mayor pero también está en los que son tuyos ¿no? No lo veo tan diferente en eso. Pero creo que para él sí que es más importante que sean de él (E31)

Algunas autoras constatan la mayor preocupación de los varones por tener una conexión genética con los/as niños/as y lo relacionan con el “mínimo papel social que la sociedad espera de los hombres”, es decir, con la poca implicación de los varones en la responsabilidad cotidiana de la crianza. Las mujeres disponen de más vías para establecer relaciones con los/as hijos/as, para sentirlos como propios, mientras que en los varones el vínculo genético es “todo lo que éstos pueden llegar a sentir con respecto a sus hijos” (Birke et al, 1992: 246). Aluden al peso que esto tiene en las decisiones de utilizar Técnicas de Reproducción Asistida, afirmando que en muchos casos son ellos los que se niegan a la adopción, incluso en aquellos casos en los que las mujeres no tienen problema alguno de fertilidad, sino que la causa está en la pareja.

Los testimonios aportados por las mujeres entrevistadas dan buena cuenta de ello. Una de las principales razones a las que se vincula esta insistencia masculina es la percepción de que la llegada de los/as hijos/as cambia la vida familiar, introduciendo unos costes y unas responsabilidades que son difíciles de asumir en cualquier caso, pero que pierden casi por completo el sentido si la conexión genética no existe.

Estábamos hablando con mi cuñado y le dije: ¿tú te imaginas...si al final él no pudiera tener de ninguna manera de ninguna manera? Y me dice: pues que intente todos los medios de que sean...porque con lo que cuesta de tener un hijo y aguantarlo. Él ha tenido...tiene uno de un año y medio que tiene ahora y va y dice: la verdad es que tiene que ser tuyo -me dice-, tiene que ser tuyo para aguantar y para... Además,

es que eso es un orgullo, no sé qué, no sé cuántos... Por ejemplo, te dicen eso y yo digo: me estás jodiendo.... (E10)

La proyección personal en el hijo -propio- es mucho más intensa en el caso de los varones y favorece el sentimiento de orgullo, si el hijo cumple las expectativas que habían depositado en él, o la aceptación, en el caso de que no sea así plenamente. Por lo general, la mayor implicación de las mujeres en las tareas de crianza contribuye a que resten valor a la herencia genética en la conformación del carácter. Cada persona es distinta y la educación, el ambiente y el trato acaban siendo más determinantes en el comportamiento de la criatura que los rasgos genéticos.

Tuve que convencer a mi marido porque él no era partidario de adoptar. Decía que no, porque el día de mañana... pon, no sé, te salen, no sé, un bala perdida... como la gente joven como está ahora y tal y que... digo: mira te pueden salir igual siendo tuyo que no siendo (E14)

En un principio no le hacía mucha gracia [...] él decía que no que... que la sangre siempre tira mucho y que a lo mejor ese... vamos que la genética que eso es muy importante y que... Y yo le decía: chico pero eso es importante pero también el ambiente familiar es muy importante (E11)

b) El peso del valor concedido al vínculo genético en la decisión de recurrir a las TRA

La posibilidad de recurrir a la adopción como medio para conseguir ser madres-padres es contemplada por todas las parejas que han experimentado problemas para lograr el embarazo. Pero la práctica más frecuente es la de intentar en primer lugar tener descendencia 'propia' mediante el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida. En esta decisión y modo de proceder la actitud de los varones juega un papel destacado.

La mayoría de los hombres conceden este valor casi indiscutible al vínculo genético y adoptan dos tipos de actitudes -más divergentes en la forma que en el fondo- cuando se presenta el problema de que no se consigue el embarazo espontáneamente:

- *La actitud de quienes descartan abiertamente la opción de adoptar una criatura prescindiendo de los tratamientos.* Puede ser asumida incluso por varones que han manifestado un fuerte deseo de tener hijos/as. Ante la negativa masculina, las mujeres aceptan -de mejor o peor grado- el paso de iniciar el uso de las TRA, con la esperanza de poder reconducir la situación si fracasan.

[La posibilidad de adoptar] Jo si, el meu home no. El meu home ho te clar que no...ell me diu què no. Si els teus ja te donen problemes com pa agarrar-ne un adoptat. Pero això és com tot, vull dir és com tot, simplement n'hi ha que saben dur-lo i

avant. A lo millor no estem preparats per a dur-lo, pero jo què sé. Me plantejava, quan ja mos diguen no ne podem tindre, pues entonces parlem, pero no ha sigut el cas (E39)

Cuando se consigue un resultado satisfactorio, el problema que podría haber supuesto para la pareja la discrepancia en las actitudes ante la adopción queda disuelto o, por lo menos, desplazado. Pero en los casos en los que los tratamientos fallan de modo reiterado, la negativa del varón conduce a las mujeres a persistir en el intento, con un fuerte desgaste, tanto personal como en términos de relación con la pareja. Puede llegar a configurar una situación en la que, a pesar de que la mujer reconoce que la motivación de su compañero para tener hijos/as es más fuerte que la suya, la fijación masculina en la idea de ‘un hijo propio’ se convierte en determinante. De este modo, la existencia de las TRA se vive con ambivalencia, puesto que se configura como ‘una posibilidad que obliga’ a las mujeres. La opción de interrumpir los tratamientos se representa como la decisión de no tener hijos/as, tomada, además, de modo unilateral por la mujer y por encima del supuesto deseo masculino de ser padre.

A él le apetecía mucho tener críos. Sí, yo creo que incluso más que a mí [...] La posibilidad de adoptar yo sí que la contemplé, él no. Yo lo pensé cuando empecé en el hospital. Fue lo primero que pensé, digo: ya que vamos a tardar porque a la vista de los hechos cuando empiezas ya llevas unos meses ya no lo ves tan sencillito como al principio y dije: pues podríamos ir y arreglar papeles de adopción y bueno aunque tarde un tiempo pero va haciendo su camino...pero cuando ya nos dijeron los médicos que no hay ninguna ninguna solución le dije: es que yo no sé ya si me van a quedar fuerzas para aguantar más tiempo de...de esperar una adopción. Entonces pues bueno, yo se lo he comentado muchas veces, he sacado muchas veces el tema y él pues no, o sea, no, y la última vez cuando acabamos este este in vitro se lo comenté y me dijo que adoptar un niño no le hace ilusión, le hace ilusión tener un hijo suyo. Y yo dije: bueno pues no te saco más el tema, porque lo que no quiero es obligarte para nada, porque adoptar un niño queriendo uno sí y uno no pues no...no sé cómo podría acabar el tema (E13)

– *La actitud de los que sin negar en principio la posibilidad de adoptar plantean como estrategia el procedimiento de intentar en primer lugar la reproducción asistida y dejar la adopción como segundo recurso.*

Hay veces que...que lo tengo clarísimo y por mi adoptaría ya. Te echa para atrás mucho... las dificultades que hay para adoptar un niño ¿no? Por otra parte, tampoco lo tenemos...bueno la pareja tampoco...mi marido todavía está más por la otra opción ¿no? de tenerlo...de tener nuestro hijo (E21)

El paso del tiempo, el resultado de los tratamientos y, eventualmente, la decisión de tener más hijos/as acabará desvelando, en algunos casos, la disposición real del varón.

Siempre lo hemos hablado: aunque tengamos de forma natural hijos biológicos, los adoptaremos, pero llegado el momento él se negó en rotundo. De hecho también hemos hablado de tener más familia. Yo en tratamiento no quiero volverme a poner, porque me gasto el dinero en una adopción...en niños, que hay un montón por ahí. Pero no me gasto el dinero en volverme a poner en tratamiento... Es que lo tengo clarísimo y él me dice que bien, si viene de forma natural vale pero adoptar no²¹³ (E27)

El sentimiento de las mujeres de que no pueden imponer a los varones una adopción que no desean plantea -como en el caso citado anteriormente- la persistencia en tratamientos infructuosos. Paradójicamente, cuando la causa de la esterilidad es el factor masculino, la presión sobre la mujer puede llegar a ser incluso mayor. Por un lado porque refuerza la voluntad del varón de demostrar o demostrarse que puede ser padre biológico, por otro lado -como se analizará posteriormente con mayor detalle- porque la mujer siente que la satisfacción de ese deseo masculino depende de que ella se preste a realizar los tratamientos.

Ell sí té problema bueno la última oportunitat que n'hi ha ja és fer un ICSI. Jo si ell estiguera més d'acord jo passaria directament i aniria a l'adopció però ell no vol. Bueno en certa manera fica la condició de què abans de anar a l'adopció pues que tenim que passar per ací, no? i ací estem [...] al no poder ser ell pare naturalment això és una cosa molt important per a ell i no sé...s'ha ficat en el cap de què té que ser d'eixa manera i no a l'adopció i clar això implica, clar, que jo no pense igual...aleshores, bueno, n'hi haurà que passar per ahí, en certa manera (E8)

- *Varones que valoran o descubren la paternidad social.* Es una posición en principio minoritaria. El peso estructural del imaginario de la paternidad convierte en excepcional el hecho y la posibilidad de que los varones expresen su deseo de ser padres en términos de relación con los/as hijos/as, de implicación en su cuidado y atención. A pesar de ello, los cambios sociales experimentados en este terreno no son en absoluto desdeñables. Los nuevos modelos de masculinidad y de paternidad van en esta dirección, gozan cada vez de mayor difusión en el terreno discursivo y representacional y comienzan a propiciar prácticas que los corroboran²¹⁴.

En las entrevistas realizadas son excepcionales los testimonios en los que el hombre muestra mayor preferencia que la mujer por la adopción y no se aprecian al respecto diferencias entre las entrevistas realizadas en la primera fase y en la segunda.

²¹³ Se trata de un caso en el que han tenido mellizos por fecundación in vitro, pero sin que les hayan diagnosticado ninguna causa de esterilidad y de hecho ha habido además un embarazo espontáneo pero que terminó en aborto.

²¹⁴ (Alberdi y Escario, 2007; Bonino, 2003^a, 2003b; Guillot, 2008)

Se trata de casos en los que son las mujeres quienes presentan inicialmente mayores reticencias hacia la adopción, aunque ante las dificultades para tener hijos/as cambian con cierta facilidad la actitud, reconociendo lo que es, para ellas, “realmente importante”.

Al principio puede ser que te de sensación, a ver si nos entendemos, una sensación de decir soy una persona que no tengo hijos, o sea, como si tuvieras una incapacidad... la prueba está en que lo que yo me negaba a adoptar porque mi marido desde un principio él dijo pues cojamos uno y después si tenemos otro nosotros dos, y dije que ni hablar que nones, pues vale lo que tú quieras [...] luego te das cuenta que no es tan importante, o sea el que...el que físicamente fuera como nosotros luego ya no me...ya no me resultaba importante, el que tuviera el carácter como nosotros ya no me resultaba importante las cosas que antes yo les daba más valor después, pues lo consideraba que, que tuviera el físico, o sea que ni por eso iban a ser más guapos por ser nuestros ni más inteligentes ni menos, o sea todos los hijos de todos son, los hay de más y de menos inteligentes de más y de menos guapos y eso pues lo asumí y me pareció lo más natural (E6)

Más habitual, aunque también con una presencia minoritaria, es que ambos estén dispuestos a plantearse realmente la adopción. Pero, aún en estos casos la secuencia suele ser: primero intentar tener un hijo biológico y después optar por la adopción. En ocasiones se inician los trámites -que se prevén largos- al mismo tiempo que se está en tratamiento, valorando -cuando se consigue el resultado- si se sigue o no con el proceso de adopción. Las dos opciones se representan como dos “puertas”, dos vías para acceder a la maternidad-paternidad y no se quiere renunciar a priori a ninguna de ellas.

A mí nunca me había desagradado ese tema, siempre lo habíamos tenido así un poco, porque antes, por ejemplo, mi marido sí que quería hacer lo del acogimiento, y yo para el acogimiento sí que no me encontraba con fuerzas y menos en todo el follón que teníamos, que tus cambios eran²¹⁵, no eso no, no era real pero lo de la adopción, sí. Eso sí que nos lo habíamos planteado aunque no habíamos hecho papeles hasta que no empezamos a tener los problemas esos (E32)

La experiencia de la paternidad biológica puede llevar al varón a descubrir “la verdadera paternidad”, es decir al reconocimiento de lo importante que es la relación que se establece con la criatura y, a través de ello, a vencer las resistencias ante la adopción. Este tipo de testimonio resulta relevante puesto que muestra que efectivamente la clave reside en la posibilidad de sentir la paternidad como experiencia concreta, que llega a cobrar valor en sí misma. Se trata, en definitiva, de experimentar sentimientos que no se podían anticipar desde los parámetros dominantes del modelo tradicional de paternidad.

A él no le hacía gracia, pero es que ha sido tener al bebé y nosotros queremos tener más y entonces, no sé, al poco de tenerlo va y me comenta que no le importaría

²¹⁵ Se refiere a los cambios en el estado emocional durante los tratamientos.

adoptar un niño. Y yo digo: pero...no entiendo nada. Y dice: es que ahora me doy cuenta ahora que tenemos al nene de lo que se siente cuando tienes un hijo ¿no? (E20)

9.2.2. La percepción del problema y el recurso a las TRA

A continuación se analiza e interpreta la naturaleza y el alcance de las dificultades para lograr el embarazo percibidas por las mujeres y que están en la base de su decisión de acudir a las instancias médicas en busca de ayuda y solución.

Los testimonios de las entrevistadas muestran, como era de esperar, la existencia de un estrecho contacto entre las mujeres y la práctica ginecológica que se traduce en la realización de revisiones periódicas y en la búsqueda de asesoramiento y prescripción médicos para el uso de métodos anticonceptivos. De este modo, la vivencia del cuerpo femenino y de sus procesos, así como todos los aspectos relacionados con la reproducción están vinculados al saber y la práctica médica. De ello se deriva el hecho de que, al llevar a cabo su decisión de tener hijos/as, busquen la opinión experta, bien sea para contar con su beneplácito -en el sentido de que les ratifique que no hay ningún problema- bien, y sobre todo, cuando perciben que una vez iniciado el intento no se consigue -tal y como habían anticipado- el resultado esperado.

En los casos en los que no existe ningún inconveniente previo, la detección del 'problema' discurre del modo siguiente: se prescinde de la práctica anticonceptiva para lograr el embarazo y transcurrido un periodo más o menos largo de intentos reiterados -mejor o peor planificados y controlados- surge la sospecha de que algo no va bien y se recurre a la medicina en busca de respuesta.

Yo me casé, empecé a tomar pastillas para no tener familia, y al cabo de los años...que pasaron, decidimos buscar familia, al ver que no me quedaba empecé a meterme en manos de médicos (E14)

Desde el momento en el que empiezas, ¿no?, bueno pues, yo quiero tener un hijo y tal...entonces pasa un mes, pasan dos meses, pasan tres meses, pasan cuatro meses, y dices: bueno, hablamos con el ginecólogo (E15)

Estuvimos, creo que fueron dos años, una cosa así...Intentándolo en serio un año. El primer año era de bueno... ¡ pasa si no pasa no pasa, si viene viene, si no viene no viene. Entonces a los dos años empezamos a pensar: ¡ostras! que esto no es muy normal (E28)

Si bien podría decirse que en términos generales todas las mujeres entrevistadas han seguido este esquema, las diferencias entre ellas son notables e interesantes. Estas diferencias están relacionadas con las distintas representaciones acerca del grado de comple-

jidad-simplicidad del proceso de concepción, del tiempo que requiere, de la prevalencia de las dificultades reproductoras, de la edad de la mujer -y su asociación con las dificultades para concebir- y de las propias Técnicas de Reproducción Asistida.

Aunque los parámetros que las estructuran son los anteriormente descritos y dan como resultado una diversidad de modos de pensar, de sentir y de actuar a la hora de construir el problema y de intentar resolverlo, el análisis muestra que se han producido cambios durante el periodo transcurrido entre las entrevistas realizadas en la primera fase y las entrevistas realizadas en la segunda fase del trabajo de campo. Todo apunta a que la difusión del conocimiento de las TRA y la normalización de su uso han incidido claramente, configurando lo que podríamos denominar un cambio de tendencia. De modo que, así como en las primeras entrevistas la detección del problema generaba inicialmente perplejidad y suscitaba la consulta médica sin que estuviera necesariamente presente el recurso a las TRA, en las segundas se observa una conciencia más generalizada acerca de las dificultades para concebir, de la elevada prevalencia de los problemas de fertilidad y de la disponibilidad y normalización del uso de las TRA para abordarlos.

9.2.2.1. Sobre lo fácil y/o lo difícil de quedar embarazada ‘enseguida’

Uno de los principales elementos que marcan este cambio de tendencia es la percepción de la dificultad inherente a la consecución del embarazo.

En las entrevistas realizadas a finales de los años noventa puede observarse con claridad que las representaciones sobre el proceso reproductor están fuertemente influidas por la extensión y normalización de la práctica anticonceptiva. Estrechamente vinculada a la idea de planificación y toma de decisiones acerca del número de hijos/as que se desean tener y a la elección del momento adecuado, esta práctica se sitúa en el terreno de la prevención, de la evitación del embarazo no deseado y está presente de modo muy activo -sobre todo, aunque no exclusivamente- en las representaciones de las mujeres y de las parejas que construyen su proyecto de vida en los términos del denominado -en el apartado x- discurso racionalista conciliador. La percepción del embarazo como riesgo del que hay que protegerse hasta el momento decidido para abordar la maternidad, genera la idea -y la voluntad- de que se producirá de modo inmediato en cuanto deje de evitarse. En este sentido son frecuentes las manifestaciones de sorpresa y de contrariedad cuando esto no ocurre.

Siempre has ido con cuidado ¡madre de Dios, si me quedara!, siempre has pensado que quedarte era...tan fácil como beber un vaso de agua...que, en realidad, quién iba a decir que pudiera ser tan difícil (E12)

La primera vez que lo hacemos con esa intención, ya creemos que me he quedado embarazada...sin ningún problema, porque yo llevo desde los 16 años protegiéndome contra el embarazo, entonces...yo además he sido una persona muy consecuen- te, muy responsable, entre comillas [...] siempre he estado muy documentada, y desde muy jovencita, aún viviendo en casa de mis padres cuando empecé con mi novio de entonces, a los 16 años, a descubrir el sexo, yo pues estaba muy docu- mentada, leía y tal... Y descubro, cuando empezamos a intentarlo, que no tengo ni idea de...cómo se concibe, o sea sí...sabes lo que medianamente puedo saber yo por mi nivel cultural o por mis estudios, pero que no tengo...no tengo ni idea de exactamente qué problemas pueden haber, qué puede pasar, no tengo ni idea, y además, pues eso, descubro que sé mucho sobre anticoncepción, sé mucho so- bre...sé mucho sobre el aparato genital femenino, sé muchísimo...bueno muchísimo, sobre sexualidad...pero, de eso no tengo ni idea [...] Bueno, de pronto, pues eso, crees que te vas a quedar embarazada enseguida, porque toda la vida lo has evita- do, y entonces...pues crees que te vas a quedar. Cuando ves que pasan los meses y no te quedas...piensas... (E2)

Cuando la expectativa de inmediatez se ve defraudada, emerge la preocupación, la sospecha de que algo no anda bien, y puede desencadenar la consulta inmediata a las instancias médicas, generalmente canalizada hacia el/la ginecólogo/a habitual. La res- puesta obtenida es -según los diversos testimonios- variable y está relacionada con la mentalidad del/a profesional en cuestión y su visión o contacto con las TRA.

Yo decía: cuando yo me case tendré por lo menos cuatro o cinco, seguro. Y a la hora que me casé y nada, me fui de viaje de novios y nada más venir fui al médi- co...porque quería tener hijos pronto y yo: voy a intentarlo, voy a tener hijos y...había pasado un mes y no me había quedado y ¿eso qué será? ¿qué estaré mala o algo? y dije: pues al médico preciso, y me fui y me dijo: es que necesitas una ayudita (E24)

La definición de los parámetros temporales utilizados para establecer el diagnóstico de un problema de fertilidad por parte de los/as profesionales parece estar menos unificada que en la actualidad²¹⁶, de modo que la respuesta obtenida ante la consulta, aunque puede ser variable, por lo general se formula en términos de aconsejar que esperen más tiempo, hasta los dos años. De este modo, la urgencia con la que viven las mujeres su problema puede decirse que es mayor que la que transmiten los/as ginecólogos/as no especializados en TRA.

Al principio no queríamos tener niños, como me imagino que la mayoría de las pare- jas, porque bueno, yo me casé con veintidós años y pues para qué tan pronto, ¿no? Entonces, pues nada, fui a mi ginecóloga de toda la vida y le dije: dame algo para no quedarme embarazada. Me dio unas inyecciones, estuve año y medio... dos años

²¹⁶ Tal y como se ha explicado en el capítulo 5, en la actualidad el plazo se establece en términos genera- les en un año, y en la práctica el periodo se acorta notablemente cuando se considera que la mujer está en una edad 'avanzada', es decir, por encima de los 35 años.

poniéndomelas y a los dos años, que llevábamos ya año y medio casados, pues decidí que podíamos ir a buscar nanos. A mí me encantan los niños, él es superchiquero, y nada, decidimos ir a buscar niños y a los seis meses de no haber nada, pues volví a ir a mi ginecóloga y se lo...se lo comenté y me dijo: ¡uy! pues tú tranquila, que es que son los efectos y esto. Y nada, al año o así, pues ya era muy mosqueante y volví... (E13)

Pues prácticamente enseguida, porque nosotros nos casamos un poco mayorcillos y entonces [...] prácticamente nosotros nos casamos en junio y yo creo que para eso, otoño, dijimos: bueno, pues prescindimos de anticonceptivos y vamos a por el nene. Y entonces empezamos y pasaba el tiempo y no... Entonces en la primera revisión después de casada, o sea, al año de casada, porque yo fui a una revisión normal, pues se lo comenté al ginecólogo y ya me dijo: bueno, pues espérate un año más, porque lo normal es que estés dos años, pues eso, intentándolo y tal (E11)

Al enfrentar el hecho de que la preocupación puede ser injustificada, la mirada se retrotrae hacia el modo en el que han intentado la búsqueda del embarazo. La información recibida acerca de cómo funciona el proceso de concepción, en el sentido de que tan sólo hay unos días fértiles en cada ciclo y que las relaciones sexuales deben coincidir con ellos, puede desvelar que los intentos, a pesar de que se lleve bastante tiempo en ellos, no se han realizado en el momento idóneo y/o con la suficiente insistencia.

Cuando hicimos lo de los tres meses de la temperatura, también tienes que poner cuando tenías relaciones, pues hubo una vez un mes que solamente había un día y le digo a mi marido: es que esto es de risa, se van a reír mucho cuando vean esto allí en el hospital, pero así en plan de broma. Pero aquella vez, es que es verdad, trabajamos los dos a veces llegas tan cansado que no, que no, y que nosotros tampoco, a lo mejor hay parejas que lo necesitan más, pero bueno nosotros pues si vienen bien y si no, o sea, que tampoco nos mareamos mucho por eso y claro, buscar, buscar sí, pero cuando tienes ganas o a veces cuando puedes, porque tampoco, la verdad, también estamos así que a veces le digo: si es que encima no tenemos ni tiempo, porque es verdad. Yo por ejemplo, hoy hemos trabajado los dos desde las siete de la mañana, pues llega el sábado y, claro, quieres, pues nada, llegar a casa, descansar y nada, mañana será otro día (E23)

Otro de los medios utilizados para disociar la ausencia de embarazo de la existencia de esterilidad procede de la mirada hacia el pasado, confrontando la imagen presente -en la que prima la idea de que el embarazo se produce con facilidad e inmediatez en cuanto dejan de utilizarse medios para evitarlo- con las experiencias de mujeres de generaciones anteriores, en las que la práctica anticonceptiva no era tan habitual. En ellas puede encontrarse la prueba de que conseguir tener hijos/as requiere tiempo y paciencia y la de que el hecho de que transcurran algunos años sin conseguirlo no significa, necesariamente, esterilidad.

Y bueno también pienso, digo: antes las mujeres...bueno tuve una tía que estuvo tres años, porque antiguamente pues enseguida se casaban y lo típico, a tener familia, y porque la que no se quedaba enseguida ya pues bueno, pero mi tía estuvo tres años sin tener familia y luego tiene tres hijas, pues estuvo tres años y no se quedaba. Y bueno mi madre dice: si yo estuve seis meses y ya pensaba que no valía; hasta que no estuvo, a los seis meses no se quedó de mí y digo: bueno con seis meses, y bueno y digo: pues nada. Y otra señora que también viene a la peluquería que me comentó una vez, tiene cinco hijos y creo que esta señora también estuvo dos años o tres años y no se quedaba y luego tiene cinco, entonces pues no sé, estoy ahí un poquillo a veces me decepciono, a veces no, y eso, ya veremos a ver, según como vaya. Nada, esto es cosa de paciencia y ¡qué le vamos a hacer! (E23)

Cuando la consulta inicial se realiza a profesionales especializados/as en problemas de fertilidad, el proceso puede verse acelerado de forma notable. Ya en los años noventa se puede identificar la presencia y el anclaje de una tendencia que se verá confirmada, como consolidada y extendida, en la actualidad. Se trata de la configuración de las TRA como un recurso para gestionar el proceso reproductor que, más allá de los eventuales diagnósticos de causas orgánicas concretas de esterilidad, constituyen un medio 'eficaz' para acelerar y facilitar la consecución del/a hijo/a.

Decidimos ir al médico, para ver si...bueno pues...empezar ya...me planté ya con treinta y algo, treinta y uno o por ahí, fui al catedrático de Valencia, me dijo...me hicieron un estudio a mí y a él, y me dijo que no había problema y que bueno...podíamos empezar a tener relaciones en cuanto a tener hijos... Pasó...pues un mes o algo así...lo que pasa es que, claro, las relaciones eran bastante discontinuas porque él venía una o dos veces, como mucho, al mes entonces también era un tanto difícil, pero bueno...el caso es que yo no me quedaba, en ese tiempo no me quedaba... Entonces allí, el mismo doctor, me habló...que claro, yo tenía una edad, que era bastante avanzada y sin haber una causa física, también es verdad que hay mujeres que tienen problemas de fecundidad...que él nos aconsejaba el hacer una fertilización, que no sé como se dice...pero bueno tratando el semen de él y hacerlo artificial (E3)

En las entrevistas actuales -las realizadas en 2009 y 2010- continúa siendo habitual la práctica anticonceptiva, y la voluntad de planificación y ajuste del momento de tener hijos/as puede llegar a ser tanto o más intensa que la que podíamos encontrar en la década anterior.

Como soy maestra queríamos un embarazo 'pedagógico'. Eso significa que si el niño nace al mes de febrero o marzo, entonces ya prácticamente la baja maternal la puedes juntar con los meses de vacaciones de verano y así puedes estar más tiempo con los niños (E27)

El cambio reside en que la percepción -a priori- de que lograr la concepción no es siempre un proceso sencillo y rápido se encuentra mucho más generalizada. Esta apreciación está vinculada directamente a la imagen de que los problemas reproductores presentan una alta prevalencia social, conocida a través de la difusión mediática y al hecho de contar en su entorno próximo con personas que los han experimentado y han recurrido a la ayuda médica para conseguir tener descendencia. Tal y como se explicará un poco más adelante, así como en la década de los noventa la mayoría de las mujeres -quizá con la excepción de las que se movían en un entorno social en el que era habitual la maternidad tardía- descubría la elevada prevalencia de los casos de infertilidad al entrar en los tratamientos, diez años después la conocen previamente y, en este sentido, anticipan la posibilidad de verse afectadas por ellos.

En la práctica totalidad de las entrevistas realizadas -en esta segunda fase- las mujeres expresan el conocimiento de que la concepción por medios naturales se puede producir tan sólo durante pocos días durante cada ciclo.

Muchas veces cuesta...bueno, y luego tengo muchas amigas alrededor que... con parejas hombres que...que se han quedado embarazadas, que han buscado y les ha costado también mucho, entonces parece...luego tengo también un caso de una amiga que se quedó enseguida, pero, que no es tan fácil, ¿no? siempre. Claro, además, como solamente ovulas, pues tres días...dos, cuatro, depende ¿no? entonces tienes que acertar muchísimo para... (E37)

Desde este conocimiento se puede establecer la distinción entre abrir la posibilidad de quedar embarazada, dejando de utilizar anticonceptivos y el intento de ir “en serio” a buscar el embarazo, que requiere controlar el proceso de ovulación y que puede llegar a generar la falta de espontaneidad en las relaciones sexuales. A menudo se convierte en una fuente de ansiedad, sobre todo en los casos en los que la edad apremia y/o la programación del proyecto de maternidad se ha realizado de modo estricto.

Llevamos ya tiempo intentándolo. Pero luego pensabas: claro, llevamos tanto tiempo intentándolo pero tampoco buscábamos el embarazo de una manera tan bestia. Realmente de una manera tan bestia, tan bestia, lo buscamos los últimos meses. Y ya con cierta ansiedad. Porqué ya, enseguida, estás: hoy ovulo, hay que hacerlo, y hoy me tocaría la regla y estás, un poco como diciéndote: la verdad es que noto algo de, pero no sé si es la regla o...si es el embarazo. Cuando sabemos que quedarse embarazada no es tan fácil ni muchísimo menos. Es decir, es muy fácil, pero no es tan fácil (E28)

La idea de que la consecución del embarazo requiere una planificación estricta basada en el control de los días fértiles ha calado de tal modo que marca una diferencia cualitativa con las generaciones precedentes, aquellas que dejaban al azar el logro de la fecundación. Resulta curioso observar cómo se puede llegar a percibir con extrañeza que estas

mujeres hayan conseguido ser madres y que desconozcan el día exacto en el que se produjo el embarazo. Tal y como expresa literalmente una de las entrevistadas, piensan que “se han quedado embarazadas de chiripa”.

Sí, hem adelantat, hem adelantat molt. Però ma mare n'ha fet de molt bones...com dir-te: mira, diu què sap quin dia s'ha quedat embarassà, pues jo no sé com pot saber-ho. I jo, la mire i dic: mamà, què sí que se pot saber. I ella: cóm se te què saber, això? Pues, te quedes i avant. Clar, jo no vull entrar a explicar-li res més. No per res, sino perquè segurament se quedarie igual... Jo li dic: jo també sé quin dia m'he quedat. I ella això ja ho enten, què és el dia que he anat al metge, però dels altres diu què no; què cóm tenen què saber-ho. I jo pense: bueno, esta dona s'haurà quedat embarassà de xiripa, s'haurà quedat embarassà, de mi i de la meua germana, perquè si no sap que hi ha uns dies que ovules, ha tingut molta sort..(E39)

Este saber conduce a que la preocupación cuando el embarazo no se produce rápidamente no se traduzca tanto en una sospecha de infertilidad como en un contratiempo que, a pesar de ser en cierto modo previsible, alienta el uso precoz -y a veces innecesario- de las TRA. La mentalidad planificadora y controladora del tiempo y de los proyectos se erige en el signo de nuestra época, regida por la lógica de la inmediatez.

También yo creo que ahora como que todo lo queremos programar ¿no? Hay gente que se pone muy histérica, yo conocí un caso con un compañero de trabajo, que es que yo le dije: se te está yendo la pinza, hijo mío. Llevaban tres meses intentando tener hijos y a los tres meses estaban pensando en irse a... Es que no podemos, y me decía: es que ya no sé si adoptar, si irme a un...no sé cuantos... Y yo le decía: pero por Dios de mi vida y de mi corazón, digo, que llevas tres meses intentando... Es que aquí ya queremos que tenga que ser este día, con este exacto y si no, no... y si no, es que tengo un problema. O sea, yo cuando fui a, a un esto, yo había llevado un año, había estado un, no sé cuánto, con el tratamiento, otro año y fue cuando ya el médico me dijo: mira, miráoslo porque puede ser algo... Pero, si que me, sí puede ser que haya también algo de eso ¿no? que la gente como que lo quiere todo como muy cuadrulado ¿no? Esto para no sé cuando, esto para no sé qué y si no, ya...es que, hay algún problema. Somos así, nos estamos volviendo como que lo queremos todo en el momento exacto, en la hora exacta y ahí sí puede haber algo ¿no? (E30)

9.2.2.2. La asunción de la referencia temporal para definir ¿la esterilidad?

Otro de los cambios observados en las entrevistas actuales -en relación con las entrevistas del periodo anterior- es el conocimiento generalizado de la norma establecida por las instancias médicas que fija el periodo de un año como el plazo medio para concebir de forma espontánea. Esta pauta temporal se integra como referencia normalizada, tanto para

establecer la presencia de problemas reproductores, como para elaborar y gestionar las estrategias personales en el uso de las TRA.

A lo mejor en las últimas décadas hay muchas más mujeres, porque como planificamos tanto nuestra vida, pues en el momento que decidimos tener un hijo, si en unos meses no estás embarazada pues ya estás preocupada. A nivel médico es un año de espera. Pues yo me esperé un año. Pero, claro hay muchas parejas que ni al año llegan y ya están buscando las técnicas (E31)

La interpretación de esta norma que realizan las mujeres entrevistadas la sitúa en el terreno que podríamos denominar burocrático, en el sentido de que se percibe su carácter convencional y no se toma al pie de la letra a la hora de pensar en la existencia de problemas orgánicos para conseguir el embarazo. Más bien se trata del criterio que rige el funcionamiento de las prácticas de reproducción asistida, ya extendida al campo de la ginecología en general.

Yo, me casé a los 25. Pues ya ahí dejé pasar un año, lo normal, porque yo quería tener familia en seguida y el también [...] Bueno pues cuando pasó el año, al ver que no me quedaba pues ahí es cuando, para no retardarlo más es cuando fuimos en plan de...(E40)

De este modo, puede observarse cómo la percepción de los posibles problemas reproductores se aleja de la dimensión orgánica, que la vincula a la esterilidad, y se inscribe plenamente en la dimensión de la gestión del tiempo. A partir de esta inscripción, la edad se consolida como uno de los factores centrales para decidir la urgencia con la que se debe buscar la intervención médica en el proceso. La base estadística que fundamenta el criterio -asentada sobre el cálculo de la fecundabilidad media²¹⁷- pierde sentido cuando la edad se considera avanzada.

Com jo era més jove pues, ...tenia... crec que era trenta anys, o per ahí, si més o menos, no me'n recordo molt be de les fetxes, pues entonces a l'any aproximadament ja comences amb el rotllo de...tens que fer-te les proves... Sí, a l'any o, depèn de l'edat que tingues, se veu que si eres més jove, a lo millor te diuen...dos anys, que passen dos anys sense...(E35)

Es precisamente a las mujeres jóvenes a las que se concede la posibilidad de un mayor tiempo de espera a pesar de que son las que tienen mayor tasa de fecundabilidad y, por lo tanto, en su caso el plazo promedio para conseguir el embarazo espontáneo es menor. En las mujeres 'mayores' -sobre todo a partir de los 35 años- los criterios utilizados se entrecruzan de tal manera que el resultado es, casi de modo irremisible, que deben someterse a

²¹⁷ Tal y como se explica en el capítulo 5.

tratamiento de modo inmediato. Su tasa de fecundabilidad es menor, por lo que el tiempo de espera para conseguir un embarazo espontáneo es -estadísticamente- mayor, pero, precisamente por ello no pueden concedérselo ya que, además, la probabilidad de que las TRA sean efectivas en su caso es menor y desciende notablemente conforme avanza la edad. Si deciden darle tiempo a la naturaleza corren el riesgo de cerrarse toda posibilidad de llegar a conseguir un resultado positivo. Ante un mensaje tan contundente y ampliamente difundido, ciertamente las opciones entre las que decidir son enormemente restrictivas, por no decir inexistentes. La incorporación de la edad como factor de riesgo de tener problemas en la conformación del feto -reflejada en la norma también conocida de la práctica de la amniocentesis a partir de los 35 años- no hace sino cerrar todavía más la posibilidad de dudar ante la propuesta de entrar inmediatamente en los tratamientos.

Al cabo del año dije: pues no tenemos hijos, pues qué putada, porque como me quede embarazada me tienen que hacer la prueba ésta. Pues vamos a ir a una clínica de fertilidad. Entonces, fui a una clínica de...fertilidad y me hicieron pruebas, no encontraron nada y dijeron, bueno pero ya con, creo que tenía yo 37 años o 37 y medio, con esta edad ya tienes que ir a algún, a alguna técnica a, que en fin, que avance las cosas y tal porque esto, esto no puede ser, ya es tardísimo (E25)

Las pruebas diagnósticas no se utilizan en estos casos para abrir la posibilidad de aconsejar el intento de un embarazo natural sino más bien como refuerzo -en el caso de que se detecte algún problema, aunque no sea concluyente- de la necesidad de recurrir directamente a la técnica más efectiva.

Entonces le comentamos: mira que a él le operaron de pequeño de un varicocele y ¿puede ser que tenga problemas a la hora de buscar familia? Y él nos dijo: pues ya no sólo por el tema del varicocele...porque cuando le operaron del varicocele después le hicieron un espermograma y le salió bien. Dijo: pero también pensemos en la edad. Él estaba a punto de cumplir los cuarenta años ¿sabes? Y dijo: ahí pueden influir otros factores a parte del varicocele. Mira, dijo, la prueba es muy sencilla, vamos a hacerla y según sea el resultado ya decidís. De acuerdo. Le hizo la prueba y salió, con los resultados nos dijo: mira yo directamente os diría que a in-vitro, ni a inseminación si queréis tener familia. Pero de todas formas él dijo: voy a darle medicación durante dos meses y a ver, para contrastar haremos otra prueba, al cabo de dos meses con la medicación para ver si mejora la cosa y ya decidís. Pero en principio así. Estuvo dos meses. Eso, fue, enero y febrero, en marzo le volvieron a hacer un espermograma y le salieron los resultados peor todavía que la primera vez sin la medicación. Entonces dijo que él no perdería el tiempo, que había visto milagros más...gente que pensaba que no iba a quedarse y se había quedado embarazada ¿no?, y que con mi problema se podía dar pero que era muy difícil. Yo me podía quedar de forma natural pero era muy, muy complicado. Y que él directamente me haría una, una inseminación no, una in vitro. Él no perdería el tiempo en inseminaciones porque veía que la cosa era muy difícil. No imposible, pero muy difícil. Entonces dijo que empezáramos cuando quisiéramos (E27)

La normalización del uso de las TRA, la presencia en el discurso social de la pauta temporal para definir la esterilidad y la disociación entre problemas de esterilidad y problemas de gestión del tiempo, quedan patentes en los testimonios que dan cuenta de las estrategias utilizadas por algunas mujeres para conseguir el acceso a los tratamientos en la sanidad pública. Así como en la medicina privada el plazo de un año se utiliza como referencia para orientar o decantar la decisión de los/as clientes, en el caso de la medicina pública se incorpora al protocolo de admisión en los servicios de fertilidad. En los casos en los que previamente a la solicitud no se han diagnosticado problemas concretos que aconsejen el uso de TRA, el requisito formal es llevar al menos un año intentando el embarazo sin éxito. Ello induce a una representación del criterio temporal como criterio burocrático y da lugar a una apropiación en el uso de la norma por parte de las mujeres que acuden a los centros públicos que introduce la práctica de una cierta ‘picaresca’.

Y no me quedaba, ¡vamos! no me quedaba en los tres o cuatro primeros meses, ¿me entiendes? Que no es que fue... Y una amiga mía también había estado, también estaba buscando y tampoco se quedaba y ella me dice, dice: pues ve al gine, a la ginecóloga y le dices que no te quedas, pero dile que llevas más de un año buscando, dice, porque si no, te dice que si llevas tres o cuatro meses que es muy poquito, que quedarte embarazada tampoco es llegar y cargar (E41)

Se pone de manifiesto de modo claro que las TRA, además o por encima de ser un medio para resolver un problema de infertilidad, se erigen como medio rutinizado para agilizar el resultado, como una herramienta útil en la gestión del tiempo. Probablemente, en muchos de estos casos, la imagen de que la prevalencia de los problemas para concebir es elevada esté influyendo en la decisión de adoptar esta estrategia. Aunque, como se decía en la cita anterior, se sabe que concebir no es algo tan sencillo como “llegar y cargar”, el temor a verse afectada por problemas percibidos como algo común, unido a las listas de espera y a los lentos ritmos que se atribuyen a los tratamientos en la sanidad pública, contribuyen a configurarla.

Yo, por ejemplo una vez, cuando estaba en la sala de espera para la inseminación una chica me dice: y tú ¿cuánto tiempo llevas casada? Yo pensé: ¿casada, qué más da casada que no casada?, pero bueno, vale, le dije: ¿intentándolo?, pues casi dos años. Me dice: yo es que llevo menos, llevo seis meses, pero es que si no dices un año no te cogen. Y entonces yo pensé:.... Yo sabía que tenía treinta y cuatro años. Sabía que era un pelín más joven que yo. Pensé: es más joven que yo y se angustia de esta manera porque lleva seis meses sin... Y entonces le hemos dicho al médico que llevamos un año intentándolo, me dijo. Claro, nadie comprueba que lleves un año intentándolo (E28)

En cualquier caso, queda claro que las TRA se disocian en gran medida de los problemas de esterilidad y cobra fuerza la representación de que son un instrumento, un servicio para conseguir lo que quieres del modo más rápido posible o, por lo menos, para no incurrir en el riesgo de no lograrlo.

La desigualdad social y económica atraviesa el uso de las TRA y ello está muy presente en las mujeres que, por su posición, tan sólo pueden plantearse el recurso a los medios públicos. Tal y como se explica en el capítulo 10, existe una clara distinción en la percepción del modo en el que funcionan los servicios públicos y privados. Los centros privados van directamente “al grano”, ganando tiempo sobre la base de protocolos menos estrictos en la secuencia de los tratamientos, y los requisitos de admisión son sencillos: querer pasar por el tratamiento y estar dispuesta a pagarlo. En la sanidad pública el protocolo es más rígido y “se pierde mucho tiempo”, entre las esperas y los tratamientos secuenciados que te “obligan” -si no hay una causa que justifique lo contrario- a pasar primero por ciclos de IA y tan sólo cuando estos fracasan a intentar procedimientos más exitosos como la FIV o la ICSI.

9.2.2.3. Prevalencia de la infertilidad, presencia social de las TRA y procesos de normalización

Sintéticamente podría decirse que, así como en los años noventa el conocimiento de la elevada frecuencia de las dificultades reproductoras tiene como consecuencia la normalización del problema, a finales de la década de 2000 lo que se ha convertido en habitual -y por lo tanto en normalizado- es el uso de las TRA.

¿Cómo y por qué ha sucedido este cambio? En la década de los años noventa se produce una fuerte expansión en España de los servicios de reproducción asistida y cada vez mayor número de mujeres y de parejas recurren a ellos en busca de respuesta y/o solución a su problema. Pero este crecimiento de la oferta y de la demanda se produce de modo mucho menos visible en términos sociales de lo que llegará a serlo diez años después. La vivencia de las dificultades para tener hijos/as y el uso de las TRA se efectúa, en términos generales durante los años noventa, en un marco de relativo secretismo, y la detección del problema por parte de las mujeres genera en ellas un sentimiento de excepcionalidad.

Te pensaves, quan vam escomençar, nos pensaven que era una cosa dels dos, de dir: i a quatre més els passarà. Què va, és que està aixina, els programes -que jo me'ls trague tots- parlant d'adopcions, de in vitro, tot, i fan molts programes ara d'adopció internacional i tot això i te dones compte i t'escomencen a dir les parelles que n'hi han la quantitat la gent i és, però és increïble, increïble, ja no a nivell d'Espanya. L'atre dia en un reportatge de la TV3, de bueno d'Itàlia...vull dir molts molts i fas bueno i això antes no estava o és que ara...i al final és una tonteria, però mal de muchos consuelo de todos, no? ho diuen i és veritat, te pensaves que erem...

¡què raro que no en podem tindre, quina mala pata!, i quan passa a tots tant, ja pareix que siga més normal, que fas: pues mira mos ha tocat a mosatros ja no ho veus tan... és que està a l'orden del dia el no poder tindre'n antes...era al revés, però és que ara no jo és, que ho veig i està en molts llocs, entonces ja t'ho veus com algo ja casi normal (E20)

El descubrimiento de que es algo que le ocurre a muchas parejas se produce una vez que han experimentado la dificultad, y la evidencia de que es algo generalizado se obtiene de modo directo cuando comienzan a utilizar los servicios de reproducción asistida. En los casos en los que se recurre a la sanidad pública el hallazgo es súbito e impactante. El encuentro con gran número de personas en las reuniones que realizan los centros para informar acerca de los procedimientos y los dilatados calendarios derivados de la fuerte demanda cambian radicalmente la percepción de la situación personal.

Nos hacen una reunión a todas la parejas, ese...ese fue otro shock ¿no? o sea, te citan tal día, que siempre eran sábados, a tal hora en el, donde hacen las charlas y las conferencias en el centro y allí nos...bueno pues darte instrucciones...y llegamos allí y me veo todo el salón de actos, ¿tú has estado en el salón de actos de allí?, pues no sé, yo creo que éramos doscientas o trescientas parejas...doscientas parejas creo que dijeron, y yo me quedé, digo: pero tú...esto no puede ser (E11)

Aunque de modo menos espectacular, el descubrimiento es similar en los casos de las mujeres que acuden a los centros privados. En cualquier caso, el efecto que produce en ellas es el mismo: la normalización del problema que se convierte inmediatamente en un medio de consuelo ante su condición. El relativo alivio que experimentan deriva directamente de que se aleja en cierto modo el sentimiento de victimismo que les invadía al pensarse aquejadas de una excepcional “mala suerte”, y pasan a identificarse como integrantes de un colectivo numeroso y en aumento. Se expresa tópicamente en enunciados tan comunes y ambivalentes como “mal de muchos consuelo de tontos” (E20) o “las penas compartidas son menos penas” (E9).

Quan comences...clar, quan te diuen que tens dificultats per a quedar-te en estado i tal, te véns avall, clar. Te vols morir. No te vols morir, però bueno, que t'afones un poc i te passes uns dies mal i tal. I escomences a anar. En quant te meneges un poc per les clíniques de fertilitati tal i això, escomences a vore que, bueno, evidentment tú en ixe moment te penses que eres la única en el món que li passa això i que...por qué te ha tenido que tocar a ti, i patxim patxam. Lo de sempre. I después, quan vas a estos centros i a les clíniques, al.lucines de la quantitat de gent que li passa lo mateix que a tú. Pitjor, millor, més fluixet, més gordo, de tots els colors. O siga... lxes d'allí i... Jo, la primera vegà que vaig anar a la clínica, vaig ixir hasta contenta de vore que hi havia més gent. I jo dic, no és de ser bona persona, però jo, la veritat me vaig alegrar que hi haguera més gent, perquè, jo que sé?, ja no te sents tan malament i dius, bueno, pues això de què las penas compartidas son menos penas. No

sé. Jo la veritat és que va ser un poc de relax pensar que... que no estaves assoles en esta història, que hi havia molta més gent (E9)

La sensación de normalidad alienta el comportamiento de abandonar el secretismo, el celo con el que en ocasiones se oculta el problema, y al hacerlo se obtiene todavía más información sobre la elevada prevalencia de la infertilidad y sobre el uso cada vez más frecuente de TRA.

- I a medida que entres més i més...i sobre tot a medida que te decidixes a obrir la boca i a parlar, a lo millor amb els companys de feina o lo que siga, contar lo que te passa i tal, bueno!, entonces si que ja: mi hermana, mi hermano, mi prima, yo tengo un amigo...Tot el món té algú que... que està en estes històries. Tot el món. I és un...egoistament és un descans...
- Te normalitza un poc
- Sí, ja veus que no eres un bitxo raro, que li passa a molta gent. I la veritat és que hi ha moltíssima gent, molta gent en estes històries. Jo no...no m'ho haguera imaginat mai, eh? (E9)

Las diferencias en la posición social marcan una cierta distinción en el modo de percibir la prevalencia de la infertilidad en las mujeres entrevistadas en la primera etapa. Son las mujeres de posición económica media-alta y con estudios superiores las que elaboran una reflexión en términos sociales acerca de los cambios que se han producido en la edad a la que se tienen los/as hijos/as y acerca del estilo de vida de las personas de su entorno próximo y sus posibles repercusiones en la incidencia de los problemas reproductores. Anticipan, de este modo, lo que posteriormente se convertirá en una percepción mucho más generalizada y abarcadora socialmente. En estos casos, el conocimiento de la frecuencia con la que se manifiestan los problemas y el recurso a las TRA se establece previamente a la propia vivencia y se considera algo que afecta significativamente de modo particular a su grupo social.

Cada vez hay más...será porque el factor estrés es muy alto en nuestra sociedad o porque ya decidimos tener hijos más mayores y siempre es más complicado no sé...porqué, pero la verdad es que...te puedo hablar de mis amigos, pues todos han tenido problemas, a lo mejor sólo una pareja que no ha tenido problemas, para tener...Yo, de mi círculo, a lo mejor el 80% han tenido que recurrir a las técnicas para quedarse embarazadas, o que han tardado bastante en quedarse embarazadas. A lo mejor cuando han decidido ir a aplicarse una técnica o tratamiento es cuando se han quedado, también es otra. Pero de casos que se quedan, de mi círculo, cuando han querido y sin ningún tipo de ayuda a lo mejor son 3-4 casos, todos los demás han necesitado ayuda. No sé si será también el factor socioeconómico o laboral tendrá que ver. El círculo en el que yo me muevo pues son profesiones liberales, o tienen una consciencia socioeconómica a lo mejor más alta no sé si el factor ese del estrés, la economía, la edad, algo tendrá que ver...Pero que vamos, que en nuestro entorno

es lo más normal, lo anormal es la gente que se ha quedado cuando ha querido, y como ha querido, eso es lo anormal... (E3)

Emerge la percepción de los cambios experimentados en las trayectorias vitales de las mujeres: la dedicación a los estudios, el ejercicio profesional y el consabido retraso en la edad de la maternidad, y de la doble moral con la que la sociedad responde ante los problemas reproductores que este modelo genera. Pero la crítica social no inhibe la culpabilidad que siente la mujer que afronta la dificultad. En realidad, se piensa, la responsabilidad es suya, por no haberlo pensado antes. Ha tomado una opción y debe asumir las consecuencias que de ella se derivan.

Primero fue nuestra independencia del hogar paterno, después también junto a ello nuestros estudios, después independizarnos, después disfrutar también de...claro has estao estudiando y te has estao buscando la vida, no has podido viajar, que es lo que querías, y entonces pues te has dedicao a viajar y te has dedicao a tu profesión, etc., etc., con lo cual vas alargando, a la sociedad le parece estupendo, pero cuando resulta que no te quedas, es algo que te lo has de hacer prácticamente por lo privado [...] eso, la falta de apoyo tanto de la sociedad en general, de cómo un poco te juzga. Primero no tienes hijos porque estás dedicada a tu vida profesional, pero después tampoco te puedes quedar porque entre otras cosas tienes el hándicap de que eres muy mayor, pues tampoco la sociedad...lo está viendo como normal, sino que te has empeñao en algo...pues que no toca. También tienes claro, bueno por lo menos yo..., que yo lo he pensao tarde, porque eso es un hándicap, y que con eso se vive (E2)

A finales de la primera década del siglo XXI, la conciencia de que los problemas reproductores son enormemente frecuentes se ha extendido a todas las capas sociales y este conocimiento de la prevalencia precede a la experiencia propia de problemas reproductores. Puede decirse que la posibilidad de pasar por ellos se anticipa como probable en muchas más ocasiones que en el pasado. El efecto de normalización se desplaza ahora al uso de las TRA. Son técnicas que forman parte del paisaje cotidiano. Las conversaciones entre las mujeres sobre el tema pueden producirse en cualquier entorno, no sólo entre amistades y familiares sino también en el ámbito laboral y en una amplia diversidad de posiciones sociales.

A lo mejor en el trabajo te comentan: mira, pues me voy a hacer esto y me han dicho que, que vaya directa a la inseminación, que no me entretenga más y si a la de equis intentos no me quedo, pues ya pasaríamos a in vitro. He conocido, muchas chicas²¹⁸ (E40)

²¹⁸ La mujer a cuya entrevista corresponde la cita trabaja eventualmente en un almacén de cítricos. Lo que se quiere resaltar es que la normalización de las TRA permea capas sociales medias y bajas. En este caso puede observarse cómo se difunde la subcultura de la reproducción asistida. Se alude a los protocolos aplica-

La elevada prevalencia de la infertilidad se vive cotidianamente como una realidad que suscita preguntas acerca de los motivos por los que esto ocurre en nuestra sociedad. Se percibe como algo sobrevenido, que no ocurría -o no de igual modo- en el pasado y también como algo característico de sociedades “como la nuestra”. Desde esta perspectiva, la vinculación con el modo de vida actual es una de las respuestas que aflora con mayor facilidad, y se llega a establecer una asociación entre pertenencia étnica y cultural y fertilidad, no ya en términos exclusivamente de comportamiento reproductor, sino en términos de capacidad. La presencia de mujeres inmigrantes facilita la distinción entre ‘nosotras’ y ‘ellas’. De este modo, la atribución distintiva que veíamos en la etapa anterior basada en el criterio de clase y trayectoria vital, queda reemplazada en la actualidad por otra basada en la procedencia.

És molt curiós. Mira, jo sempre ho pense i a més a vegades ho comente, perquè ara tenim més relació amb la gent, ara i hi ha més ací, te dones compte. Vas a la seguretat social i duen tres i estan embarassades del quart, vale, les mires i dius: elles parisen com a conilles, i la majoria a lo millor de les que estan assentades sense saber, que la majoria nos han fet un tractament per a poder tindre al xiquet i elles no ho necessiten, per què? [...] Jo tinc una veïna que és argeliana i ens fem moltíssim...i ella vamos, és què ella ho diu, diu: de la tercera ja me vaig quedar sense pensar-ho perquè no voliem i me vaig quedar embarassà. I jo pense: i jo pa tindre'n dos tot lo que he arribat a passar, no ho sé...(E39)

La imagen que evoca esta representación es casi la de un problema de civilización, un signo que muestra la ambivalencia con la que se percibe nuestra posición y estilos de vida supuestamente más avanzados. La ubicación en la dimensión orgánica del problema genera un conflicto de coherencia añadido. Los mejores niveles de salud y de alimentación del primer mundo no suponen ninguna ventaja -en este terreno- en comparación con lo que se representa como lo que les ocurre a las mujeres del tercer mundo. Se trata de una paradoja que genera sospecha y perplejidad.

Li pegues de voltes!, además amb esta gent. O dóna igual, amb els pobres d'Àfrica què no estan ni alimentats, vale? perquè ixa gent no està alimentà, pobrets no tenen res i elles sempre estan embarassades, claro, ací se suposa que tots estem sanets, ben alimentats i no n'hi ha manera, i esta pobra gent que al dia no mengen o mengen una vegà i resulta que no tenen ningun problema. I això me pega voltes a vegades i dius per què? I claro, per què, no ho sé...(E39)

Las repuestas que encuentran todas las mujeres entrevistadas al reflexionar acerca de los motivos por los que estamos asistiendo a esta ‘epidemia de infertilidad’ son los mis-

dos en los centros públicos, que prescriben pasar por cierto número de inseminaciones antes de acceder a la fecundación in vitro.

mos, aunque varía el grado de elaboración y el alcance de sus razonamientos. Son los siguientes: el retraso en la edad a la que se aborda la maternidad, el aumento de la infertilidad masculina, el estrés, el estilo de vida y la voluntad de querer controlarlo todo.

El incremento de los casos de infertilidad de causa masculina es una de las razones argüidas por todas ellas.

I la majoria, les estadístiques, no sé ara com estan, és culpa d'ells, el semen no es bó [...] Quan jo estava allí pues preguntes. A tú que et passa? i vamos, de les que jo em relacionava, un 90% era culpa de l'home, era l'esperma, la mala qualitat, falta de mobilitat, era l'esperma, eh? (E38)

La disminución de la cantidad de espermatozoides, de su calidad y de su movilidad se presenta como un hecho conocido y constatado por estudios científicos, informado por los especialistas médicos y ampliamente difundido mediáticamente. Las causas aducidas son: la contaminación hormonal, el estrés, los hábitos poco saludables y la exposición a tóxicos o elevadas temperaturas²¹⁹ en el trabajo.

El médico nos dijo: está todo en el estrés, está todo en la contaminación. Eso nos lo dijo el urólogo, está todo en la contaminación, si eres bebedor, si fumas... Mi marido fuma, el... también le dijo que tenía algo que ver...el "porlan", el polvillo que suelta el porland. Mi marido trabaja en la obra. Y también podría ser... Es que la mayoría, la mayoría...son todos los hombres, los que tienen... Por lo menos, la mayoría de casos que yo conozco [...] cada vez hay más casos. Y hoy por hoy, el porcentaje de gente que necesita ayuda es muy alto, pero porque está en todo, está en la contaminación, la gente que trabaja en los hornos, en las azulejeras y en todo eso dicen que eso es malísimo. El, tanto calor, y el salir fuera, y los cambios tan bruscos del calor al frío, dice que eso para los...es que se ve que son muy delicados, los espermas...(E41)

El ritmo de vida y, sobre todo el retraso en la edad a la que se tienen los/as hijos/as son los factores sociales más destacados. Así como en el caso del factor masculino se perciben razones que pueden explicar la infertilidad por causa biológica -aunque inducida por factores ambientales- en las mujeres no existe otra explicación capaz de dar cuenta de la elevadísima demanda²²⁰ que la edad, unida a la urgencia y la prisa que caracterizan el modo de vida actual.

²¹⁹ Sobre esta última razón las mujeres de la zona de Castellón mencionan la elevada incidencia particular en las áreas próximas y en los trabajadores de las industrias azulejeras, informada por las propias instancias médicas.

²²⁰ Aunque a muchas de las mujeres entrevistadas les han diagnosticado alguna patología que puede explicar -por lo menos parcialmente- sus dificultades reproductoras, cuando intentan explicar en términos globales la elevada presencia de problemas no generalizan la incidencia de causas orgánicas femeninas.

9.2.2.4. *¿Juegos de poder?*

Los mensajes que informan del descenso de la fertilidad que sobreviene con el aumento de la edad están plenamente difundidos. Sin embargo, en las representaciones sociales que reconstruyen las mujeres entrevistadas se refleja la posibilidad de establecer una fisura en la secuencia que identifica automáticamente menor fertilidad con esterilidad. De este modo, la imagen del reloj biológico que desencadena en un momento dado la urgencia por la maternidad no se reconoce como algo interno, inscrito en la biología femenina, que alerta a cada mujer, sino que integra una presencia externa, la voz de la medicina. Una voz dotada de legitimidad, que habla desde la base de un saber cuya objetividad no se cuestiona frontalmente -puesto que se reconoce la veracidad del descenso de la fertilidad- pero que puede convertirse en objeto de examen y reflexión, sobre todo a la vista de los efectos que es capaz de desencadenar en las actitudes y en los comportamientos de las mujeres.

Te entra el reloj biológico éste, que no sé donde está pero debe estar en algún sitio. Estar está, ¿vale? Es el conocimiento de que la fertilidad baja, pero que la fertilidad baja no significa que no te puedas quedar embarazada. Eso es lo primero, y las mujeres de cuarenta años se han quedado embarazadas toda la vida. ¿O no? [...] además medicalizas enseguida el tema y el factor de edad es muy importante porque muchas mujeres tienen la obsesión de la edad, porque ninguna mujer va a pedir ayuda a los veintitrés años, prácticamente. La media de allí era bastante alta. Bastante alta (E28)

En este sentido, la toma en consideración de que la utilización de Técnicas de Reproducción Asistida se ha convertido en habitual, suscita una actitud interrogante, que abre camino a la sospecha de que hay algo que está generando esta dinámica más allá de la incidencia real de la esterilidad.

De quince chicas cercanas y amigas un poco de grupo, creo que somos siete las que hemos pasado por... A lo mejor es un poco casualidad. ¿Vale? Y a lo mejor en otro grupo no ha pasado ninguna...pero muchos, muchos, muchos [...] Otro hermano mío, su mujer también, es decir, de cinco hermanos que somos cuatro tenemos hijos. ¿Vale? Y de los cuatro, tres hemos pasado por tratamientos. Y es una bestialidad (E28)

El alcance de la reflexión que elaboran las mujeres acerca de la presencia de intereses por parte de la medicina y el papel que juegan en el desarrollo de esta dinámica es variable y también lo es la actitud que toman al respecto. Esta diversidad está relacionada con los esquemas de percepción y apreciación que movilizan (Bourdieu) a la hora de representarse las Técnicas de Reproducción Asistida, en los que ocupa un lugar central el gra-

do de legitimidad que le atribuyen a la medicina a la hora de definir los problemas reproductores y el modo de resolverlos. Podríamos decir que las posiciones se estructuran a lo largo de un eje en el que en uno de los extremos se situaría aquella que la reconoce como incuestionable y en el extremo contrario aquella que -sin dejar de atribuirle legitimidad- considera a la medicina un agente poderoso, capaz de ejercer violencia simbólica sobre otros, de modo particular, sobre las mujeres potencialmente usuarias de las TRA:

a) La posición que asume de modo incontestable el mensaje médico

Presenta una actitud claramente favorable y sin fisuras hacia el uso de las TRA. Desde ella, la lectura de la prevalencia de la infertilidad en la sociedad actual borra cualquier indicio de sospecha de sobrevaloración de la misma por parte de las instancias médicas. La elevada demanda de tratamientos se convierte en la prueba de que efectivamente los problemas reproductores han aumentado con respecto al pasado. Se podría resumir en la expresión: “si lo hacen es porque será necesario”. El hecho de que ésta se haya disparado en los últimos años puede responder a la mejora en los tratamientos y a su normalización social, de modo que se van superando reticencias que pudieran estar inhibiendo su uso.

M'imagino que d'entrada la gent cada vegada ho vorà mes normal i recorrerà més, conforme al principi molta gent seria escèptica, no voldria anar..m'imagino, eh? es lo que jo pense, es que no ho sé [...] Perque antes no eren tantes les que no es quedaven, eren com faves contades. En canvi ara quan hi ha tanta demanda és perquè hi ha molta gent que no es queda (E38)

b) La posición crítica que intuye que la presencia adquirida por las TRA sobrepasa los límites de lo que se puede pensar como razonable

Aunque por un lado el elevado número de tratamientos es un indicador de la elevada demanda, se vislumbra que puede haber algo que está propiciando esta dinámica creciente. Factores de orden objetivo, como la pérdida de calidad del semen, confluyen con factores de orden subjetivo o mixto, traducidos en una mentalidad y unas condiciones sociales que dificultan la reproducción. La vía que permite comenzar a cuestionar el modo de proceder de la práctica clínica es la percepción de que existe un cierto abuso en la utilización de los tratamientos, que se ve reforzada por la constatación de que los embarazos espontáneos, durante o después de los mismos, es algo relativamente frecuente.

No te lo puedes ni imaginar, la cantidad de gente que conozco con problemas de infertilidad, muchísima [...] un montón de gente que ha hecho temas de tratamientos... Sí que dicen que la infertilidad masculina ha subido y todo...que la calidad... Por qué

ha subido no lo sé. Quizá te meten el mal rollo de...o sea, lo que sí que tengo claro es que ha subido, por el número de inseminaciones o por el número de gente. A lo mejor es que socialmente ahora hay una situación en la que es más difícil tener niños. Por el número de procesos que hacen, yo creo que ahí hay algo que se debería regular de otra manera, o sea, se debería controlar. Yo creo que sí. Porque, no sé, es como...una operación de cirugía, venga pues te dicen: te insemino siete veces [...] Mi prima, por ejemplo. Ella estuvo, fue curioso, ella estuvo en tratamiento, tuvo dos inseminaciones, ella las tuvo por la pública y no fue, y cuando estaba cambiando a privado para hacerse el in vitro, que fue al mismo médico último que yo fui, le dijo: pues va a ser que no puedo, le dijo el médico. Y le dijo mi prima: ¿y por qué no? Dice: porque estás embarazada...Es curioso (E30)

c) Por último, se encuentra *la posición crítica que elabora una reflexión de mayor alcance*

La elevadísima frecuencia de los problemas para tener hijos/as, acaba vinculándose directamente con la existencia de las TRA, que pasan a considerarse, en gran medida, propiciatorias, inductoras de una dinámica que se retroalimenta.

Determinadas estructuras se crean y se inventan a sí mismas ¿vale?, y necesitan alguna manera mantenerse. Entonces, yo creo, te lo digo en serio, que...esto me lo invento ¿eh? pero que un ochenta por ciento de las mujeres que vamos no necesitamos ir. Y que tampoco importa tanto tener un hijo a los treinta y siete como a los cuarenta. Porque luego, muchas mujeres que han tenido un tratamiento de fertilidad a los treinta y seis, treinta y siete años vuelven a tener un hijo de una forma natural. Está la amniocentesis. Es decir, tampoco es tan angustiante lo de...y si te haces el tratamiento de fertilidad también te recomiendan hacerte le amniocentesis. Es decir: no te ahorras nada. Pero hay como una dinámica (E28)

Este discurso desvela tanto la presencia de intereses que pueden no ser del todo coincidentes entre los agentes implicados en los tratamientos, así como la relación de poder simbólico que se establece entre ellos. El incremento en el número de centros -sobre todo privados- que prestan servicios de reproducción asistida necesita del aumento paralelo de la demanda de los mismos. La importancia concedida por el discurso médico a la edad, encuentra el terreno allanado para su recepción por parte de las usuarias por el predominio de la cultura de la inmediatez y por la conversión de las TRA en un recurso plenamente integrado en las prácticas actuales de reproducción. Los mensajes que lanza ponen en juego una confusión entre disminución de la fertilidad y esterilidad que resulta difícil de esclarecer.

Te metes en el ordenador y miras la cantidad de clínicas de fertilidad que hay y es brutal. Entonces piensas: a ver, es posible que la fertilidad masculina haya bajado un poquito. ¿Vale? Por la contaminación o todo esto. Pero no explica. Es decir, imagí-

nate que ha bajado, me lo estoy inventando también ¿vale?, un veinte por ciento la fertilidad. No lo sé, no me iré mucho. ¿Qué significa?, ¿que tardas tres meses más en quedarte embarazada de media? Es decir, una bajada de fertilidad no significa que no puedes tener hijos, significa que te va a costar más tiempo, probablemente, tener hijos (E28)

El ejercicio de la violencia simbólica queda oculto por la legitimidad de la que goza la práctica médica, y los efectos de convencimiento se ven reforzados por la identificación de cada usuaria con el numeroso colectivo de mujeres afectadas por los problemas de infertilidad. Desde esta posición -que elabora una reflexión crítica acerca de la dinámica de las TRA- se reconoce el mecanismo básico que propicia una visión de la realidad inducida por ella misma y que se formula estrictamente en los mismos términos en que lo hacen quienes la asumen sin más: “si lo hacen es porque será necesario” (E22). La diferencia estriba en que se añade: “y tú te lo acabas creyendo”.

Estás con veinte mil mujeres todas contando allí sus aventuritas...todas negativas, claro. Porque las que están allí no están embarazadas. Las que están allí buscan el embarazo. Y entonces te da la sensación de que eres una más. De ese club donde a todas las mujeres les pasa exactamente lo mismo. Y nadie te dice: deja el tratamiento y da tiempo a la naturaleza. Nadie te lo dice. Y claro, un poco es, claro si te han puesto allí es porque será necesario y tú te lo acabas creyendo, que si te han puesto allí es porqué será necesario (E28)

El análisis presentado en las líneas precedentes pone de manifiesto la penetración del discurso médico en el discurso social, pero muestra cómo la recepción es desigual. Las experiencias de las mujeres en su paso por los tratamientos y los diferentes recursos de los que disponen y/o ponen en juego a la hora de reflexionar sobre ellas, hacen posible enfrentar visiones de la situación y del proceso que pueden ser divergentes. Se aleja pues de la imagen de homogeneidad de las mujeres y del papel de víctimas pasivas de la dominación simbólica. El análisis permite observar cómo se trata de una situación que, si bien está conformada desde parámetros estructurales en los que las relaciones de poder juegan un activo papel, es relativamente abierta y se encuentra en permanente construcción y reconstrucción. Aquellas que movilizan los recursos capaces de desvelar la estructura, toman la posición de agentes que elaboran un discurso crítico sobre la dinámica de las TRA, opinando sobre los aspectos positivos y negativos de su configuración y formulando propuestas de transformación.

CAPÍTULO 10

LAS EXPERIENCIAS DE TRATAMIENTO

El contacto con las instancias médicas y el inicio de los tratamientos supone para las mujeres la entrada en un mundo ‘aparte’, en el que van a experimentar un auténtico proceso de socialización. A través de él adquieren el lenguaje propio del nuevo medio en el que se van a desenvolver -en particular la jerga tecnomédica-, conocen y captan las normas explícitas e implícitas que rigen su funcionamiento, e intentan adaptar su comportamiento a la definición de las situaciones en las que se encuentran y a lo que perciben como el papel que en ellas les es asignado.

Las relaciones de saber-poder y el contexto médico-mercantil en el que se inscribe la actividad -derivado de la importante presencia del sector privado-, conforman la estructura básica sobre la que se desarrollan las interacciones y condicionan la puesta en práctica de las distintas estrategias adoptadas por las mujeres -mediadas, a su vez, por los recursos personales y sociales de los que disponen-. Su posición en el campo aúna -en diverso grado- la condición de paciente, usuaria y cliente.

10.1. EL “MUNDO” DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Tal y como veíamos en el capítulo anterior, las mujeres que perciben problemas reproductores y acuden a los médicos han vivido el desajuste de su experiencia con lo que la antropóloga Shara Franklin definía como el “relato estándar” del proceso de concepción: tras la relación sexual, “una vez que el esperma entra en la cavidad vaginal, nada hacia el interior del cérvix, sube al útero y a las trompas de falopio donde encuentra al óvulo que ha descendido desde el ovario para este encuentro. Al entrar en contacto, se unen y tiene lugar la concepción. El óvulo fecundado se subdivide y desarrolla y se implanta en el útero estableciendo el embarazo” (Franklin, 1992: 75)

Un relato que, si bien se ha construido a la luz del conocimiento divulgado por la ciencia, presenta la concepción como un proceso natural y sencillo en el plano biológico, íntimo y privado en el plano social. Cuando se recibe la asistencia médica, las mujeres y las parejas pasan a habitar un “mundo muy diferente”, una auténtica “subcultura” en la que la narración cambia significativamente. La concepción se convierte en una historia mucho más complicada e incierta. Y en su consecución entran en juego, como agentes de pleno derecho, las personas expertas y la tecnología (Franklin, 1992: 76-77). La secuencia

se hace más larga, el inicio se remonta hasta la producción de los gametos; las distintas etapas pueden verse interrumpidas o dificultadas por problemas de orden mecánico, hormonal, químico y/o genético.

En principio, una de las tareas centrales que debe abordar el personal experto es la de producir información significativa acerca de los obstáculos que están generando la discontinuidad en la secuencia, lo que da lugar a la realización de un amplio repertorio de pruebas: analíticas, ecografías, exploraciones de permeabilidad de las trompas, estado del útero, etc. Este modo de proceder se inscribe en la lógica que establece la identificación de las causas como la base de un diagnóstico -cuanto más preciso mejor- que dará pie a la indicación del tratamiento más adecuado en cada caso.

Pero no es ésta la lógica epistémica a la que responde la configuración de las TRA, ni la que ordena de modo estricto el proceso de prescripción de los distintos tratamientos e intervenciones. Como se explicaba en el capítulo 4, las TRA no actúan sobre las posibles causas de la esterilidad, sino que van directamente a resolver sus efectos. Es decir, a intentar conseguir el embarazo, mediante la intervención, 'mejora' y/o sustitución tecnológicas de las distintas etapas del proceso de concepción.

La "cultura epistémica" (Knorr Cetina, 1999) que rige las prácticas de reproducción asistida presenta al menos tres características centrales -y relacionadas- que van a condicionar de modo notable las experiencias de las personas usuarias:

- La relativa disociación que existe entre el diagnóstico y la indicación de tratamiento.
- La dificultad de establecer los motivos del éxito y, sobre todo, del fracaso de un determinado tratamiento en cada caso concreto.
- La realización de las proyecciones de éxito de los tratamientos sobre la base de estimaciones estadísticas.

Estas características generan una dinámica práctica que tiende a propiciar, resumidamente, los siguientes efectos:

- El desconcierto, por parte de las personas usuarias, ante la constatación de que la información que aportan las pruebas diagnósticas es en determinados casos irrelevante y en muchos de ellos poco significativa, no sólo a la hora de prescribir un tratamiento sino también a la hora de establecer las expectativas de éxito o fracaso.
- La puesta en práctica, por parte de los/as profesionales y centros, de estrategias de actuación -en la prescripción y secuencia de las técnicas a aplicar- que pueden llegar a ser claramente divergentes, sobre todo, entre los centros públicos y los centros privados.
- La dificultad para establecer los criterios y los límites en cuanto al número de intentos a realizar en cada tipo de tratamiento y, en general, para detener la "rueda sin fin" (Harwood, 2007) en la que puede llegar a convertirse el proceso en los casos en los

que se producen reiterados fracasos. Las TRA se configuran, en palabras de Thompson, como procesos de vía única -tecnológica- para el tratamiento de la infertilidad, pero con una estructura de “composición abierta”, sin límites fijos. “Aceptar los fundamentos epistemológicos en los que se basa la medicina de la infertilidad implica la aceptación de ese final abierto”, por lo que las razones para seguir o parar, difícilmente pueden establecerse de modo resolutivo (Thompson 2006: 95).

- La construcción de las representaciones ideológicas sobre la participación en los tratamientos desde el campo semántico de los juegos de azar. Ciencia, azar y providencia se entrelazan, como referentes causales, en la elaboración de las expectativas de éxito y en la búsqueda de explicaciones sobre los resultados -de uno u otro signo- de los tratamientos.

El desarrollo de esta dinámica queda reflejado en las entrevistas realizadas, tal y como se muestra a continuación.

10.1.1. El ambiguo papel del diagnóstico

Mediante la socialización en la cultura de la reproducción asistida las mujeres entrevistadas han ido adaptando su representación inicial del problema que las aqueja y su demanda a los parámetros del discurso médico, que es el que ocupa un lugar privilegiado en el proceso de definición de la situación y el que establece los modos de proceder -más o menos estandarizados- tanto en los centros de titularidad pública como privada.

Durante el proceso y a través de la experiencia propia -lo que les ha ocurrido a ellas- y ajena -lo que les ha pasado a otras-, han ido obteniendo e integrando información acerca de los tratamientos y acerca de la lógica que rige la dinámica de aplicación de los mismos. Han ido conociendo:

- Las distintas opciones de tratamiento de los problemas de infertilidad. Esta información aparece ordenada a lo largo de una secuencia que va de lo más simple a lo más complejo; de las técnicas menos invasivas, a las que requieren mayor intervención y de la utilización de gametos propios a los procedentes de donación.
- El grado de efectividad de cada procedimiento y sus indicaciones en términos generales. En este punto la información es relativamente imprecisa y puede llegar a generar cierta desorientación.
- La lógica y los criterios que presiden la prescripción concreta en cada caso. Aquí la ambigüedad es todavía mayor y son frecuentes los casos en los que se percibe la existencia de contradicciones entre lo que se representan como una disociación entre la teoría y la práctica. Entre lo que esperan que ocurra y lo que sucede en realidad.

Uno de los factores que genera desorientación entre las mujeres es, como se apuntaba hace un momento, la experiencia que viven durante el proceso de diagnóstico. La mayoría de las mujeres entrevistadas -y sus parejas- han sido sometidas a la realización de distintas pruebas que asumen y entienden como la etapa inicial de un protocolo ordenado de intervención.

En los momentos iniciales la mayoría de las mujeres comparte una representación de la lógica de funcionamiento de la práctica médica general que forma parte del acervo de 'sentido común', socialmente generalizado. Desde este modelo se entiende que el proceso discurre esquemáticamente del modo siguiente: comienza con la aparición de síntomas indicativos de que existe algún problema de salud que motiva la consulta médica; de ella se deriva la realización de una serie de pruebas encaminadas a la detección de los posibles trastornos y de las causas previsibles, para avalar la emisión de un diagnóstico a partir del cual se prescribirá el tratamiento más adecuado.

En el campo de la reproducción asistida la práctica real se aleja bastante de este modelo. En la mayoría de los casos el único síntoma -que motiva la consulta médica y que desencadena la prescripción de las técnicas- es la no consecución del embarazo buscado y, en menor medida, la experiencia de abortos reiterados. Y las TRA no están pensadas para atajar las posibles causas, sino para superar los síntomas, es decir, para producir el embarazo e intentar que éste llegue a término.

De este modo, las pruebas diagnósticas se inscriben en una lógica distinta a la anteriormente descrita. La información que aportan no siempre es significativa y casi nunca es resolutoria en cuanto a la posibilidad de prescribir de modo unívoco el tratamiento más indicado. Por lo menos no lo es de un modo que las mujeres puedan entender con claridad, ya que no se ajusta a sus expectativas iniciales. De las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas se desprenden las siguientes observaciones:

- En algunos casos, el resultado de las pruebas realizadas a varones y mujeres puede indicar la técnica aconsejable para iniciar el tratamiento, o mejor, de qué técnica se debe prescindir. Para que esta indicación sea clara, el resultado debe ser concluyente. Por ejemplo, la detección de una obstrucción tubárica bilateral completa conlleva la prescripción de la FIV -sin intentar la inseminación artificial-; el diagnóstico de una azoospermia severa conduce a la ICSI y la falta de respuesta ovárica aconseja la ovodonación. Pero, en la mayoría de los casos, el resultado de las pruebas no es tan contundente. Además, aunque lo fuera, marcaría tan sólo el punto de inicio, no la secuencia posterior tras el fracaso de la técnica.

Entonces me tenía que ir a la in vitro, y de hecho en el hospital, directamente cuando vieron los análisis que le hicieron ellos a mi marido, cuando vieron las cantidades que tenía, dice: esto es directo a in vitro (E41)

Volvemos a ir a la consulta del médico y entonces sí que ya nos dijo que nos planteáramos la próxima vez, de un donante, porque era una lástima, porque yo hago muchos óvulos, claro, pero como él tiene tan poquitos espermias (E41)

– En la mayoría de las ocasiones en las que se detecta alguna patología o deficiencia, se trata de problemas que, sin ser un obstáculo absoluto para la consecución del embarazo, pueden dificultarlo. En ocasiones, si es posible, se incide sobre ellos. Por ejemplo, si se detectan quistes ováricos se tratan u operan, si hay una infección se intenta controlarla, etc. Pero, aún en estas ocasiones -en las que se podría afirmar que se está incidiendo sobre las causas-, las actuaciones no llevan a prescindir de las TRA aconsejando el intento de un embarazo espontáneo, sino que se contemplan como una ayuda para que éste pueda ser más efectivo. Las mujeres que acuden a la consulta médica con la expectativa de que se pueda identificar su problema y resolverlo sin llegar a entrar en las TRA, van a verla rápidamente frustrada.

Entonces vino el doctor y me dijo: mira, tienes una trompa que no funciona, la izquierda, parcialmente; dice: y entonces, claro con esa trompa va a ser prácticamente imposible que te quedes embarazada, pero por la otra sí que podrías quedar embarazada. Pero bueno, ya es una dificultad y ya es de reproducción asistida [...] yo quería que me dijeran el problema ¿no? pero nunca pensé, cuando me estaban haciendo las pruebas, que yo iba a ir a parar a reproducción asistida...yo pensaba: pues si tengo algo, ya que me lo solucionen, como si eso fuera llegar y ¡ale!, sí, mira, pumba (E11)

– El resultado de las pruebas diagnósticas mantiene, asimismo, una relación relativamente incierta con las probabilidades de éxito de los tratamientos. De este modo, las mujeres que asociaban la levedad de la alteración detectada con un aumento de sus posibilidades de lograr el embarazo mediante la aplicación de la técnica pertinente, reaccionan con perplejidad ante el fracaso experimentado.

El problema era muy sencillo, de hecho yo creí que esto iba a ser pues coser y cantar porque me decía, bueno, me dice el ginecólogo que el flujo es muy fuerte y que mata ¿no? que mata a los...espermatozoides. Entonces, pues, simplemente es eso. Entonces yo estaba feliz cuando vi que solamente era este problema. Yo decía: bueno, me quedaré embarazada enseguida porque ¡claro! te inseminan y es...no sé. Primero que el esperma que...que te preparan es el mejor y...te buscan el momento más fértil y no sé qué, aunque yo estaba feliz al principio porque yo creí que aquello era coser y cantar... El resultado en realidad fue muy distinto porque de seis veces, o sea, lo he intentado seis veces y no ha sido positivo en ningún caso (E 7)

– La relativa disociación entre el diagnóstico, la indicación de tratamiento y las posibilidades de éxito se manifiesta de un modo particularmente intenso en los casos en los que no se llega a identificar ningún problema concreto. Se trata de la denominada “infertilidad de origen desconocido” o “esterilidad idiopática”.

Vaig anar a l'hospital, i me ho va fer una xica molt bé, ni me van fer mal ni res i estava tot correcte, i de les analítiques...de tot lo que te fan, i a d'ell, després van fer unes proves a d'ell, i vamos, ho teníem tot bé, eh?, entonces no hi havia cap problema, quan ho tens tot bé, entonces és una infertilidad desconocida, pa d'ells, claro (E35)

Las mujeres que se han encontrado en esta situación han vivido con especial intensidad la ambivalencia y la incertidumbre que genera la lógica que rige la aplicación de las TRA. Tras una reacción inicial que puede ser positiva -el alivio de saber “todo está bien”- emerge una fuerte inquietud. En cierto modo porque -a su modo de ver- el diagnóstico queda desmentido por la evidencia; no todo está bien cuando no se logra el embarazo. La medicalización de las dificultades reproductoras -a la que se ha aludido extensamente en este trabajo- localiza en la dimensión orgánica tanto los problemas como las vías de resolución. Por este motivo, la información de que no detecta nada en este plano deja, por así decirlo, a las mujeres fuera del campo. Explicaría -como también señala Tubert (1991)- que algunas mujeres lleguen a expresar que preferirían que se les hubiera identificado alguna deficiencia o patología, ya que si se hubiera producido tendrían al menos una explicación objetiva, que, además, daría mayor sentido a la intervención tecnomédica. En la medida en que prevalece la representación de que la medicina puede tratar con efectividad aquello que puede identificar, conocer el problema parece facilitar las cosas.

Si hi ha un problema el soluciones i ja està, és més fàcil. Entonces jo pensava que és més difícil si no se sap el problema, perquè clar si saben d'on és t'ho solucionen, si poden, i llavors ja vas més a lo segur, mira, s'ha solucionat el problema. Però clar, dir que no ho saben...(E38)

La ausencia de diagnóstico tras las pruebas pone a las mujeres en una situación de cierto desamparo. Si el tratamiento da resultado en los primeros intentos, tan sólo queda la duda de si lo hubieran conseguido sin ellos. Pero cuando se suceden los fracasos, surge la imperiosa necesidad de intentar buscar una repuesta a lo que les ocurre. En esta tesitura, las opciones pasan por intentar permanecer en el plano tecnomédico o por tener que utilizar otros referentes para explicar la ausencia de embarazo y su posible solución.

La principal respuesta de quienes buscan la razón de los reiterados fracasos de las técnicas es intentar permanecer en el plano médico. Consiste en afirmar que, efectivamente, existe un problema orgánico que, o bien es imposible de localizar con las técnicas diagnósticas disponibles, o bien es ocultado por los profesionales. En estos casos, la sensación es de confusión, de malestar, y puede llegar a suscitar actitudes de suspicacia hacia la técnica y hacia sus administradores.

A partir de lo de Barcelona ya dijo que no se gastaba una perra...dijo que, que no podía ser que fuéramos tan normales y estuviéramos tantos años...que probable-

mente nosotros fuéramos algo que ellos no habían descubierto, con lo cual...porque no podía ser, o sea él dice: si con la inseminación es suficiente con un tratamiento adecuado y tal, lo normal es que hubiera sido que sí, si ya con la fecundación se...él creía y yo ya me convencí de que era verdad, de que había alguna cosa que ellos no habían descubierto y que no, y que no, no éramos tan normales, que no era normal que siendo tan normales tuviéramos vamos...(E6)

Al menos que hubieran dicho: mira hay este problema. Yo no sé si es que no lo veían o es que querían sacar dinero, la verdad es que no lo sé, o es que no tenía nada, pero algo hay, porque cuando no te quedas en estado es que...algún problema tienes, me parece a mí, pero tampoco te lo decían. Y es que, ya te digo, querían sacar dinero (E19)

El hecho de aceptar que no hay ningún motivo orgánico que explique el problema implica que las razones deben ser de otro orden. Emergen inmediatamente los factores de tipo psicológico: el estrés, la obsesión, etc. La mayor parte de las mujeres se resiste a asumir esta atribución. Algunas reconocen que es posible que la tensión no ayude en absoluto a la consecución del embarazo, pero esto es algo muy distinto a concederle el papel de causa principal.

Mi mejor amiga pasó primero el tratamiento farmacológico, después se hizo no sé cuántas inseminaciones y in vitros, no sé, pues cuatro o cinco veces perfectamente. Y todo el mundo le decía que es que estaba muy agobiada, muy obsesionada, que por eso no se quedaba embarazada, porque estaba obsesionada. Y yo te aseguro que ella estaba igual de obsesionada el día que se enteró de que estaba embarazada como antes. Para mí no tiene nada que ver (E27)

Otra de las repuestas articuladas por las mujeres entrevistadas a las que se ha diagnosticado 'esterilidad de origen desconocido' y que han experimentado el fracaso de varios tratamientos consiste en abandonar las TRA y buscar la ayuda de terapias alternativas. La posibilidad de adoptar esta decisión requiere la capacidad y los recursos para hacer una lectura crítica de la situación, reconociendo los límites de la tecnomedicina dominante. Una de las claves para construir esta respuesta reside en el reconocimiento de la quiebra que, en su caso, se ha producido entre diagnóstico y tratamiento. La imagen de efectividad se erige precisamente sobre esta articulación, y cuando falla, se derrumba, dejando el resultado en manos del azar. Si las causas del problema escapan al diagnóstico que es capaz de efectuar la medicina convencional, hay que intentar otras vías²²¹.

Un centre tant..reconegut, que te diguen...que no saben molt bé perquè ha segut açò, perquè ha passat açò, que siga...'infertilidad desconocida' [...] en el moment que te detecten que..que tens eixe problema, supose que, també vas a passar-ho

²²¹ En el caso de la mujer a la que corresponde la cita siguiente, la actuación consistió en abandonar las TRA y acudir a un médico naturópata y a un especialista en geopatías. El resultado -que ella misma vacila en atribuir rotundamente a estas intervenciones- fue el embarazo al poco tiempo y el nacimiento de su hija.

mal però, saps que... Una amiga de les que se va quedar, sí que tenia un problema...li van fer...el tractament que tocava i se va quedar.. antes que jo, claro i jo anava un poc desesperà, de dir: ací, és com jugar a la loteria! [...] a lo millor si m'hagueren dit: és que tens això, pos segurament haguera continuat, però es que no...no teníem res, i és molt..molt...és molt dur dir: no tens res i..i ves, continua comprant...[paperetes de loteria] (E35)

Aunque las mujeres cuyo caso se identifica como esterilidad idiopática confieren a este hecho una influencia específica en el modo de vivir las experiencias de fracaso en los tratamientos, en realidad su posición no difiere demasiado de la del resto de las mujeres - a las que sí que se ha detectado algún tipo de problema- que tampoco consiguen el éxito en los primeros intentos. En la práctica, una vez iniciado el proceso, el paso de una técnica a otra vendrá indicado, sobre todo, por el fracaso de la técnica anterior.

Yo creo que las decisiones...ellos tienen un ritmo de trabajo y, además, lo sigo viendo ahora. O sea, todo el mundo empieza por unas inseminaciones. Cuando las inseminaciones no van, pues es una fecundación. Y cuando la fecundación no va, pues se recurre a donación de esperma, donación de óvulos, donación de, vamos, a... según el problema que tenga cada pareja, no sé cómo explicártelo. Entonces, ellos, según tu problema, según...los conocimientos que en aquel momento había, te dirigían hacia lo que ellos, en aquel momento, hacían. Ahora se hacen muchas cosas que se hacían entonces, pero yo te hablo de lo que en aquel momento se hacía, que, bueno, que era eso, y que ellos te dicen: pues hay que, hay que... (E6)

En la medida en que en pocos casos se va a producir información sobre los motivos concretos del fracaso de un tratamiento, la decisión de hacer un nuevo intento con el mismo procedimiento o la de pasar a utilizar una técnica distinta vendrá determinada por el protocolo que arbitre el centro y por el grado de flexibilidad con el que éste se aplique. Por lo general, los tratamientos aparecen secuenciados a lo largo de un eje que va de las técnicas más simples y menos invasivas a las más complejas técnicamente y que requieren mayor intervención. Esta secuencia se combina con la utilización de gametos propios o procedentes de donación, dando lugar a un abanico de posibilidades. Las directrices que marcan estos protocolos, en cuanto al número de ciclos a realizar por cada procedimiento, se establecen a partir de criterios de base estadística. En principio, son las tasas de éxito promedio en cada técnica por ciclo y la estimación de tasas acumuladas -por número de intentos con cada técnica- las que los orientan.

A pesar de establecerse a partir de los mismos criterios técnicos, las pautas de actuación y el grado de rigidez con el que se aplican las directrices difieren notablemente entre los centros públicos y los centros privados. Así, mientras que en los primeros los protocolos son estrictos y no dan margen a la negociación a partir de la voluntad de los/as pacientes, en los segundos se hace un uso mucho más flexible de ellos, pudiendo ser alterados -en su aplicación- tanto por el consejo del personal experto como -en menor medida- por la demanda de las personas usuarias.

10.1.2. Recorriendo el laberinto. El itinerario público y los atajos privados

El lenguaje utilizado por las mujeres entrevistadas para narrar sus experiencias en los tratamientos de reproducción asistida está poblado de metáforas. Sus representaciones sobre el camino que transitan se construyen a partir de imágenes: “rueda”, “túnel” o “laberinto”, que condensan el mismo significado: el encierro en un circuito potencialmente intrincado del que puede llegar a ser difícil salir.

Las distintas técnicas y opciones de tratamiento se representan como una serie de “puertas” distribuidas secuencialmente a lo largo del camino. El acceso a cada una de ellas está condicionado por diversos factores y comporta costes, riesgos, ritmos y expectativas distintos.

Se trata de un circuito con dos salidas posibles: el éxito -materializado en el embarazo y el nacimiento de la criatura- o la renuncia, y ambas pueden aparecer camufladas, desvelándose como un espejismo cuando creen estar a punto de traspasarlas.

En la medida en que las TRA se han convertido en un recurso socialmente normalizado y con un uso creciente, son cada vez más las mujeres que toman como referencia para construir su representación inicial las experiencias previas de mujeres conocidas. Esta información suele incluir casos en los que el recorrido ha sido corto y fructífero, y casos en los que las dificultades han sido notables y han implicado reiterados intentos y tratamientos diversos con finales dispares. Ello conduce a que la expectativa que mantienen al iniciar los tratamientos sea, por lo general, la de que puede llegar a ser un proceso relativamente largo y difícil. Una expectativa que no hace sino reforzarse con la información de las tasas de éxito de las distintas técnicas que las mujeres han conocido por la información mediática difundida y/o por la que reciben directamente de los/as profesionales del centro en el que inician el proceso.

La imagen de que la ciencia avanza de modo permanente, propiciando la mejora progresiva de los resultados, es común y compartida, pero tan sólo excepcionalmente conduce a pensar que el éxito está garantizado. De hecho, en las entrevistas realizadas ninguna de las mujeres partía de esta última percepción, aunque aludían al caso de algunas mujeres conocidas.

En aquel momento había un par de amigas que habían hecho el proceso. Pues entonces, yo lo comentaba. Ahora sí que recuerdo a una que le comentaba lo de La Fe, que había un treinta y cinco por ciento de éxito y ella me decía: ¿sólo? Aquella se enteró cuando se lo dije. Ella pensaba que habría un cien por cien, porque si te lo hacen todo [...] cuando les enviaron a, como había lista de espera se fueron a la privada. Y en la privada fue como en mi caso que, hizo un in-vitro y se quedó embarazada de los dos que le implantaron [...] en el caso de ella le extrajeron cuatro óvulos pero sólo hicieron dos embriones y fueron los dos que le implantaron. Y ella pensaba que era un cien por cien... Claro, en su experiencia no vio que hubiera fracaso. Le

habían extraído cuatro, pero le hicieron dos y le implantaron dos y llevó los dos adelante (E31)

Por este motivo, las mujeres que consiguen el embarazo en los primeros intentos, éste llega a término y consiguen tener un/a hijo/a, suelen expresarlo en términos de que “han tenido mucha suerte”. Han franqueado la puerta correcta, la que, tras un recorrido corto, las lleva a la salida deseada. Han sido afortunadas, escapando del laberinto en el que permanecen muchas mujeres.

No le he visto yo problema, vamos, en mi caso. Yo sé de otra gente que sí ha tenido problemas y no, y no se ha quedado embarazada, con lo cual eso le ha generado, pues eso, depresiones y...pero yo he tenido mucha suerte (E26)

Pienso que hemos tenido mucha suerte, que en el primer tratamiento me quedé embarazada y de dos, porque nosotros sí que teníamos claro que hijo único no sería y yo ya me veía haciéndome no sé cuantos tratamientos hasta que me quedara embarazada y eso si que me angustiaba. Era más el hecho del tratamiento, que si no me quedaba, de cuántos tratamientos tenía que pasar para quedarme como mínimo de uno para tener un hijo natural y después ya le convencería [de la adopción] (E27)

El abanico de opciones que ofrecen las TRA es conocido de antemano por las mujeres que acuden a los centros. Las opciones aparecen ordenadas de menos a más según varios criterios: el grado de complejidad técnica, la agresividad que implica para el organismo femenino, la probabilidad de éxito y el coste económico que representa. Hablando propiamente de Técnicas de Reproducción Asistida²²², la secuencia que, por lo general, establecen las mujeres es: la Inseminación Artificial Conyugal²²³, la FIV “normal”, el ICSI, y colocan en último lugar la utilización de gametos procedentes de donación²²⁴. Las variantes de cada una de ellas, como, por ejemplo, si hay o no estimulación de la ovulación y con qué medicación, el Hatching Asistido, la combinación FIV-ICSI, etc, son opciones que tan sólo algunas de las mujeres llegan a conocer una vez introducidas en distintos tratamientos, y contribuyen a perfilar lo que Thompson (2006) denomina “proceso de composición y final abiertos”, es decir, que actúan como variaciones que alientan la espe-

²²² Hay mujeres que han experimentado o conocido opciones previas, como la inducción de la ovulación, el coito programado, etc.

²²³ Éste es el nombre estándar utilizado por los centros. Obviamente en el caso de las mujeres que intentan la maternidad en solitario y las que lo hacen en pareja homosexual comienzan el listado en la Inseminación Artificial de Donante.

²²⁴ Aún en los casos en los que se ha diagnosticado factor masculino severo, las técnicas disponibles permiten el intento de la IAC, ya que el ICSI puede realizarse incluso a través de espermatozoides y espermátides obtenidas, por ejemplo, por biopsia testicular. Por lo general y aunque la utilización de gametos de la pareja implica que mujeres que podrían tener una probabilidad ‘normal’ de alcanzar el éxito con la utilización de la IAD (Inseminación Artificial de Donante), decidan usar el ICSI par lograr que la criatura esté vinculada genéticamente con su pareja. Esta decisión está relacionada con el análisis expuesto en el epígrafe 9.2. La utilización de óvulos de donante también presenta resistencias por parte de las mujeres -aunque menores que en el caso anterior- y se suele plantear como ‘la última opción’, por lo menos entre las mujeres entrevistadas (de hecho tan sólo una reconoce haber recurrido a ella).

ranza de que, tras fracasos reiterados, un nuevo intento genere mayores expectativas de éxito -ya que se hace algo distinto-.

La combinación de los criterios enunciados da lugar a un panorama complejo, en el que entra en juego otro factor determinante, el tiempo, que junto con sus energías, ilusiones y -en muchos casos- dinero, van invirtiendo en su recorrido por las TRA.

Inicialmente, el hecho de disponer de un abanico de opciones puede generar optimismo. Existen muchos procedimientos a su alcance y si uno falla, parece que siempre existe otra opción para intentarlo de nuevo. Precisamente por ello, no resulta sorprendente que algunas mujeres a las que, tras las pruebas diagnósticas, se les aconseja iniciar el tratamiento directamente con la FIV o el ICSI, expresen sentimientos encontrados y lo vivan como un “choque” emocional. Por un lado, porque el número de recursos se reduce. Deben comenzar por lo que ellas sitúan en una etapa posterior y las bazas que pueden jugar, quedan limitadas.

El choque fue después de la primera prueba que los resultados fueron negativos que me dijo que directamente in-vitro, que él personalmente no nos aconsejaba inseminación. Claro porque si te dicen in vitro piensas, bueno si te dicen inseminación, pues piensas primero comencemos por esto y si no, te queda otra opción, pero claro directamente in-vitro y si no te quedas in vitro ya no hay posibilidades de que te quedas embarazada... Sí, era la última baza. Me quedé un poco...bueno nos quedamos los dos como diciendo...es apurar. Y en ese momento: ¡madre dónde nos hemos metido, por donde nos tocará pasar, por donde nos tocará pasar! (E27)

Por otro lado, porque la FIV resulta un procedimiento más costoso e invasivo. Implica la administración de mayores dosis de hormonas (que la IA), requiere la extracción de óvulos, etc.; y supone una mayor intervención tecnológica, alejándose más del proceso natural.

Me dijeron directamente que con esos indicadores sí que me habrían de hacer algún tipo de tratamiento, que no podrían conseguir el embarazo natural. Y que debía de hacer directamente una in vitro, que el choque fue ese: directamente una in vitro... Claro, yo sí que recordaba que la inseminación...porque tenía dos amigas que habían hecho una, una inseminación y otra una in vitro. Por lo que sabía que la inseminación era menos complicada, que la lista de espera era más corta. Pero que ya había que pasar por ese proceso. Hicimos otro análisis y el resultado fue todavía peor, ya sólo de él. Y ahí nos enviaron directamente a la in vitro. Y ahí sí que fue un choque, porque durante un tiempo tienes la esperanza de que si se ha de hacer una intervención que sea mínima. Y una in vitro es un proceso muy malo. Por una parte de lista de espera y por otra de artificial total, de que te sacan a ti un óvulo. Ahora lo pensamos y nos da un poco de risa, pero, es un poco, ahí, la tecnología al máximo. No sé... (E31)

Cuando el diagnóstico no comporta la indicación directa de la FIV, el periplo se inicia en la mayoría de los casos por la Inseminación Artificial. Tal y como se comentaba un

poco más arriba, cuando se obtiene el resultado deseado en los primeros intentos, el sentimiento es de satisfacción. Emerge la sensación de que han podido “ahorrar” gran parte del acopio de energías y recursos del los que se habían pertrechado al iniciar su andadura.

- El metge mos va dir, bueno mos va explicar el procés, si no anava aquest tenia que ser un altre. Ell va ser el que mos va explicar els tractaments que hi havia i hasta on se podia arribar
- La teua actitud, quina era?
- Arribar hasta el final, me donava igual el que fòra
- I arribar al final era...
- Pues in vitro, en cas que només fora això, descartant que no n'hi haguera algo més, però com en principi no hi havia res més per ningú dels dos, pues si n'hi havia que fer in-vitro, pues haguem arribat a l'in-vitro. Pero vaig tindre molta sort, que ahí no vaig tindre que arribar mai. Em vaig quedar a la tercera inseminació, vull dir, m'enrecorde, a la última, jo que vaig dir: si este mes no me quede me fas una in vitro. Claro, ells te miren i te diuen: bé (E39)

Pero la edad de la mujer puede favorecer, con mayor frecuencia en los centros privados que en los públicos, la formulación de la sugerencia de que prescindan de ella - independientemente del diagnóstico- con el objetivo de ganar tiempo.

No me van dir de fer inseminacions, directament a in-vitro, per la meua edat (E29)

En la recomendación subyace la consideración del factor que alude a la mayor efectividad de esta técnica, que ofrece, en términos estadísticos, una probabilidad de éxito más elevada. Este dato no suele ser tenido en cuenta por las mujeres en los momentos iniciales. Cuando los centros les informan de las estadísticas suelen destacar, sobre todo, las cifras globales, más ajustadas a la FIV y al ICSI, que a la Inseminación; pero va cobrando relevancia a medida que el tiempo transcurre y los intentos fracasados se suceden. La percepción de que están perdiendo el tiempo, unida al desgaste que suponen los tratamientos, genera una sensación de estar, en cierto modo, atrapadas en un proceso incierto, que escapa a su control, en el que es difícil definir y, más aún, hacer valer su voluntad. La imagen que suelen evocar es la de estar “metidas en una rueda” que te lleva o te arrastra, de la que es enormemente difícil apear, puesto que no se detiene.

El consumo estéril de la opción que representa la Inseminación Artificial comporta una reordenación de los criterios que estructuran la secuencia de tratamientos. Si inicialmente se consideraba razonable ir de lo simple a lo complejo, de lo menos agresivo a lo que comporta mayor intervención y coste, llegado este momento, el factor tiempo y el criterio de eficacia pasan a tomar el relevo, situándose en primer lugar.

A partir de este proceso, se construye una representación disociada entre las condiciones de la oferta pública y las de la oferta privada.

Mientras que la sanidad pública marca un itinerario que, salvo contadas excepciones justificadas, debe cumplirse a rajatabla, la privada ofrece la posibilidad de, por lo menos, negociar el uso de ‘atajos’. Otro de los problemas que plantean los tratamientos en la sanidad pública son las largas listas de espera que existen. De este modo, la batalla contra el tiempo se libra en peores condiciones. El proceso discurre a un ritmo lento y con unas condiciones y unos límites estrictamente regidos por el protocolo establecido.

La oferta privada se caracteriza por ser más rápida y más flexible. Menor número de pruebas diagnósticas por las que pasar obligatoriamente, sin listas de espera -comparables-, sin límites al número de intentos en cada técnica -que puede ser aconsejado pero no impuesto-, y con la posibilidad de renunciar a alguna de las técnicas percibidas como menos eficaces. Las expresiones utilizadas para referirse a la FIV o al ICSI son “ir más a lo seguro” o, de modo más contundente, “ir al grano”.

La seguretat social és molt lenta, la seguretat social es molt, molt, però molt lenta. I hasta que t'agarren, te fan mil proves. I la seguretat social es que me pareix que es un tractament cada tres mesos o no m'enrecorde, pero que bueno que aixina com quan has pagat els tractaments son seguits, seguits, seguits [...] és que, jo vull una cosa ràpida...la seguretat social a part de que és molt lenta, te talla. Només tres in-seminacions...me pareix que hasta els 39 anys, i despues ja no te fan res. Pa fer-te una in-vitro en la seguretat social, vamos, te pots tirar anys i anys i anys, què no arriben mai. I no, entonces vam decidir anar a lo segur, coste lo que coste (E39)

En casi todas las entrevistas realizadas, las mujeres abordan el tema con profusión y, con pequeños matices, evocan una representación compartida, cuya interpretación es la que se ha descrito. Son, por lo tanto, numerosísimas las citas que se podrían incluir para ilustrarla. Con el fin de no sobrecargar el texto, se ha elegido la que se presenta a continuación. En ella se evoca con claridad la percepción de la Inseminación Artificial como una pérdida de tiempo, obligada en la sanidad pública por el protocolo. Se erige como un obstáculo que has de superar -“eliminar”- para avanzar hacia el uso de técnicas más eficaces, que culminan en el ICSI. Algo a lo que se accede ‘inmediatamente’ en los centros privados. Se refleja asimismo el modo en el que se produce la reordenación de criterios mencionada hace un momento, es decir, aunque es más racional sufrir menos con la utilización de técnicas menos agresivas, la dilapidación del tiempo que implican y el coste emocional que suponen la espera y la experiencia de fracaso hacen que prevalezca el criterio de eficacia en sus preferencias.

En el privat vas directe al grà, es dir a l'ICSI directament²²⁵. I no passes, per supost que no perds el temps en inseminacions artificials. Llavors aci [en la pública] primer

²²⁵ Tal y como se describe en el capítulo 6, en España una de las características de la evolución de los tratamientos es la creciente importancia numérica que ha adquirido el uso del ICSI. Todo parece indicar que su aplicación y prescripción en los centros privados excede ampliamente la indicación diagnóstica estricta. Se

has d'eliminar el procés de la inseminació artificial. Es fa més pesat, en eixe sentit, que, pues primer en la inseminació. Quan ja n'has fet tres, d'inseminacions sense que t'agarre ja entres en el programa del in vitro, i quan ja vas d'in vitro, si ell no té problema aparent en el semen no et fan l'ICSI tampoc. L'ICSI el reserven un poc per a quan ell té problema, així que a mi em feren la in vitro, bé vaig passar per les inseminacions previes, sí, i no em vaig quedar [...] El que passa és que psicològicament sí que, no? la sensació, és a dir, si tu racionalitzes, pues val, millor si no em fan patir tant i, si tal, pues estupend. Però per altra part dius: és que t'has d'esperar tant, a un moment determinat de la regla per que comences en la medicació, per això, per allò, després espera't a veure si t'has quedat...i quan ja et diuen que no, has de perdre un altre mes, bé, en qualsevol dels processos, per a deixar descansar l'òvul, esperar que et torne a baixar la regla...llavors, clar, arriba un moment que dius: collins, val la pena que vagen al que és segur, que t'ho fiquen i s'acabat. Sí, es va fer llarg per això, si hagueren anat directe al lloc, pues molt millor (E38)

Esta reordenación de criterios se produce con mayor facilidad “a posteriori”, es decir, cuando las experiencias de fracaso han sido reiteradas. Adopta la forma de una especie de ‘balance’ del proceso y cobra mayor verosimilitud cuando a través de la FIV o el ICSI se consigue el resultado esperado. Tal y como se comentaba hace un momento, en las etapas iniciales, la confianza en las instancias médicas lleva a pensar que si recomiendan la IA es porque puede ser efectiva.

La sensació quan comença en la inseminació no és eixa. Però sí quan acabes, perquè has vist que no calia haver perdut tant de temps... Sí, eixa sensació la vaig tindre després, més a posteriori. Sí, te n'adones que no calia haver perdut tant el temps [...] al principi no, perquè et dius que et pots quedar, pues val (E38)

No obstante, el contacto con otras mujeres embarcadas en el proceso de tratamiento puede inducir a la adopción temprana de esta representación. Este contacto se produce de modo intenso e inevitable en los centros públicos, donde mujeres que se encuentran en diferentes fases coinciden en las salas de espera. Entre ellas se crea un ambiente de complicidad en el que las ‘veteranas’ inician a las ‘novatas’ en la ‘cultura’ de la reproducción asistida. Una cultura que integra un saber compartido, construido por las mujeres en tanto que se identifican como grupo sujeto a una dinámica que se les escapa de las manos. En ella se van estableciendo ‘lugares comunes’ que integran las representaciones, tanto de los circuitos -público y privado-, como de los cambios que las mujeres experimentan en sus estados de ánimo y en sus expectativas, a medida que discurren por el proceso. En este sentido, se transmite no sólo información sino también referentes y modelos sobre sentimientos, reacciones y actitudes.

ratificaría de este modo la afirmación -intuida por esta mujer- de que la búsqueda del éxito prevalece sobre el resto de criterios.

La primera vez que vas, eso lo cuentan todas las mujeres: ¡ah, es la primera inseminación! Por eso tienes esa cara tan buena, claro, es que la primera vez vas con ilusión. Eso decían las mujeres que estaban allí. Todas estaban de acuerdo. Claro, cuando vas la primera vez, vas con la sensación de: ¡esto puede funcionar, venga!... Y claro las mujeres te dicen: uy, claro...pero nunca funciona a la primera... Bueno una vez dicen que a una le funcionó. Entonces empiezas así como diciendo: ay, no va a funcionar. Entonces no funciona. Entonces la siguiente vas un poco más, un poco más como profesional, como diciendo: ¡jala, otra vez aquí! Y cuando llegas a la tercera es algo así como: esto no va a funcionar. Piensas, si no ha funcionado otras veces por qué va a funcionar la tercera... Que por supuesto puede funcionar, igualmente no tiene ninguna lógica. Y cuando yo veía a las mujeres, casi por como hablaban sabías cuantas llevaban. Porque las que estaban así como calladitas, con cara normalita decías: ninguna vez, ésta es la primera. Y las otras hablaban más, te preguntaban, te decían.... A veces coincidías con las mismas. Claro, era fácil, estaban más o menos en los mismos ciclos, entonces coincidías con las mismas mujeres. Y entonces decías, ¡uy, esto, ya, mal! Y la que iba con el último, ya iba acojonadísima: ahora tendré que ir a La Fe²²⁶. Bueno, a lo mejor es mejor, porque esto es una mierda (E28)

La cita precedente ilustra el proceso de adquisición del ‘código’, que se integra en la conformación de la experiencia propia y que permite leer e interpretar la experiencia de las otras. En la parte final se expresa con claridad el proceso de reordenación de criterios antes aludido. El miedo que genera el paso a una técnica que se percibe como más agresiva cede su lugar a la efectividad, a dejar de perder tiempo y energías.

La representación de la disparidad entre el funcionamiento de la sanidad pública y la privada está bastante elaborada en esta ‘cultura’ que se transmite y actualiza en las interacciones que establecen las mujeres durante sus encuentros. Se toma como ‘algo sabido’ la mayor eficacia de la FIV y la idea de que en los centros privados se puede acceder directamente a ella. Del mismo modo, se constata que el paso por los ciclos de inseminación están prescritos por el protocolo de los centros públicos -salvo diagnóstico preciso que los desaconseje tajantemente-. Los bajos índices de éxito que se asocian a la IA llevan a plantear preguntas acerca de los motivos por los que esto es así. Y las respuestas acaban localizándose en argumentos de tipo burocrático, en criterios de gestión cuya efectividad es, cuanto menos, incierta.

La indicación de la IA se percibe en términos de estrategia, utilizada para intentar la gestión de una demanda elevadísima e imposible de absorber con los recursos de los que dispone la sanidad pública. Se trataría de entretener, de tener ocupadas a las mujeres, con el fin de aligerar o disimular las listas de espera que existen en la FIV. Está basada en la suposición de que durante este periodo de “distracción” algunas lograrán el embarazo -ya que no se atribuye una efectividad nula sino escasa-, otras desistirán y algunas más se quedarán embarazadas espontáneamente. Junto a este objetivo se situaría el de intentar

²²⁶ En este caso “ir a La Fe” significa entrar en el programa de FIV. Se trata de mujeres que realizan la IA en centros públicos que no realizan la FIV y que derivan a La Fe los casos que la requieren.

minimizar costes económicos, dado que los tratamientos de IA son más baratos que los de FIV y éstos que los de ICSI.

Hay mujeres incluso como muy enfadadas, que pensaban que ¿para qué tenían que hacerte inseminación? y ¿por qué no te mandaban directamente a la in vitro? ¿Para qué tenías que hacer eso? Claro, tampoco te explican demasiado bien...o no preguntamos demasiado bien.... Yo soy bastante preguntona, entonces preguntaba, pero tampoco te explican demasiado bien por qué primero se hace una cosa y luego se pasa a la otra, y si realmente tiene utilidad o no tiene utilidad. Porque también rueda un poco por ahí la idea de que cuando vas a la privada vas directamente a in vitro. Que no pasas tanto por las inseminaciones. Sí. Que las inseminaciones se hacen más en la seguridad... Yo no sé si es verdad o no. ¿Vale?, pero es lo que se contaba un poco, que las inseminaciones se hacen un poco, pues para descartarte ¿vale? Pues para tenerte ocupada. Para ver si alguna funciona y no tiene que ir a la in vitro. Porque es más barato... Aunque de barato no tiene nada, porque el tratamiento, no sé si lo has visto, pero es extraordinariamente caro, tienes que ir a inspección, que te lo vise inspección... A mí me parecía alucinante que la Seguridad Social pagara tanta pasta. No es que me parezca mal, todo lo contrario ¿eh? Pero yo pensaba: joer, es carísimo. Carísimo. Un tratamiento entre mil y dos mil euros dependiendo de...eso de la inseminación. In vitro es más todavía, más todavía (E28)

En las representaciones de las mujeres se pone de manifiesto, una vez más, que el hecho de que el tratamiento sea menos invasivo para las mujeres queda relegado a un lugar secundario y cobran protagonismo los criterios de gestión. La argumentación presenta algunas fisuras, como por ejemplo la que se deriva de la observación de que si realmente muchas de las mujeres -la mayoría- acabarán entrando en programas de FIV o ICSI, los recursos invertidos en los tratamientos previos habrán sido ‘malgastados’. Pero estas fisuras no hacen sino mostrar las distintas lógicas que se entrecruzan en la configuración de las TRA a las que se ha aludido reiteradamente en este trabajo.

Ciertamente, el panorama que se conforma es complejo y en sus discontinuidades e incoherencias quedan enredados tanto las personas usuarias, como los/as profesionales que administran las técnicas y los responsables de las políticas sanitarias.

La posición que ocupan las mujeres usuarias en ambos circuitos -público y privado- será, por lo tanto, objetiva y subjetivamente distinta. La gratuidad de los servicios públicos conlleva el refuerzo del rol de paciente que caracteriza la relación con las instancias médicas. La autoridad que se ejerce sobre ellas deriva al tiempo de la relación saber-poder y del poder ‘burocrático’, institucional. La oferta pública se configura de un modo determinado y, si quieren acceder a ella, deben someterse a sus dictados y requisitos.

Ja estàs cansada de l'estrés i tens ganes que vinga el in vitro, perquè penses que és més segur que et quedes. Entonces et veus més contenta i ho afrontes amb més alegria, perquè dius: ja he passat per açò previ que volen i ja m'ho lleve de damunt. I ara vaig en serio, exacte, es com si ho diguerem així (E38)

El protocolo manda e incluye la realización de procesos de dudosa efectividad, como la IA y la utilización -si se dispone de ellos- de embriones crioconservados, procedentes de ciclos de FIV anteriores. Resulta ilustrativo observar la claridad con la que lo describen algunas mujeres, dibujando la presencia de este poder burocrático que obliga a las mujeres, y también a los/as profesionales.

Em feia la sensació que tant a la biòloga com als metges els resultava també un poc fastigós el ficar-te els congelats, sabien ja previament que no agarrarien. Per a mi que ells també es veien un poc obligats a ficar-te'ls. Això ho percevia jo, a mi ells no m'ho digueren. Però no ho sé, em donà eixa impressió. A lo millor estic equivocada. Així que, em ficaren estos congelats i tampoc m'agarraren. Ahi jo ja sabia, ho percebia, i vaig pensar: bueno, és un tràmit que he de passar i tampoc passa res (E38)

En las clínicas privadas, la relación saber-poder queda en cierto modo atenuada por la posición de cliente que se asigna a las personas usuarias. Los protocolos se explican y se aconsejan, pero no se imponen con la misma rotundidad.

En relación con el tema de la importancia que adquiere el criterio de eficacia, por encima de otras consideraciones, resulta interesante la explicación que hace Charis Thompson acerca de cómo la obligatoriedad de hacer públicos los datos de resultados de los centros en los Estados Unidos introdujo cambios significativos en los criterios de admisión de las personas usuarias y también en los procedimientos utilizados para orientar los tratamientos. En un país en el que la oferta es totalmente privada, la competencia entre los centros alienta la consecución de los indicadores de éxito más favorables posible. El hecho de que las tasas se calculen sobre el total de ciclos iniciados y no sobre las mujeres que están en tratamiento favorece la práctica de intentar descartar con antelación a aquellas que tienen menos probabilidades de éxito. Ello condujo a un “renovado interés por el diagnóstico”, no tanto de cara a identificar las posibles causas de la infertilidad como de cara a predecir las posibilidades de lograr un resultado positivo. “Cuanto más diagnóstico se pudiera hacer antes de embarcarse en un ciclo de tratamiento, mejor” (Thompson, 2006: 90).

En España -como se comentó en el capítulo 6- se están dando los primeros pasos para hacer efectiva la publicación de datos fiables, en tanto que sometidos a control auditor. Todavía no pueden conocerse, por tanto, los efectos que puede producir sobre el modo de administrar los servicios. En cualquier caso, el tema merece atención y resulta conveniente apuntar el interés de su seguimiento en el futuro.

El informe de la SEF correspondiente a la actividad en 2008 ha sido hecho público a finales de mayo de 2010. Como se explicó en el citado capítulo, es la primera vez en la que aparecen datos de resultados nominales por centro y también en la que se han realizado controles externos sobre la información suministrada. Aunque no se ha efectuado un análisis exhaustivo del mismo, de su lectura llama la atención el descenso -en relación con años anteriores- del número de centros participantes: 90 en 2008 frente a los 117 de

2007 o los 124 de 2005. Un descenso que está previsiblemente vinculado al hecho de que la publicidad nominal de los datos genera preocupación. También resulta reseñable que la información individualizada que se ofrece es muy escasa. Tan sólo tasas de embarazo por ciclo iniciado y procedimiento, expresado además en términos de intervalo de confianza. La justificación deriva del hecho de que cuanto menor es el número de ciclos realizados por un centro, menor precisión tiene la tasa concreta de embarazos, ya que el fundamento estadístico de los datos que miden la probabilidad reside -entre otras- en la ley de los grandes números. La información se acompaña de una nota al pie de cada tabla personalizada en la que literalmente se advierte que “la comparación de resultados entre centros puede llevar a equívocos dado que las características de los pacientes y los tratamientos son diferentes”. Se ofrece, asimismo, el acceso a un documento en el que se explica “cómo interpretar los datos de un centro”²²⁷.

En este documento se explican los motivos por los que la comparación de resultados entre centros debe realizarse con cautela:

“Las diferencias encontradas entre los centros dependen de múltiples factores: el tipo de pacientes tratadas, su edad, diagnóstico, la duración de su esterilidad, el tipo de tratamiento ofrecido... Por ejemplo:

- Algunas pacientes con mal pronóstico, prefieren hacer FIV incluso teniendo información sobre sus bajas posibilidades de éxito; esto disminuirá la probabilidad de embarazo en la clínica. Otras, sin embargo, prefieren ir directamente a donación de óvulos, lo que aumentará la tasa de embarazos en mujeres de pobre respuesta ovárica o de mayor edad.
- Algunas mujeres con buen pronóstico prefieren realizar FIV en lugar de realizar tratamientos de inseminación artificial, aumentando así la tasa de embarazo de la clínica en FIV.
- Clínicas que tratan un mayor porcentaje de pacientes que han tenido previamente varios tratamientos de FIV sin éxito, tendrán una tasa de embarazo menor. Lo mismo sucederá en clínicas donde tienen un porcentaje mayor de pacientes de mayor complejidad o con menos expectativas de embarazo (baja reserva ovárica, endometriosis, miomas...)”

Las explicaciones ofrecidas son razonables, pero sugieren, dándolo implícitamente por sentado, que todas las mujeres reciben una información precisa sobre su estado, su pronóstico y las posibilidades de éxito con cada modalidad técnica concreta. Esto se aleja bastante de la experiencia relatada por las mujeres entrevistadas; sobre todo de los testimonios obtenidos a finales de la década de los 90, pero también de modo bastante notable de los recogidos en 2009 y 2010. Confieren a las mujeres un poder de decisión que dista de ser real en la práctica, al menos de un modo tan contundente como evoca el documento.

²²⁷ Ambas informaciones pueden localizarse en <http://nuevo.sefertilidad.com/pacientes/datos-centros.php> [última consulta, 18/06/2010].

10.1.3. Estableciendo límites. ¿Por qué seguir, cuándo y cómo parar?

“Esto se sabe cuando comienza, pero no cuando acaba” (E27). La frase, formulada por el médico especialista en TRA que la atendió, es enunciada por una de las mujeres entrevistadas y describe con meridiana claridad el final abierto que caracteriza los procesos de tratamiento. Una característica que deriva de la cultura epistémica basada en estimaciones estadísticas que rige la práctica clínica de las TRA y que tiene como efecto la dificultad para establecer los límites en cuanto al número de intentos a realizar en cada tipo de tratamiento y, sobre todo, para decidir el abandono definitivo de las técnicas tras sucesivos fracasos.

El grado de incertidumbre que se deriva de la imposibilidad de establecer -en la mayoría de los casos- los motivos por los que un ciclo ha fracasado deja a profesionales y pacientes sin argumentos para prever lo que puede ocurrir en el siguiente. Puesto que en el proceso intervienen variables -propiciatorias del éxito o del fracaso- que escapan al conocimiento y/o al control tecnomédico, se produce un vacío epistémico que permite extraer, a partir de la misma premisa, dos conclusiones opuestas. Que un ciclo haya fallado no implica que el siguiente no pueda funcionar. Y lo contrario, si un ciclo ha fracasado, ¿qué razones hay para pensar que en el siguiente no ocurra lo mismo?

Salvo contadas excepciones, la única información orientativa son las estadísticas que se elaboran a partir de los resultados de los tratamientos y, a partir de ellas se estiman las proyecciones de éxito. Pero son estimaciones globales, poco ajustadas a cada caso particular.

Al principio te decían algo sobre la probabilidad, pero claro, no en ti personalmente, sino en los estudios (E32)

Por lo general, las mujeres reciben la información acerca de las probabilidades de éxito de las técnicas cuando inician el proceso y, a la vista de los testimonios recogidos en las entrevistas, las cifras que se manejan -aún en el mismo periodo temporal- son diversas. Vienen siempre referidas a probabilidades de embarazo, que ellas interpretan como probabilidad de éxito, puesto que los datos sobre tasas de parto no se dan a conocer en ningún caso²²⁸. La mayor efectividad se asocia a la FIV y al ICSI y, normalmente, cuando hablan de cifras se refieren a estas técnicas. A la IA se atribuye, sin precisarla numéricamente, una eficacia menor, sobre todo en las entrevistas realizadas durante la segunda etapa. La imagen global que circula al respecto es la de que las posibilidades en un sólo

²²⁸ Como ya se ha apuntado en el capítulo 6, el cálculo de este indicador es todavía más impreciso que el de tasa de embarazo, el nivel de éxito que refleja la tasa de partos es, obviamente mucho más bajo que el de la tasa de embarazo -puesto que muchos de los embarazos no terminan en nacimiento- y no se utiliza casi nunca en la información divulgativa. De hecho en la información nominal por centro que se ofrece en la página web de la Sociedad Española de Fertilidad desde mayo de 2010, tan sólo se ofrece la tasa de embarazo.

ciclo son relativamente bajas, pero que van mejorando a medida que avanzan y mejoran las técnicas.

Junto a los datos de eficacia por cada ciclo -aisladamente-, se transmite la idea - relacionada en cierto modo con el vacío epistémico antes mencionado- de que cuántos más intentos se hagan, mayor probabilidad de obtener finalmente un resultado positivo. Esta apreciación se apoya claramente en la ley de la probabilidad, cuya lectura práctica queda disociada casi por completo tanto de las circunstancias particulares como de la ley de los grandes números. Sin negar rotundamente la validez del razonamiento, conviene señalar que induce a una representación cuya fundamentación es dudosa, aplicada en términos individuales. Como ya señalara Thompson en 2006, “si uno de cada tres o uno de cada cinco ciclos acaba en éxito, médicos y pacientes tienden a interpretar estas probabilidades convirtiéndolas en una norma general que justifica la recomendación de intentarlo tres o cinco veces” (Thompson, 2006: 95). Los estudios centrados en conocer las tasas acumuladas del número de ciclos por mujer y en investigar los factores asociados a ellas contribuyen a proporcionar información más fiable y fundamentada, pero no es ésta la que llega a las mujeres usuarias.

La representación compartida por prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas cuando inician los tratamientos es la de que, probablemente, van a tener que realizar diversos intentos antes de lograr el resultado. Ello propicia la asunción de que ‘deben’ adoptar una actitud perseverante, positiva y paciente, confiando en que la suerte las acompañe. Deben administrar sus recursos, dosificando ilusiones, para afrontar un proceso que anticipan -y ratifican a posteriori- como de fuerte desgaste físico y, sobre todo, emocional.

Quando empecé pensaba: ¿por qué voy a tener yo esa suerte?...pensaba que no me iba a quedar a la primera, que era muy difícil...iba ilusionada porque empezaba y porque era algo que siempre había querido, pero un poco...negativa y ¿sabes? pesimista, en el sentido de que no lo iba a conseguir tan pronto y...que me iba a costar unos meses. Pero porque era lo que yo había visto en la realidad (E36)

A nivel personal son unas técnicas que desgastan mucho, y eso que yo sólo tuve un proceso de técnica y fue exitoso (E31)

Tal y como se comentaba en el epígrafe anterior, las que lo consiguen con cierta rapidez se consideran afortunadas. Las que experimentan diversos ciclos de tratamiento sin éxito, en cambio, van a tener que poner a prueba su capacidad de aguante y van a preguntarse reiteradamente por el papel que su voluntad y sus deseos están jugando o pueden llegar a desempeñar en el curso del proceso. El grado con el que experimentan la sensación de estar metidas en una dinámica que las arrastra, da lugar a un repertorio de actitudes que pueden ordenarse, resumidamente del modo siguiente:

10.1.3.1. Las heroínas

Su disposición ante los tratamientos se sintetiza en la frase: “ir a por todas, luchar hasta el final, pasando por donde tengas que pasar”.

Las mujeres que adoptan este tipo de actitud enarbolan permanentemente su intenso deseo de tener un/a hijo/a como el principal estímulo que las mantiene, literalmente, “al pie del cañón”²²⁹.

Vale la pena, por tener un hijo, por eso ¿sabes? Y pasar por donde tengas que pasar (E24)

Son las que sienten en menor medida la presión hacia la perseverancia que propicia la dinámica de los tratamientos, puesto que la asumen en nombre propio. Pero incluso en estos casos, reconocen la influencia que la actitud alentadora de los/as profesionales ejerce sobre ellas. Mientras quede una posibilidad y/o una nueva “puerta” por abrir, quieren y/o creen que deben intentarlo. A pesar de lo dura que pueda resultar la experiencia de un fracaso tras otro. A pesar de no disponer de más argumentos en los que fundar la esperanza de conseguirlo que la confianza depositada en el saber profesional y/o en la suerte.

Si ellos no lo ven claro, te lo dicen, y si ellos ven claro que hay...que pueda haber un embarazo también te animan a que sigas. Y te dicen: seguid adelante porque es que tu caso es clarísimo. Y yo otra vez, digo: pero oye, me lo estás diciendo desde hace dos años y yo veo que no y que no y que no. Dice: es que de verdad que tu caso es solucionable porque muchas mujeres en tu caso se quedan embarazadas. Bueno cada vez la misma historia y yo ya...me quedé hecha polvo [...] pero no nos lo planteamos si nos echábamos atrás no. Siempre adelante (E11)

El convencimiento de que continúa habiendo alguna opción, convierte la decisión de abandonar los tratamientos en la decisión de no tener hijos. El testimonio de estas mujeres pone en evidencia en qué medida la ausencia de un límite objetivo, definido por el personal experto, deja en sus manos la única posibilidad de establecerlo, poniendo a prueba la intensidad de su deseo y su capacidad de entrega para lograrlo.

Yo siempre he dicho si no puedo, no puedo; pero cuando veo si la posibilidad es que te...engrandece, es decir: tengo una posibilidad, tengo que intentarlo y tengo que conseguirlo [...] yo paso por donde hay que pasar, pero yo tengo que intentarlo...para llegar a conseguirlo y, o sea, no perder una oportunidad, a ver si me entiendes. Si no puede ser, no puede ser, se acabó, lloraré un poco y me replantearé la historia y ya está. Me duele, ya te he dicho si algo me duele más es por él. Pero

²²⁹ Conviene aclarar, no obstante, que no todas las mujeres que manifiestan un intenso deseo de ser madres adoptan esta actitud.

bueno, creo que lo asumiría, creo, pero si hay una posibilidad te digo también que no...Que lo tengo que intentar, seguro (E18)

El arduo camino recorrido por las mujeres que han pasado por numerosos tratamientos con esta actitud ‘heroica’ conduce a la realización, por todas ellas, de un balance en el que subrayan el sentimiento de satisfacción que les produce reconocerse fuertes, valientes y luchadoras.

Las que finalmente han conseguido su objetivo evalúan el resultado como una merecida recompensa a su tesón y a su capacidad de sacrificio.

Mi marido en la tercera fecundación ya me decía: ¿tú sabes lo que estás padeciendo? Claro, te tienen que dormir, te sacan los óvulos y luego haz reposo y... Él me animaba mucho porque por dentro a lo mejor lo temía pero no...no me decía no vayas no, párate, no. Él me decía: pues tú tranquila, si no podemos tener tranquila. Pero yo: va intentémoslo otra vez, pues por otra vez más ¿qué va a pasar? Mira que eres valiente. Y la gente, mucha gente, las vecinas, mi marido: es que has sido valiente, has sido valiente porque has ido pa adelante a todo. Ya te digo, yo estaba muy animada...es que, ya te digo, y el día que me quedé embarazada pues muy ilusionada, que no me lo esperaba y yo ahora me miro a mis hijos y digo que merece la pena, yo creo que merece la pena todo lo que yo he padecido (E22)

El hecho de haber llegado a tener a su hijo/a materializa lo que hubieran perdido si hubieran flaqueado, si hubieran cedido a la ‘debilidad’. Precisamente por ello, la dinámica perseverante inducida por el modo en el que están configuradas las TRA y la insistencia que pudiera haberse producido por parte del equipo médico concreto, no se ven como presión sino que se reconstruyen como apoyo.

Yo me sentía mal, o sea, yo me muero en el camino, literalmente yo sentía que me moría, o sea, la sensación de decir: yo me estoy estrellando. Y en esa ocasión le dije a la doctora: es que no sé donde tengo el límite, he perdido un poco la noción de dónde tengo mis límites en esto. No sé cuando tengo que parar, ni sé si es bueno para mí parar. Porque...si no paro, malo, porque tengo la sensación de que me estrello, y si paro, peor, porque yo no quiero abandonar. Y recuerdo que ella me dijo: ¿límite?, cuando estés embarazada...recuerdo que me decía: sé que estás a mitad de la tormenta, pero no te dejes desanimar. Y le hice caso, entonces que de verdad que tengo que decir que estoy superagradecida al equipo (E1)

Construyen un discurso autoafirmativo, en el que exaltan su fortaleza y la autenticidad de su deseo. Describen su persistencia de modo que la frontera entre el tesón y el comportamiento compulsivo, se difumina. Tal y como se explicará un poco más adelante es justamente la identificación que otras mujeres hacen de la obsesión con la que se llega a perseguir el objetivo -pero esta vez reconociendo la influencia externa y distanciándose de ella- la que da pie a una actitud y a un balance de la experiencia radicalmente distintos.

Tengo compañeras que han estado en la misma situación que yo, y tengo que decirte que en el segundo ciclo de tratamiento han abandonado ¿eh?, han abandonado porque no han podido resistirlo... Por lo duro que es, y de lo único que estoy satisfecha es de que he sido muy fuerte, y que he sabido lo que he querido y he ido a por ello. Durante 3 años sin parar, y cuando digo sin parar es sin parar. Solamente después de las fecundaciones normalmente sueles tener un periodo de descanso de dos meses, porque has tenido sobreestimulación y los ovarios están castigaditos. En cuanto pasaban los dos meses...yo continuaba, yo conozco a gente que si ha sido constante...pero lo ha hecho a través de dejarse entre tratamiento y tratamiento, medio año, o cinco meses. Y yo nunca, sino uno detrás de otro, uno detrás de otro, entonces el desgaste físico ha sido muy fuerte... Tu organismo se desequilibra todo, por el tratamiento. Ya te digo que te hormonan hasta las pestañas, o sea, una barbaridad [...] Todo esto sumado a que es un gasto económico costoso. Pero yo me privaba de todo, y cuando digo de todo es de todo. Si no me compraba ropa, si no me compraba libros, si no salía a cenar. Si salía a cenar, con un bocadillo y una cervecita y punto. Porque todo prácticamente estaba destinado a lo mismo (E1)

Las mujeres que en el momento de la entrevista no habían logrado el éxito, construyen un discurso parecido, en cuanto a la exaltación de los valores de fortaleza, valentía y perseverancia. La diferencia con las anteriores estriba en que el final es todavía incierto y, por lo tanto, queda abierta la posibilidad de que no lleguen a lograrlo. Su posición es la de quien aún debe decidir si sigue adelante o abandona. Están, en este sentido, atrapadas en un duelo de fortaleza paradójico. Persistir en los tratamientos requiere valor, pero decidir la renuncia comporta asumir la responsabilidad de “decidir” no tener hijos/as. Como han señalado reiteradamente las investigadoras feministas en este campo, decir no a las Técnicas de Reproducción Asistida, “requiere un enorme coraje y una gran confianza en sí misma” (Rowland, 1992: 261). El peso que comporta la representación de su decisión como una elección, se ve agravado por la intensidad con la que afirman su deseo de ser madres, y el sentimiento de culpa se cierne sobre ellas como una grave amenaza. Por ello, su actitud se configura y resume en la de “hacer todo lo que esté en su mano” para lograrlo. Si al final lo consiguen, su proyección es similar a la que se acaba de describir. Si no, nadie, ni ellas mismas, podrán hacerles el más mínimo reproche.

Lo que no quiero es, dentro de dos años, decir: bueno, pues he sido cobarde y tal, no lo he intentao, y entonces arrepentirme. En ese sentido lo tengo muy claro, y pienso que ahora, a lo mejor, me puedo quedar muy endeudada, pero que bueno...que pienso que la situación en mi vida me va a permitir...recuperarme (E2)

Más que nada, luego me sentiría culpable [...] dices: bueno, pues no puedo por esto, por esto, pues vale y ya está. Pero que nunca quedará el porque no lo he intentado ¿no?, yo lo he intentado, que no, pues vale, qué le vamos a hacer (E23)

El límite a los tratamientos se sitúa en el extremo más lejano posible y su aceptación requerirá que se configure realmente como infranqueable. Cuando la medicina lo imponga con rotundidad o cuando los recursos personales y económicos se agoten.

Tengo una amiga que...al final se ha ido a Valencia con una doctora que dice que es la de los casos perdidos, que, lo consigue todo y ahora mismo ya te digo que está allí y...ella persigue su sueño y hasta que le digan...como siempre le han dado expectativas...ella tiene asumido o fue asumiendo que, pues con este proceso no puede, pues intentar el siguiente, con esta técnica no puede ser, pues vamos a intentar la otra. Tiene asumido que...mientras haya pasos ella los va a seguir todos, hasta que llegue ya a, a donde no pueda más [...] Yo la apoyo al cien por cien, es que hubiera hecho lo mismo y si puede, si anímicamente te lo puedes permitir y económicamente, que luche hasta donde...vamos, es que empatizo totalmente con ella, me pongo en su situación y es que yo llegaría hasta el final, hasta que...los médicos me dijeran: mira, vamos a pararlo porque no hay nada que hacer. Me llevaría el sofocón del siglo, pero bueno, por lo menos...has luchado con todo lo que tenías, o has puesto de tu mano todo lo que tenías al alcance y ya está. Me quedaría feliz por haberlo intentado y, por otro lado, claro, triste por no haberlo conseguido (E36)

En los casos en los que el proceso ya se ha cerrado y se ha tomado la opción de recurrir a la adopción, la narración retrospectiva enfatiza el empeño con el que se ha perseguido el objetivo y el sufrimiento que ha acarreado la experiencia de ver que se les han ido cerrando todas las puertas, hasta quedar excluidas de los tratamientos, e incluso hasta dudar de que la de la adopción permaneciera abierta para ellas.

En algún momento claro que lo pensé [que me quedaría sin hijos], porque...fue muy negativo todo el proceso, yo sufrí mucho...y veía que se me cerraban puertas, lo que nunca pensé es que iba a dejar de luchar, por conseguirlo. Pero sí que pensé, yo estaba muy negativa ya al final. Pensé que a lo mejor tenía que resignarme porque, podía seguir intentándolo y no ser madre...y no conseguir nada, al final. De hecho yo sentí eso, en muchas ocasiones, no confiaba, digo: no confío ni que voy a tener por ahí, ni por adopción. No confiaba, estaba ya muy negativa, pensaba que no iba a conseguirlo. Pero que yo iba a seguir luchando, aunque no lo consiguiera (E34)

10.1.3.2. Las que intentan controlar

La práctica totalidad de las mujeres entrevistadas percibe que el plan de tratamiento puede llegar a ser “potencialmente infinito” (Thompson, 2006). Para las heroínas representa la posibilidad entregarse al máximo, pero no todas las mujeres presentan un espíritu tan aguerrido. Son muchas las que anticipan y/o experimentan el extraordinario poder de “arrastre” de la dinámica de funcionamiento de las TRA e intentan adoptar estrategias para controlarla. El recurso táctico más utilizado consiste en establecer “un plazo”, que puede ser temporal y/o referirse al número de intentos a realizar.

Nosotros, desde el momento que lo planteamos decidimos que teníamos que ponernos un plazo, porque eso es importante. No te puedes meter ahí en un túnel sin salida, has de ponerte un plazo... Ellos no nos lo dijeron, lo pensamos nosotros y también lo pensó la ginecóloga, o sea, sí que lo hablamos con ella, ellos no me lo dijeron, no, eso no lo dicen, bueno, a mí no. Entonces pensamos que había que poner un plazo, y ese plazo consistía en año y medio dos años, no más, porque se produce un desgaste... Lo que pasa es que, claro, eso siempre...hay veces que es como una goma que dices: bueno, pues hasta que no se rompa, tiendo a estirla (E2)

Por claras que sean sus intenciones, llevarlas a la práctica resulta difícil. Tal y como puede observarse en la cita anterior, la incertidumbre que genera el saber que puede haber alguna posibilidad convierte la decisión de mantenerse firmes en su plan en la “responsabilidad” de haber renunciado. El límite que se habían marcado se torna flexible ante la oferta de un nuevo procedimiento. Parece que tan sólo si “se rompe”, es decir, si un agente externo a su voluntad propicia la emergencia de un límite absoluto podrán abandonar el proceso sin sensación de culpabilidad. El desgaste que suponen los tratamientos, la impredecibilidad del resultado y la intensidad de su deseo de ser madres -que parece medirse por su capacidad de entrega- compiten como razones de signo distinto a la hora de tomar una decisión definitiva.

La expresión del modo en el que la dinámica de arrastre es enormemente potente llega a ser muy explícita. Los límites que impone la sanidad pública pueden ser traspasados recurriendo a la privada. Al final, lo que se desvela es que la propia voluntad tiene pocas posibilidades de imponerse, puesto que su decisión va a ser interpretada por los otros -y por ellas mismas en la medida en que estén enredadas en mandatos normativos- como signo y medida del grado de ajuste con la imagen de la buena madre.

En la pública sí que te dicen que te lo hacen cuatro veces y ya no te lo hacen más. En la privada no, allí las veces que pagas te lo hacen y les da exactamente igual...Lo que tendría que hacer es ponerme una meta, por ejemplo, me lo voy a hacer tres veces y si no puedo, pues no puedo y ya está. No entrar en la rueda y no acabar nunca hasta que te tiren a patadas o hasta que te lo puedas pagar, hay gente que se lo hacen... [...] Pero claro, te metes en la rueda y es como las personas que pillan el cáncer, que dices, si tengo cáncer no me voy a comer el tratamiento, yo como enfermera lo digo. Pero si llegara el momento te metes en la rueda y si te dicen que tienes cáncer te cortan la teta, te ponen el tratamiento y llegas hasta el final. Pues con esto pasa igual, si me dicen que no puedo tener hijos, no lo haré, no me apetece. Pero llega el momento que lo haces y lo vuelves a hacer y lo vuelven a hacer y entras en la rueda y lo haces todo lo que te toque y más (E4).

Precisamente por ello, la posibilidad de poder establecer límites pasa por poner en cuestión la idea de que “por los hijos hay que estar dispuesta a todo”; por desbancarla de la dimensión normativa en el que se encuentra en el imaginario social, situándola, en todo caso, en el terreno de la ética y, sobre todo, en el de la decisión personal.

[Sobre això que diuen que per tindre fills val la pena fer qualsevol cosa] Jo crec que hasta cert punt. Vull dir, jo considere que primer està la salut de la persona, vull dir, en este cas, de les dones, està per damunt. Jo estic ací hui i lo que té que vindre no sé ni com estarà, ni com dixerà d'estar, ni com serà, ni res de res. I jo què sé... Hasta cert punt me pareix molt bé...però bueno, això cada u és molt lliure. No sé. Hi ha gent que considera que els fills és lo essencial en esta vida i que si tu no tens fills no...no fas res en este món. Això és molt personal (E9)

El hecho de poder tomar distancia con el proceso y valorar hasta qué punto su deseo de tener hijos/as es o no irrenunciable, facilita la decisión de mantenerse firmes en la estrategia de limitar el número de intentos y/o el plazo temporal que se conceden. Las que piensan que para ellas no es imprescindible pueden asumirla con mayor determinación.

También me dijeron que tenía, que el porcentaje de quedarte embarazada con la In Vitro es un 35%, de entrada ya me lo dijo el médico. Dice, hay mucha gente que se queda pero hay gente que no se queda. Por eso hay tanta gente que se va de pago y se hace...tantas. Porque yo sé de una chica que se ha hecho, de pago, se ha hecho lo menos ocho y...por la Seguridad Social, pues creo que gastó las tres. Entonces ella tenía el afán y la ansiedad de tener familia, cosa que yo, no tengo. ¿Me entiendes? [...] Yo siempre le había dicho a mi marido dos, dos veces (E41)

Pero incluso aquellas que reconocen que habían invertido muchas ilusiones en su proyecto de maternidad, pueden, a la vista del desgaste que supone el proceso y la amenaza de que se convierta en interminable, decidir -no sin dudas- su abandono, al menos por la vía de las TRA.

Yo lo tengo muy claro, o sea, no sé si me haré la siguiente pero si me hago la siguiente va a ser la última, o sea, no me veo yo no...tirándome diez años todavía más, porque bueno, vale, tienes treinta años, me quedan diez años todavía, pero no, o sea, no me encuentro con fuerzas para estar diez años de hospital en hospital haciéndome cosas, no, porque me hundiría yo misma [...] es cambiar el chip de la vida y dedicarte pues, yo qué sé, a otras cosas y ya está, aunque es muy fuerte, o sea, cuesta mucho de asimilar [...] mucha gente me dice: no seas tonta y tú cuando acabes allí vete al IVI y cuando acabes de allí... Digo: y si me tiro diez años de hospital en hospital y tiro porque me toca. Y al final digo no, no, no va conmigo, o sea, si no van a venir pues mira lo sentiré mucho pero...pero yo tengo que...o sea, necesito cerrar una parte de mi vida para poder empezar otra (E13)

10.1.3.3. Las heroínas forzadas por el saber-poder y las hormonas

El tercer grupo estaría integrado por las mujeres que enfatizan el peso que la relación médico/paciente -como relación de poder basada en la asimetría de saber- y las elevadas dosis de hormonas que les administran, ha llegado a tener en su comportamiento, en sus

representaciones y en sus sentimientos. Se trata de un análisis que efectúan cuando su periplo por los tratamientos ya ha finalizado. En las entrevistas realizadas aparece tanto en mujeres que han tenido descendencia biológica como en otras que o bien han acabado adoptando o que permanecen sin descendencia. Reviste particular interés, puesto que supone la movilización de recursos que hacen posible tanto la percepción del ejercicio de la violencia simbólica sobre ellas, como la de los efectos que la tecnología tiene en su cuerpo y en su estado emocional.

La estimulación ovárica que se realiza habitualmente en los tratamientos de FIV provoca una alteración del estado físico y, sobre todo emocional. Hasta el punto en el que llegan a verse a sí mismas como extrañas, como alguien enfrascado obsesivamente en la batalla por conseguir un/a hijo/a biológico/a.

Y por las hormonas, además empiezas, de verdad, a tener una conducta muy inestable, muy inestable. Y empiezas a obsesionarte. Yo no soy nada obsesiva y te juro que yo entré en la obsesión de que mi hijo tiene que ser biológicamente mío [...] porque entras en esa dinámica. Estaba histérica, pero nadie me entendía. ¡Que esto son las hormonas!, que no soy yo. Yo decía: que no soy yo, cariño. Yo no lloro, son las hormonas que me hacen llorar. Es así, yo pensaba que había una parte de mí que seguía siendo yo, que decía: tú no eres ésta. Tú no lloras habitualmente. ¿Qué estás haciendo? Y ¿por qué te has puesto a llorar porqué un perrito se ha caído en la película? De una reactividad emocional, estúpida, blanda. Y creo que eso también te quita un poco de claridad mental para darte cuenta de donde estás, lo que estás haciendo, lo que puedes hacer y lo que no puedes hacer...y, además, como el sistema te castiga, de alguna manera, el que levantes la cabeza y digas: ¡Eh! ¿Esto para qué lo hacéis? ¿O esto hace falta hacerlo de esta manera? No te lo permite. Ellos son los súper expertos y tú eres el útero con patas. Entonces, claro te absorbe. Te absorbe. Pero bueno. Luego casi todas tenemos hijos (E28)

En la cita anterior aparece reflejada de modo abrumador la reducción al cuerpo -a los órganos reproductores- que se opera sobre ellas. Relegada a la condición de “útero con patas”, su “cabeza” no debe emerger en ningún momento. Debe someterse a la dinámica que el sistema le impone, sin preguntar y, menos aún, cuestionar el modo de proceder. La fragilidad emocional motivada por las hormonas refuerza el poder que el sistema tecnomédico tiene sobre ellas, anulando casi por completo su posibilidad de situarse como sujetos durante el proceso de tratamiento.

No paras nunca, cuando empiezas un proceso de éstos no paras nunca. Me da a mí la sensación de que, aunque yo me muriera, seguirían haciendo las inseminaciones, y eso no acabo de verlo claro... (E12)

La aceptación del saber médico, por confianza y/o disciplina, forma parte de las reglas del juego y desplaza a las mujeres del desempeño de un papel activo. Las ganas -reales y/o inducidas- de ser madre y el efecto de la medicación contribuyen a favorecer el ajuste

con la dinámica del sistema, llevando a las mujeres a “dejarse arrastrar”. El análisis retrospectivo permite reconocer no sólo los mecanismos que han actuado sobre ellas, sino también las posibles incoherencias de éstos. Unas incoherencias que no son anecdóticas, propias de su caso particular, sino que derivan de la propia configuración de las TRA.

Yo tenía muy claro que quería tener hijos, y que en la situación en la que estaba ésa era mi situación, y...sí que es verdad que yo me dejé arrastrar por el proceso, y me llegué a plantear otras opciones muy, muy avanzado. De hecho, muchas veces digo: joder, si después de tres inseminaciones...si normalmente la gente estadísticamente hace tres y si no van, pasa a in vitro, por qué yo seguí haciendo inseminaciones ¿no? Y es porque te dejas arrastrar, te dejas arrastrar, tú dices: ¿ésta es la forma de conseguirlo? Pues a por ello. Y tampoco te planteas mucho, ¿no? Yo decía: mí objetivo está claro, tengo que ir en esta dirección y si me dicen que hay que hacer esto, pues yo: sota, caballo y rey...Y como son los que lo saben, pues...yo voy detrás (E30)

Entonces vas en función de lo que te van marcando, y tú estás allí como diciendo: lo que digáis. Yo estoy aquí. Haced conmigo lo que queráis. Y ya está (E10)

És què els metges són metges...Es fa aixina, després va açò...és tipo matemàtic, si no és blanc és negre i anem provant, no pensen...que la persona té sentiments, o no sé...[...] te sents un poc perduda i ells van seguint el procediment que tenen: quatre inseminacions, dos no sé què, després passem a l'altra...Tampoc li discutíem res, perquè, claro, ell és el que sap i tú... (E35)

10.1.4. Entre la ciencia, el azar y la providencia

Los rasgos de la cultura epistémica que rige las prácticas de reproducción asistida propician que las representaciones de las mujeres sobre la participación en las TRA se inscriban en el campo semántico de los juegos de azar. Ciencia, azar y providencia son factores que entran en juego en elaboración de las expectativas de éxito, en la búsqueda de explicaciones sobre los resultados -de uno u otro signo- de los tratamientos, y en la localización de referentes para orientar su comportamiento y reacciones durante las distintas fases del proceso.

La principal relevancia del análisis que se presenta a continuación estriba en que muestra la metáfora del juego está presente en el modo de vivir el proceso por parte de las mujeres, y contribuye de forma notable a la construcción de la imagen de las TRA.

10.1.4.1. *Probando suerte*

El acceso a la información sobre las tasas de éxito sitúa a las mujeres usuarias en el terreno de la probabilidad. La evocación inmediata que realizan las mujeres es la de que han entrado en un ‘juego’ en el que hay un número limitado de ‘premios’ y muchas jugadoras. Aunque saben que la medicina no es una ciencia exacta y que, en términos generales, los tratamientos e intervenciones no son eficaces en la totalidad de los casos, las TRA aparecen revestidas en principio de una imagen mediática de tecnología punta, ya que se sitúan en el campo de los nuevos avances médicos, que progresan a “pasos agigantados”. Esta imagen compite con la información de la que disponen las mujeres, que procede - como ya se ha apuntado- tanto de las experiencias de personas conocidas que las han utilizado como de los/las profesionales que las atienden. En cualquier caso, la totalidad de las mujeres entrevistadas habla del inicio de los tratamientos en términos de “prueba”, de intento.

En esta tesitura, no es extraño que ya desde el comienzo la actitud y la expectativa de muchas de ellas se construya movilizand o su propia imagen, en el sentido de si se consideran o no personas optimistas y, en general, afortunadas.

El porcentaje es muy bajo, el 25%. Y además nos lo decían claro ¿eh? o sea en la reunión esa éramos doscientos y el doctor nos dijo que de ahí cincuenta parejas se iban con niño y los demás nada, o sea, así de claro nos lo dijo. Yo digo ¡madre mía! Y yo claro, veía tanta gente que yo siempre he pensado que a mí no me iba a tocar la lotería. Digo ¡uy a mí! Imposible (E11)

No crec que la vida me vaja mal i ho tinc tot negre, però justament no sóc de les persones que tinga sort en la vida, pense. No sóc de les que tenen sort, no sé, encara que siga una loteria en lo...en lo que siga...entonces fas: per què botons m'ha de tocar a mi?... No sóc...no tinc sort en estes coses i és molt baixet el percentatge (E20)

Nunca me he preocupado, además como hay muchas técnicas entonces, la ciencia ha avanzado mucho, tampoco me preocupaba, digo, pues ya, seguro que yo...[...] pensaba que cuando me pusiera, me iba a poner y me iba a quedar (E26)

La sensación de estar en manos de la fortuna relega a la ciencia y a la tecnología a un segundo plano. De este modo, las mujeres que han logrado el éxito rápidamente, si bien no ponen en duda la eficacia de la técnica, no pueden dejar de expresar su resultado en términos de suerte personal. La tecnociencia ha hecho posible el juego, ellas han apostado y la suerte las ha favorecido. En este contexto, definido por el símil de la lotería, los avances científicos simbolizan aquello que hace posible el aumento del número de premios repartidos.

Yo me quedé a la segunda, fue una suerte...porque hay quien no lo ha conseguido... Esto es la lotería, además me lo dijeron: tú te has quedado a la segunda y eso es como al que le ha tocado la lotería. Tengo amigas que se lo han hecho 5 y 6 veces y no han quedado embarazadas. Es una lotería, el que te quedes a la primera o a la segunda. Que sí, que cada vez se está quedando más gente, porque todo esto supongo que va avanzando (E14)

10.1.4.2. El silencio médico ante el fracaso

La experiencia del fracaso resulta no sólo frustrante -aunque su expectativa sea moderada o baja- sino también inquietante. El saber y la competencia que atribuyen a los/as profesionales, reforzados por la precisión y complejidad del tratamiento -que les explican y experimentan- y por los minuciosos controles a los que se las somete, contrasta con la falta de información significativa acerca de por qué se ha producido el fallo y la interrupción del proceso.

Ells no sabien què havia passat. És que...jo crec que tenen poca informació en general, no saben molt què passa i aleshores va passar que no van fecundar cap i no sabien per què, i no sabien de qui era la culpa, bueno, per parlar de culpa ¿no? de alguna manera, entre cometes (E8)

La última vez me puse también a llorar y yo que sé...era normal ¿no?, le había puesto mucha ilusión, había hecho muchas...no sé si es que estaba muy frustrada, pero no me dijeron nada [...] En principio explicarme, lo explican antes todo lo que van a hacerme y...eso, pero después a posteriori, de lo que ha pasado, no tengo ni idea, ni justificación, ni explicación ni nada... (E12)

Ello conduce a generar una reacción de perplejidad que, abrumadoramente, describen como “la sensación de estar en el aire” (E3). El vacío de información es más notable, si cabe, cuando se trata de explicar por qué, una vez transferidos los embriones, el embarazo no se produce o termina en aborto. Tal y como se comentó en el capítulo 4²³⁰, hasta hace unos años en el discurso médico el éxito de la FIV se consideraba alcanzado una vez conseguidos los embriones. A partir de este momento la responsabilidad quedaba transferida a “la naturaleza” (Perrotta, 2008). Posteriormente -y ante la evidencia de que resultaba incoherente e insostenible esta actitud- se produce un giro por el que los/as profesionales asumen y formulan explícitamente como objetivo e indicador de éxito, el nacimiento de uno o como mucho dos bebés sanos en cada proceso.

En las entrevistas realizadas, se observa que las mujeres perciben que, en cierto modo, la tecnociencia se atribuye los éxitos pero no responde de los fracasos. En cualquier caso, ellas no necesitan explicaciones si las cosas salen bien, pero sí en los casos en los que sale

²³⁰ Página 130.

mal, y es ahí donde los médicos responden con el silencio técnico, que se traduce en un cambio de registro discursivo. El lenguaje experto cede su lugar al lenguaje del azar, remitiendo a que “quizá la próxima vez haya más suerte”.

Ahí no te explican: no se produce por tal ¿no?, también te dicen que cada año que pasa es más difícil, la mujer es menos fértil, cuesta más, pero a lo mejor a la próxima vez vienes y..., pues claro te dejan tan, tan en el aire que, la verdad, es bastante angustioso (E3)

Tengo que ir la semana que viene, a que me digan por qué no me he quedado embarazada, que supuestamente es lo que te tienen que decir, lo que pasa es que vas y normalmente no te dicen nada. Te dicen bueno pues la próxima, tal fecha. No lo sé. Quiero hablar con ellos, si ven alguna posibilidad, porque es que si no ven ninguna posibilidad no sé qué hago yo ahí [...] Normalmente no suelen saber cuál es la causa, a no ser que haya sido algo muy, así muy llamativo, suelen decirte pues que la naturaleza y cosas así. Que yo pienso que la naturaleza ya no tiene nada que ver en esto, pero bueno, que hay muchas, muchas causas. Porque bueno, con tanto trajeteo pa arriba y pa abajo, la naturaleza ya es lo de menos. Sacan, meten, pinchan. Bueno, es un desastre. Pero bueno, bien, y nada, pero con todo, ahí te quedas (E13)

El contraste entre la imagen de racionalidad, control y eficacia de la tecnociencia y la ‘realidad’ de su experiencia, propicia un análisis acerca de la configuración y el modo de proceder de las TRA en el que se desvela y, en cierto modo, se denuncia el ‘engaño’ al que pueden ser inducidas las mujeres. La imagen de científicidad que las reviste llega a pasar por encima de los datos concretos de éxito difundidos, de manera que hasta que no experimentan en propia carne el fracaso y, desde él, la inconsistencia de esta imagen dominante, no caen en la cuenta de los ‘verdaderos’ parámetros que rigen el proceso. Los procedimientos técnicos se perciben como una parafernalia que desdibuja y oculta una realidad presidida por la incerteza.

Tampoco sabe tanto la ciencia sobre eso, de, es que la ciencia no sabe ni de abortos ni de cuando, por qué te quedas embarazada ni por qué no te quedas [...] Llegan hasta el punto en que te fertilizan y te ponen un embrión. Pero después, por qué coje ese embrión o no coje, esa comunicación, sobre eso, no saben nada, están pez [...] Cuando no sabes nada de todo esto, piensas que esto es una cosa de dos más dos, cuatro. Vamos, que vas, te hacen la in vitro y tienes un hijo. Te quedas preñada y vienes a tu casa ya. Esa es la imagen que tiene la gente. Claro, y cuando empiezo a ver esto, digo: ¡madre mía! si todo esto es una fantasmada, si esto es más mentira que verdad, todo. Esto es, aquí tenemos...porque realmente son porcentajes muy bajos...y aunque te quedes, luego, pues eso, el porcentaje de aborto.... Puedes quedarte, abortar o no y luego eso, el porcentaje de, de que haya éxito después de tanta ciencia y tanta exactitud, tanto medir los embriones, los folículos, no sé qué, no sé cuánto, tanta...estás bajo un control exhaustivo, cuando estás en tratamiento, es un control, es mañana y tarde, es todos los días. Es ciencia pura y, y cuando ves que, que no, pues... (E34)

10.1.4.3. El protagonismo del azar, la naturaleza y el destino. La responsabilidad de las mujeres

El escenario que se dibuja contiene una pluralidad de actores que va más allá de los que podían preverse inicialmente. Junto al saber científico, las tecnologías disponibles, la pericia profesional y los/as pacientes, aparecen entes abstractos e indeterminados: la naturaleza -insondable-, el azar y la providencia -encarnada en dios y/o en el destino-. La correcta actuación profesional y el comportamiento adecuado de las mujeres -como pacientes- son requisitos imprescindibles para hacer posible el éxito. Pero la última palabra, el resultado final, no está en sus manos.

Esto genera, por un lado, ansiedad y desasosiego en las mujeres, puesto que escapa por completo al discurso y a la acción racional.

Es malo para la cabeza...fatal, fatal. Es que te vuelve loca, por eso que te digo, que no puedes hacer nada, Te has de esperar a ver lo que pasa, nadie te dice nada, ni te pueden dar esperanza, nada. Son cosas que se te escapan de las manos (E4)

Sin embargo, por otro lado, contribuye a reducir la ansiedad que proviene del pensar en cada momento si se está actuando de forma adecuada. Diluye en parte la responsabilidad de los médicos y aminora la tensión que implica la sospecha de que quizá no les están haciendo lo más apropiado. Hace posible, asimismo, eludir la sensación de que son ellas las que fallan, bien porque es su cuerpo el que no responde como debería, bien por su forma de comportarse.

La fatalidad entra en escena de la mano de Dios o del Destino. En todos los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen expresiones como “que sea lo que Dios quiera” o “lo que tenga que ser, será”.

Yo sé de gente que le han dicho que no tendrá hijos y ha tenido, diciéndole que no podía tener, y en cambio los que nos han dicho que podemos tener, porque no tenemos problemas para no tener, no hemos tenido. Entonces ya llego a la conclusión de que hay algo más, que es o el destino, o la voluntad, o lo que tú quieras decirle, que es lo que tiene que ser... Yo soy muy luchadora y entonces pensaba que poniendo todos los medios y haciendo todo lo que tenía que hacer, sería, y luego te das cuenta que no, que es lo que tiene que ser y nada más (E6)

No obstante, la responsabilidad que sienten las mujeres en el desenlace de los acontecimientos es una cuestión importante, que merece ser analizada. A pesar de toda la incertidumbre que rodea el tratamiento, su actitud no “debe” ser indolente. Creen que es su obligación el hacer todo lo que esté en su mano para contribuir al éxito. Quizá no pueda ser de otra manera, ya que su cuerpo es el territorio en el que se desarrolla la acción. Aunque intenten aliviar la presión culpabilizadora -que pueden llegar a sentir- ubicando

el desenlace final en una voluntad externa, no pueden evitar la necesidad de mostrar a los demás y a sí mismas que su actitud y su conducta han sido irreprochables. Todas creen que hay que seguir a rajatabla las instrucciones médicas y que deben evitar cualquier riesgo que amenace en lo más mínimo el éxito del proceso.

Nosotros siempre hemos seguido a rajatabla lo que nos han dicho, porque ellos entenderán más que nosotros [...] Yo, que no sea por mí. No hago nada, cama sofá, cama y poco más. Entonces, no sé, piensas: si yo lo he hecho todo bien, si yo he estado ahí muy preparada, muy concienciada...y no me ha salido (E13)

Yo no creo que sea que haya hecho algo mal. No me culpo a mí ¿sabes? Yo digo: mira, eso me toca a mí (E24)

Ahora, por ejemplo, me tendría que coger la baja...la otra vez me cogí la baja cinco días, porque vas a trabajar y piensas: a ver si voy a abortar por culpa de esto...como no sabes si estás embarazadas, son quince días fatales...a ver si hago esto y por culpa mía...a ver si hago aquello... (E4)

La confluencia de los dos niveles, el racional tecnomédico y el providencial, extiende, en alguna de ellas, el significado del ‘comportamiento adecuado’ a la creencia de que deben hacer todos los méritos posibles para conjurar a la suerte o al destino en su favor. Llegadas a este punto, las creencias religiosas pueden convertirse en un aliado inestimable, tanto para favorecer el éxito, como para encontrar consuelo ante el fracaso.

Yo comienzo a pensar en positivo, que no me ha pasado para mal, que me ha pasado para bien [...] Eso me ayuda mucho [...] en la sala siempre lo digo, a veces yo digo que hablaré mucho, pero digo: agarraros de donde podáis y creer en lo que sea. Y hay gente que dice que no, que ella no cree en nada, ella cree a los médicos y que no cree en nada más, y yo digo: agarraros a algún sitio porque si no estaréis vacías, y cuando os pase algo no sabréis a donde agarraos ¿sabes?, pero cada uno hace lo que quiere (E24)

Las no creyentes disponen de un menor margen de maniobra para gestionar el impacto emocional de cada experiencia adversa. La sensación de que se puede estar luchando contra el destino y/o contra la naturaleza -entendida como una fuerza superior no dominada por la técnica- puede llevar a sentir la necesidad de pertrecharse de todos los recursos simbólicos que puedan imaginar. La cita con la que se concluye este epígrafe describe un escenario casi onírico en el que los personajes encarnan un nuevo papel en una trama argumental dominada por un sentido mágico, en el que todos los detalles cobran sentido. Más allá de lo literario de la expresión, puede tomarse como muestra de en qué medida la ubicación de la experiencia en el campo del juego y del azar puede condicionar la vivencia de un proceso doloroso.

Yo tenía una crisis de existencia importante, había perdido el sentido de la vida, y yo tenía que creer en algo...porque mi creencia solamente en mí, yo sabía que estaba luchando con una fuerza más fuerte que yo que es la propia naturaleza, y yo sabía que en su contra no podía ir, y entonces me entregué a mis ancestros, a mis espíritus muertos, y a las divinidades que no se si las hay, yo me entregué a ello, necesitaba confiar en algo. Entonces de alguna manera hice mis fetiches...necesitaba algo para recuperar la confianza. Desesperante, la gente que cree en un dios, tal cual nos han enseñado de niños, yo lo envidio mucho, porque en procesos tan fuertes de la vida, es como si no tienes...saber que alguna fuerza va a ayudarte. Y me entregué, ya te digo a ritos mágicos, y hacía una especie de simbología de todo...yo a los médicos los veía como ángeles que en lugar de llevar una espada llevaban un bisturí en la mano, y yo llegué a darme cuenta que la vida me había puesto la dificultad y la vida me estaba dando los elementos para solucionarlo, esos elementos eran precisamente los médicos... (E1)

10.1.4.4. El riesgo de ‘engancharse’ en el juego. Entre la perseverancia y la ludopatía

La entrada en las TRA supone, como se ha comentado, la inmersión en una dinámica percibida como vertiginosa y ajena, en la que las posibilidades de controlar el proceso son realmente escasas. En ocasiones, el conocimiento previo de la experiencia de otras mujeres puede resultar disuasorio, propiciando la decisión de no iniciar los tratamientos, aunque lo más frecuente es que la reflexión se produzca en sentido inverso, es decir, diciendo que si lo hubieran sabido no hubieran comenzado.

Llegado a este punto²³¹, no me decidí por ningún tratamiento, puesto que por suerte para mí, yo conocí a una persona, que había estado muchos años, también, intentando tener hijos, y conocía un poco el calvario que había pasado... (E5)

A voltes pense que si no estiguera ací ja, si jo ho havera sabut abans com era no havera entrat. Ara, perque estic ací, no? i dic: pues ja acabe. Però no havera entrat, i de fet conec gent que no ha entrat (E8)

Una vez iniciado el proceso resulta realmente difícil mantener una postura ‘propia’, que permita la toma de decisiones. Ya se ha comentado la frecuencia con la que se suele recurrir al símil del “túnel” o de la “rueda” para expresar el arrastre que se experimenta, las dificultades para orientarse en un camino convertido en laberinto y, sobre todo, para ver la salida. Los límites son difusos, si es que existen, y se construyen con materiales

²³¹ Se refiere a cuando ha finalizado la batería de pruebas sin ningún resultado concluyente. De todos modos, la decisión que la mujer entrevistada enuncia en la cita es provisional, ya que con posterioridad inicia el proceso de tratamiento.

heterogéneos y a veces evanescentes: la capacidad de mantener la ilusión; las presiones recibidas; la resistencia a la adversidad, el dolor y la tensión emocional; los recursos económicos y temporales, etc. En contadas ocasiones les vienen fijados totalmente desde la autoridad médica. Por lo tanto, en la mayoría de los casos deben ser construidos por ellas y son muy difíciles de objetivar.

Cuando me dieron el alta allí, cuando me dijeron que ya no podían hacer nada más por mí, dije: pues nada, ya no quiero...lo dejamos y ya está, e hicimos los papeles de la adopción...pero estábamos aún diciendo: venga, hacemos el último intento, y aún fuimos al IVI (E32)

Una de las principales fuentes de inquietud es la de no saber cuándo y dónde va a finalizar el camino iniciado. La absorción por el proceso es algo que reconocen caso todas las mujeres entrevistadas. De manera que la intención de mantener cierta distancia con la dinámica concreta, que permita tomar decisiones racionalmente orientadas, se suele quedar en una declaración de principios. Incluso aquellas que no se reconocen en la “obsesión” -que ven en otras- por tener un hijo a cualquier precio, expresan la dificultad de conseguir mantener la ‘cabeza fría’, para no perder por completo el control de la situación.

Hi ha gent que està molt, molt, molt obsessionada, molt. I si ja sense estar tan obsessionada arriba un punt en què perds el nord, pues estar aixina d’obsessionada, no sé (E9)

En el campo semántico del “juego”, el empeño por tener un/a hijo/a se traduce en un comportamiento que puede llegar a ser compulsivo, acercando a su protagonista a la imagen del jugador “atrapado” en el juego, al borde de incurrir en la ludopatía. De hecho, son muchas las expresiones que se mueven en este espacio de significación. La necesidad de establecer anticipadamente el número de intentos -jugadas-, la advertencia de permanecer en la “rueda y no acabar nunca hasta que te echen a patadas o te lo puedas pagar” (E4), todas ellas guardan una estrecha analogía con la actitud que debe adoptar quien entra en un casino y con los riesgos en los que incurre.

En este sentido, la figura del ludópata condensa el significado de la vivencia de la dificultad para poner fin a los tratamientos. Algunas de las mujeres muestran su perplejidad cuando se ven a sí mismas apostando de forma reiterada, como “enganchadas” en el juego de un modo que no hubieran podido ni imaginar.

Jo, la veritat, és que estic un poc al·lucinat de sentir-me tan afectada de veres, sí. Si m’ho haveren dit, és que no m’ho havera cregut. Havera dit: jo? a mi me donaria igual [...] jo en la vida hauria pensat això de...de mi, d’estar ací, d’insistir per a tindre un fill...Com canvia la persona! (E8)

Quienes persisten en el empeño tras numerosos fracasos reproducen con fidelidad la imagen del jugador que no se decide a abandonar la partida porque piensa que su mala racha ya dura demasiado y debe estar a punto de cambiar. No pueden evitar el pensamiento de que quizá la suerte les esté aguardando en la siguiente apuesta, la que no realizarán si abandonan.

Sí que me planteo el parar ya, porque es que no, lo que pasa que luego, claro si te dicen: ¡uy! pues habría posibilidad de otra vez, entonces dices: bueno ¿qué hago? ¿y si fuera esta la mía? ¿y si tuviese suerte aquí? ¿vuelvo o no vuelvo? ¿qué hago? y pasa, es que hay gente que te dice: ¿vale la pena? y bueno, es que el que tiene una cosa no...la tiene, pero el que no la tiene la queremos tener y a veces te sacrificas mucho para eso... (E16)

La frontera que separa la ludopatía de la perseverancia se desvela frágil y difusa. Es relativamente frecuente y muy significativo el testimonio de las mujeres que dicen haber conseguido el éxito, precisamente, en lo que se planteaban como la última oportunidad que se habían concedido.

Ya hacia el final, justo en el tratamiento en que estuve a punto de dejarlo, fue cuando me quedé embarazada, fíjate qué casualidad (E1)

Por último, es importante considerar que la metáfora del juego se construye desde una realidad en la que la magnitud de la apuesta es considerable. Por un lado, porque se trata de tener o no tener un/a hijo/a y, por otro lado, por la enorme inversión que representa en términos físicos, emocionales, temporales y económicos. El extraordinario gasto que implican los tratamientos a través de la medicina privada no sólo marca una desigualdad entre las mujeres en el acceso a las opciones disponibles, sino que también permite la emergencia de la presencia de un actor frecuentemente oculto cuando se razona estrictamente en términos de problemas y soluciones. Se trata de los intereses comerciales. Un móvil que actúa contextualmente explicando parte de la dinámica global. Cuando la reflexión se realiza tomando este factor como eje principal, resulta posible distanciarse de las implicaciones normativas y emocionales. Permite un análisis más frío, en el que se pone de manifiesto que si se trata de un juego incierto, el precio de las apuestas es excesivo.

Cuando te viene la regla pues pasa lo que pasa... Cuando ves que te has dado cuenta de que has tirado por el váter casi medio millón de pesetas pues no tienes a quién acudir, no tienes quien te ayude...no tienes... Claro, una cosa es el dinero, y otra cosa es la ilusión que has puesto en todo el proceso que has hecho, los pinchazos, estar pendiente todos los días...ahora la temperatura, ahora la pastillita, ahora no sé cuántos, eso es una ansiedad que te crea, que eso los ginecólogos pienso que no lo tienen demasiado claro...(E12)

Vam fer les tres inseminacions i no, tampoc me vaig quedar, i entonces vam passar a la in-vitro, i de l'in-vitro si que...a part del cost què és...perquè jo pensava: de l'adopció sí que tinc...sí què me diues: tindràs un fill, però açò, pos no...[...] és continuar comprant paperetes, una papereta de set mil euros, i a lo millor la tires a la basura [...] jo no sol juga a la loteria, tampoc, perquè no confie en que me toque. Entonces... (E35)

10.2. TRAZOS SEXISTAS Y RELACIONES DE PODER EN LAS DINÁMICAS DE TRATAMIENTO

10.2.1. El peso de la asimetría. Diferencias biológicas y relaciones sociales

Cuando la demanda de TRA es efectuada por una pareja heterosexual, el inicio de la intervención médica pone de manifiesto de modo inmediato la profunda asimetría que va a marcar la participación de cada uno de sus miembros durante todo el proceso.

La decisión de tener un/a hijo/a ha sido una cuestión de pareja y también se ha podido vivir como tal la experiencia de las dificultades para conseguir llevarla a cabo. Pero cuando se ingresa en el mundo de la reproducción asistida, la paridad deja de existir. El grado de implicación de mujeres y varones va a ser incomparable, así como los costes que van a suponer las intervenciones. La denuncia de la aparente equivalencia que connota la identificación de la pareja como paciente en las TRA y el efecto de ocultación de los costes que suponen para las mujeres, ha sido efectuada temprana y reiteradamente desde el feminismo²³².

En las entrevistas realizadas, las mujeres dan ubérrima cuenta de ello. En el terreno descriptivo las coincidencias entre ellas son notables, pero no ocurre lo mismo en el plano analítico e interpretativo. De manera que se puede afirmar la existencia de una diversidad de vivencias y, sobre todo, de actitudes y opiniones. Todas las mujeres parten de la representación de la reproducción como un territorio fundamentalmente femenino y de que las diferencias biológicas guardan una relación estrecha con el hecho de que la intervención se centre en el cuerpo de la mujer. No obstante, mientras que algunas hacen de ello la justificación del modo de proceder tecnomédico -naturalizándolo-, otras, en cambio, interpelan a las relaciones sociales buscando en ellas la respuesta a por qué esto es así. Estas últimas elaboran un discurso crítico que alcanza la puesta en cuestión de alguno de los aspectos de la configuración de las TRA, como, por ejemplo y de modo central, las relaciones de género.

²³² Ver capítulo 3 y epígrafe 4.2.3.

Son momentos así...complicados ¿no? de plantearte muchas cosas, de...muchos miedos. Y también tenía como un poco de rabia ¿no? de pensar: joder, si fuera un tío, estaría ahora siendo un padre tan feliz ¿sabes? (E25)

10.2.1.1. El “botecito” y “todo lo demás”. Percepción de la desigualdad en el grado de intervención que suponen los tratamientos

El primer encuentro con la asimetría -que va a caracterizar el paso por la reproducción asistida de ambos componentes de la pareja- se produce al hilo de la realización de las pruebas diagnósticas. El repertorio de procedimientos que se pueden llegar a aplicar a las mujeres es extenso: analíticas de sangre, ecografía, histerosalpingografía, biopsia de endometrio, test postcoital, laparoscopia, etc. En los varones el diagnóstico suele basarse en los resultados de un seminograma, acompañado, en todo caso, de la historia clínica y de la exploración genital. Tan sólo si se detecta algún problema que lo aconseje se realizará otro tipo de pruebas. La coincidencia de los testimonios de las mujeres es en este punto total.

Para las mujeres siempre son mogollón de pruebas y más dolorosas, y para él nada más que el espermiograma y ya está. (E31)

Primer te mira, t'explora, diguem físicament, et fa analítica a nivell d'hormones i, demés i després, l'únic que em feren a més és el...crec que tècnicament es diu, el nom mèdic és histerosalpingografia, que ve a ser una radiografia amb contrast de les trompes de l'úter... Ell es va fer una analítica. Lo d'ells es més fàcil. Analitzen el semen i punto. La mobilitat, la quantitat i la qualitat, i s'ha acabat (E38)

De los testimonios de las mujeres entrevistadas puede deducirse que tras décadas de rodaje se han producido transformaciones en los modos de decidir la realización de las pruebas. En las entrevistas realizadas durante la primera fase aparecen experiencias de que relatan un orden de aplicación que comienza en la mujer y en el que tan sólo con posterioridad se examina a los varones.

Lo que no m'agrada de totes estes històries és que les proves més doloroses i més d'això són les de les dones...no ho puc entendre, per què no els miren més a ells primer, per exemple, perquè les seues proves són molt més senzilles i a lo millor s'estalviarien moltes dones tindre que passar per proves, que hi han algunes que... La histero ixa és molt dolorosa, i a lo millor hi haurien moltes dones que se la podrien estalviar, que a lo millor el problema és del home [...] Van directament a la dona, és lo primer que miren. Fan unes quantes proves a la dona i quan pareix que lo de la dona està bé i tal, entonces fan alguna prova a l'home i tornen una altra vegà a la dona i continuen. Però bàsicament és la dona. Home! Si segurament és que la dona té més coses per a què se li estropeen. Però...però que, jo què sé! Jo crec que podrien escomençar...o per lo menos fer-ho a la vegà (E9)

El protagonismo y la visibilidad que ha ido adquiriendo el “factor masculino” como causa de la esterilidad ha incidido en que, en la mayoría de los casos, la batería de pruebas se aplique de modo simultáneo a ambos miembros de la pareja. Parece, asimismo, que cada vez se toma en mayor consideración lo penoso que resulta para las mujeres alguna de las pruebas. Algunos centros privados disponen de distintos protocolos de actuación, que administran en cada caso.

Si quieres que os hagamos algunas pruebas, dice, la más sencilla es la de él. Y entonces me mandó al analista y le dije a mi marido: pues nada, aquí tienes el botecito, que lo tuyo es más fácil (E41)

Incluso aparece el testimonio -en las entrevistas de 2009-2010- de algunas mujeres que afirman no haberse sometido a ningún tipo de prueba específica, más allá de la ecografía y la exploración ginecológica. Su edad y la detección de un problema de semen en sus parejas -a las que se le realizó el seminograma por ser “una prueba muy sencilla”- fueron suficientes para indicar el ICSI y, como el resultado fue favorable, no tuvieron que ir más allá.

En el epígrafe 5.2.3. se ha explicado con cierto grado de detalle el hecho y los motivos por los que las especialidades de urología y andrología quedaran, al menos inicialmente, al margen en el campo de la reproducción asistida. La centralidad del cuerpo femenino en el proceso reproductor y la atribución tradicional de la esterilidad a las mujeres condujo a que la reconfiguración de la medicina de la reproducción -que se efectuó con el desarrollo de las TRA- implicara básicamente a la ginecología y a la biología.

En el material cualitativo producido en este trabajo aparece reflejado este proceso. Se pone de manifiesto la falta de integración de las especialidades centradas en los varones -sobre todo en la primera tanda de entrevistas-, así como el hecho de que a medida que tal incorporación se produce, ésta no abre un campo alternativo a las TRA, sino que se utiliza como refuerzo de las mismas. Cuando se detecta un problema masculino que puede ser tratado, se intenta paliar, pero ello no conduce a que se aconseje el intento de embarazo de forma espontánea, sino que se presenta como una mejora que puede favorecer el éxito de las TRA. Queda plasmada casi literalmente -en alguno de los testimonios- la conclusión de Consuelo Álvarez cuando afirma: “se medicaliza el cuerpo femenino en lugar del masculino por ser un proceso más rápido para lograr el embarazo, porque los especialistas de la reproducción son ginecólogos y porque, a pesar de compartir esterilidad hombres y mujeres, la reproducción sigue anclada en el cuerpo femenino” (Álvarez, 2008: 99).

Lo que yo pregunté es si había algún tipo de tratamiento hormonal para varones ¡hombre! porque me parecía que al no haber ningún problema estaba corriendo un riesgo, pues, eso, pues, de tener dos o tres o cuatro. Al principio, pues, no sabían muy bien...el médico me contestó que es que los tratamientos para varones son mu-

cho más lentos y que no hay estudios sobre los resultados, con lo cual, pues nada, sigo yo con el tema hormonal (E5)

La inexistencia, en algunos casos, de servicios de andrología suscita en las mujeres preguntas que las pone sobre la pista de la trama de relaciones sociales y de los patrones culturales que subyacen en la configuración de las TRA.

Ella me dijo que preguntara por andrología...y en el hospital no sabían ni lo que era lo de la andrología. No, no aquí sólo hay ginecología de...pues de mujeres, y digo: que no, que es para, que es para mi marido que viene... Pues no, pues no puede ser. Bueno todo un lío...Yo luego lo volví a intentar y dije: bueno, pues esterilidad, vale, pues esterilidad...Y esa fue la primera ¿no?, que digo: bueno ¿aquí qué pasa, que no hay servicios para hombres? O aunque sea para hombres se sigue utilizando el concepto femenino ¿no? [...] El tema de la esterilidad siempre se ha concebido que el problema era de la mujer y no del hombre, y siempre que no se podían tener hijos, era porque el mal lo tenía la mujer, el hombre no. De hecho yo creo que por eso, cuando vamos a los servicios, no existen siquiera ¿no? que es lo que te asombra y siempre se enfoca el tratamiento...el tratamiento siempre lo llevamos nosotras, porque yo es lo que sentí desde un principio ¿no? (E10)

Todo parece indicar que en la actualidad la presencia de las especialidades masculinas es mucho mayor que hace una década aunque, como se mencionaba hace un momento, la detección de un problema masculino remite indefectiblemente a las TRA.

Cuando fui a por los resultados me dice mi ginecólogo: uy, aquí, dice, yo de esto no entiendo mucho, porque no es especializado en...dice, pero yo esto lo veo muy mal ¿eh? Dice: aquí hay muy poquitos espermias. Yo no lo sé, si con esto ni si te podrás hacer una inseminación, yo creo que te tendrás que ir directamente a la in vitro, pero de todos modos me mandó a un, a un urólogo [...] fuimos al urólogo...y además el urólogo estaba especializado en fecundación in Vitro y todas esas cosas (E41)

A él le analizaron la calidad del semen...y luego le recetaron como unas vitaminas para ver si eso podía fortalecer, el esperma, ¿no? por decirlo así de alguna manera. Pero se ve que lo tenía bastante claro la doctora, se ve que por los porcentajes que salían, ella decía que, que fuésemos al grano (E40)

En las vivencias de las mujeres estos hechos dan lugar a situaciones que ellas relatan como 'anécdotas' curiosas, pero que tienen un trasfondo estructural claro. Aún cuando el diagnóstico de factor masculino y la remisión a los servicios de andrología haya convertido al varón en paciente, el desempeño de este rol será transitorio, puesto que -pese al uso de eufemismos u ocultaciones tras el término pareja- la principal, si no única, paciente será la mujer.

En el ambulatorio lo pusieron mal, porque le pusieron el nombre de mi marido y claro, pues del hospital llamaron a mi marido, y mi marido dice: hombre, dice, es que el

problema lo tengo yo, el problema es...es mío. Y dice la doctora: ya pero es que la in vitro no te la tienen que hacer a ti, se la tienen que hacer a tu mujer. Entonces esto tiene que ir a nombre de tu mujer no a nombre tuyo ¿sabes? (E41)

Una vez iniciado el ciclo de tratamiento, la asimetría se hará todavía más evidente si cabe. Tanto si se trata de un ciclo de IA como de FIV, las mujeres estarán varios días tomando -inyectadas en la mayoría de los casos- medicación para estimular la ovulación y sometiéndose a controles ecográficos, sabiendo, además, que si ‘todo sale bien’ les queda todavía un largo camino por recorrer. En los hombres, la participación se reduce a la entrega del semen. Una contribución ‘pequeña’ y sencilla, al menos en teoría, pero absolutamente imprescindible.

La que llevó más mareo fui yo, porque él realmente le tuvieron que decir: tal día tienes que traerlo, y ya está, o sea, que realmente la que lo llevo todo fui yo (E14)

Si el semen no llega en el momento preciso, todo el tratamiento previo -realizado sobre las mujeres- se viene abajo. Este hecho constituye, en opinión de ellas, una fuente de estrés para los varones, dificultando en muchos casos su ‘cumplimiento’. Se acaba convirtiendo en el principal coste -físico-emocional- que las TRA representan para los hombres. Resulta curioso observar que algunas mujeres expresan la comparación con lo que suponen para ellas en términos de “ellos también tienen que pasar lo suyo” (E11) porque “es desagradable” (E6). Las mujeres que han vivido la situación de que su pareja no haya conseguido obtener la muestra en el momento requerido enfrentan de modo muy intenso, en ese momento, la profunda asimetría que caracteriza la experiencia de ambos.

Nos hicieron el programita. Ahí, veinte mil estimulaciones, y la primera vez mi marido...no fue capaz de presentar la muestra. Se puso tan nervioso que no pudo presentar el botecito. Y yo un disgusto. Imagínate, y pinchándote días y días... El caso es que tenía él que llevarla a una determinada hora. Y me llama y me dice: no he podido. Y digo: ¿cómo que no has podido? Yo pensando: se le ha roto el coche. Y me dice: no, que no he podido físicamente. Yo: ¿qué? ¿no has podido hacerte una paja? Yo toda enfadada... Me dice: me he puesto muy nervioso y no he podido. Digo: pues hala, vámonos a hablar con el médico y a explicárselo. Y me ves allí, yo llorando. El mirando al suelo, todo avergonzado. Y la ginecóloga nos dijo: bueno, mira, esto pasa de vez en cuando. Rompemos el papel y hacemos como que esta vez no ha contado, porque, en teoría, cuenta (E28)

Su respuesta debe pasar por compaginar su reacción de enfado y/o incredulidad -que sienten profundamente-, con la muestra de una actitud de consuelo y comprensión hacia sus parejas. En ella movilizan recursos que tienen una fuerte resonancia con los códigos de género, como, por ejemplo, la empatía hacia su pareja y la capacidad y/o el deber de asumir la gestión del proceso, incluyendo la responsabilidad de administrar los costes emocionales que supone para ambos. El contenido del discurso que articulan las mujeres

es, en definitiva, casi siempre el mismo. Pero muestran matices que resultan significativos desde el punto de vista de su autopercepción como mujer y el rol que desempeña en esta situación.

Algunas adoptan una posición que podríamos denominar de ‘condescendencia’ hacia su pareja y con ello pueden evocar una cierta superioridad que se convierte en una fuente de valor, aunque no deja de percibirse como ambigua y engañosa.

Tú eres la protagonista, desde luego. Por mi ha pasado todo, básicamente, porque mi marido...él también las ha pasado moradas, es otro aspecto que no es nada fácil, porque que llegue un día ‘d’, y tienes que masturbarte y llenar el botecito, pues a lo mejor ese día el pobre hombre no tiene maldita la gana, entonces es muy duro, de verdad que es muy duro. Más de lo que cualquier persona que no haya pasado por esta situación se puede imaginar....Yo recuerdo uno de los días en que el pobre tenía que preparar el botecito de semen...un desastre, y me decía: es que no puedo. Y yo: ¿cómo que no puedes? se me va a pasar, tienes que sacarlo como sea. Y bueno, entonces sentir que como mujer, tú en esos momentos tienes que volver a sacar fuerzas como sea y ponerte seductora, y bailarle la danza de los siete velos... De verdad que espero que no llegues a experimentarlo nunca (E1)

Otras reconocen que la necesidad de hacer “el paripé”, con el fin de aliviar la tensión emocional de sus parejas -cuando son ellas las que más están invirtiendo en el proceso- las irrita intensamente. Son muchas las mujeres que en éste y en otros temas se erigen en el puntal que sustenta la estabilidad de pareja durante el proceso, lo que no deja de suponer un coste adicional para ellas.

Yo estaba siempre con el ¡ay! de que mi marido no va a presentar la muestrecita de los cojones y ya verás tú lo que vuelve a pasar y yo estaba con un miedo... Mi marido estaba, pobrecico mío, todo nervioso como diciendo: madre mía como te he defraudado. Lo que te he hecho. Y yo: que no pasa nada. Y por dentro tenía ganas de pegarle una paliza. Y yo pensando que me estaba pinchando quince días. Yendo todas las mañanas. Tres mañanas por lo menos a la semana que me iba a hacerme la ecografía vaginal, que menuda gracia la ecografía vaginal tantas veces, y tú solamente tienes que hacerte una paja y llevar un botecito, y me dices que lo tuyo es... ¿pobrecito mío? Y yo: claro, el estrés, el estrés. Manteniendo el tipo, pero por dentro lo mataría, lo mataría, lo mataría [...] Es muy estresante. Se hace una cosa muy fea. Pero también es verdad que hay gente que vive el tratamiento de fertilidad bastante bien... (E28)

10.2.1.2. El poder de decisión derivado de la asimetría

El proyecto de tener un/a hijo/a mediante las TRA es, inicialmente, ‘cosa de dos’, pero deriva, desde los primeros pasos en el circuito, hacia el ‘protagonismo’ femenino y hacia la relegación del varón a la función de colaborador y acompañante. El papel que desem-

peña la mujer como objeto de la mirada y de la intervención médica es abrumador. En cambio, su posición como sujeto está cargada de ambigüedad. En los casos en los que el éxito se consigue rápidamente, el problema se diluye, pero cuando el proceso se alarga, emerge en toda su complejidad.

Por lo general, el reconocimiento de la asimetría favorece la actitud masculina de atribuir o conceder a la mujer un mayor peso en la toma de decisiones ante casi cualquier disyuntiva que se plantee. En la práctica totalidad de los casos observados, las mujeres describen esta disposición de sus parejas.

Eso sí, él me dijo: pero esto lo decides tú porque eres tú la que más vas a sufrir (E11)

Lo dejaba bastante en mis manos, porque el peso lo llevaba yo (E3)

Pero este ‘poder’ de decisión casi nunca puede ser ejercido de modo claro y directo. Cuando las mujeres hablan de ello, de cómo se han sentido en cada uno de los momentos en los que han tenido que tomar una determinación, aparece la ‘maraña’ de factores en la que se encuentran enredadas. Su voluntad y/o su deseo se entrecruza con el que atribuyen a su pareja ya que, en definitiva, están embarcadas en una empresa compartida: la de tener un/a hijo/a. En el epígrafe 9.2 ya se comentó el modo en el que la actitud de ambos puede incidir en la primera decisión: la de optar por las TRA o por la de recurrir a otras vías, como la adopción, la espera -para dar más tiempo a la posibilidad de que el embarazo se produzca de modo natural- o la renuncia. Una vez iniciado el camino de las TRA, la percepción de que su ‘sacrificio’ es condición indispensable para seguir adelante, activa el sentimiento de responsabilidad, al tiempo que pone a prueba su fortaleza y su capacidad de entrega.

En la práctica, la situación en la que se encuentran las mujeres y las actitudes y comportamientos que de ellas se derivan son diversas y están estructuradas por la combinación de los siguientes factores: la intensidad de su deseo, la actitud efectiva de su pareja y el grado de claridad con el que perciban que el hecho de asumir la mayor parte de los costes las legitima efectivamente para decir la última palabra. Junto a ellos, la identificación de la causa de la esterilidad -si es principalmente femenina o masculina- puede llegar a ejercer una influencia notable en algunos casos. Esta diversidad es, resumidamente, la que se expone a continuación:

– La posibilidad de adoptar la determinación de interrumpir o abandonar los tratamientos, sin demasiadas complicaciones emocionales tan sólo se produce cuando se aúnan: la capacidad de relativizar su deseo de tener hijos/as biológicos/as, una actitud por parte de la pareja de mínima presión, y el convencimiento de que es ella la que tiene el mayor

derecho a decidir. Esta última actitud puede verse favorecida, como en el caso de la cita que se muestra, cuando la esterilidad es por factor masculino

Nosotros teníamos una amiga que, que ella ¡uy! a punto de coger depresión y todo porque no se quedaba embarazada, pero como yo tampoco le daba importancia...Entonces mi marido, claro, como veía que a mí no me...no le daba importancia, pues él tampoco se sentía...culpable [...] Y mi marido ni me insistió ni... Dice: pues si no te lo quieres volver a hacer, no te lo hagas...y ya está. Y ya no lo hemos vuelto a hablar...No, no le he dado más vueltas. Ni mi marido, creo que tampoco [...] El nunca me ha recriminado: es que a lo mejor si te hubieras hecho ese... hubiéramos tenido un...nada. Ni él, porque yo le puedo recriminar en un momento dado, ¡oye, que la culpa es tuya, no mía! ¿Me entiendes? (E41)

– Cuando la actitud del varón es percibida por las mujeres como la de que les dan plena libertad para decidir, se refuerza la sensación de que están actuando en nombre propio.

Él siempre me ha apoyado, sí. Y además nunca me ha obligado...Ni me presionaba a seguir, vamos a seguir, no, no, no (E40)

La falta de presión por parte de la pareja puede verse acompañada de la manifestación de impotencia -por parte de él- ante la imposibilidad material de compartir los elevados costes que supone para la mujer. En estos casos, las mujeres notan el peso de la responsabilidad que recae sobre ellas, pero se sienten acompañadas al máximo. Lo describen como una gran ayuda en una situación siempre difícil, en la que cuesta tomar decisiones. La conminación a seguir adelante viene marcada en mayor medida por la dinámica de arrastre de los tratamientos que por la actitud directa de la pareja.

Me ha dado siempre mucha libertad. Siempre: cuando tú te canses, cuando veas que no puedes más...pues cuando tú decidas te lo dejas y si dices: mañana no te pinchas más, no te pinchas más y adelante [...] Él ve que yo padezco tanto y que no puede hacer nada... él te dice: si pudiéramos compartirlo ¿sabes?, que yo pudiera hacer algo, o que me pincharan a mí un mes y a ti otro... Pero es que no se puede, tiene que pasar por ti, hasta que tú ya decidas, y cuando tu decidas que no puede ser, que no puedes más o que te cansas o no sé, que ya me he hartado, entonces me iré y adoptaré [...] Nosotros lo hablamos y él dice que yo soy la que me estoy pinchando, que lo que yo haga bien hecho, que él está colaborando conmigo en lo que yo quiera siempre y eso pues también te ayuda ¿sabes? (E24)

– En numerosas ocasiones la presión de la pareja se ejerce de modo sutil. En el mensaje explícito de que debe ser la mujer la que decida, se deja entrever la voluntad masculina de seguir intentándolo. El reconocimiento de la asimetría actúa como freno ante el varón, que admite no estar en condiciones de imponer su deseo de paternidad biológica a la mujer.

Él siempre estuvo apoyándome... La decisión de parar me la dejó a mí. Sí, porque él decía: bueno, podemos...si quieres...pero decídelo tú. Yo le dije: yo no puedo más, y me dijo: pues entonces no seguimos. Alguna vez, pues sí...yo que sé, pues también él, aunque lo ha vivido conmigo, me decía: bueno, y ¿no lo volverías intentar? Y yo le decía: lo tengo claro que no, lo tengo claro que no. (E30)

Pero tiene el efecto de hacer presente en ellas la evidencia de que su actitud y las decisiones que puedan llegar a tomar afectan a ambos. En estos casos, la presión no es explícita, pero sí perceptible y, en numerosas ocasiones, efectiva. La mujer percibe su condición de mediadora indispensable en el proceso reproductor del varón, lo que la sitúa en una posición de poder, cuanto menos, ambigua. La toma en consideración de los deseos masculinos y de lo que comenzó siendo un proyecto compartido, la lleva a intensificar la carga de la responsabilidad.

No era ni rabia, no, no rabia no. Era así de, de ¿por qué?, de decir: yo ¿por qué me tengo que meter en esto? Y ¿qué necesidad tengo de...? Pero tampoco tenía muchas contestaciones, ¿sabes? Yo creo que era impotencia de que es una cosa que tú quieres, porque te apetece también pasar por ahí por ti y por tu pareja, porque no era sólo yo [...] Él, yo creo que me dejaba, me dejaba decidir, lo que pasa que a él le apetece mucho, entonces es verdad que empezaba: ¿y si lo intentamos otra vez? A lo mejor cuando ya habíamos decidido que no más: ¿y si lo intentamos sólo una vez?, sólo una vez, y claro, al final cuando a ti ya se te había pasado un poco todo...pues ya al final decías: venga va, vamos a intentarlo otra vez, ¿sabes? Entonces, claro...no forzaba la maquina, si tú decías que no, era que no... No me presionaba, pero, es verdad que...el sí que tenía, si que le apetece, entonces inconscientemente sí que te iba... (E35)

– La coacción puede llegar a ser máxima cuando el varón hace ver de modo más claro que así como la decisión de tener hijos/as es cosa de dos, la de no tenerlos, también. En la medida en que las TRA ofrecen la posibilidad de intentarlo, se convierten en una ‘opción obligatoria’ para las mujeres, so pena de asumir unilateralmente la decisión de renunciar a ello. En estos casos, las posibilidades de que el reconocimiento de la asimetría en el reparto de los costes pueda potenciar la decisión genuina de la mujer son mínimas.

Si plantean con rotundidad la decisión de abandonar el tratamiento, el conflicto abierto con su pareja es irremediable. Ello puede provocar un intenso malestar en las mujeres y, si la presión masculina es persistente, las mujeres evidencian el falso poder que les confiere el ser las ‘protagonistas’ del proceso. Se trata de las situaciones en las que la localización de la causa de la esterilidad en uno u otra puede llegar a ser más influyente. Cuando es la mujer la que presenta los problemas, a la presión derivada de la responsabilidad que comporta la decisión se suma la atribución de la causa de la esterilidad, que se vive y verbaliza como “culpa”.

Una vez te dicen que no puedes, pero que tienes una oportunidad de tener por este medio, claro, como yo me siento culpable de no poder tener, digo es que si no lo intento...[...] Te das cuenta que igual que decidir tener hijos es cosas de dos, el decidir no tener hijos también es cosas de dos, claro porque yo podría vivir sin hijos, pero lo que no sabía yo es que mi marido sí que querría tenerlos [...] y dije: bueno pues ya que estoy metida, para que no me diga él me lo volveré a hacer [...] Como sé la postura de él, que me dijo, que la que no puede tener hijos soy yo, también me planteo de que si esto no funciona, pues me tendré que separar (E4)

En cualquier caso, aunque se haya identificado ‘factor masculino’, o aunque no exista diagnóstico claro, resulta difícil para las mujeres liderar la decisión. La percepción de que la posibilidad de que sus parejas se conviertan en padres biológicos está en sus manos puede llegar a pesar como una losa en sus intentos por tomar una posición propia y autónoma.

10.2.1.3. Entre la justificación y la denuncia

En las entrevistas realizadas, las representaciones, opiniones y actitudes de las mujeres ante el desigual reparto de cargas entre los miembros de la pareja que comportan las TRA presentan divergencias importantes. El desencadenante más habitual del discurso que analiza la asimetría -más allá de la descripción- es la consideración de que aunque la causa de la infertilidad se localice en el varón, la solución pasa por la intervención en el cuerpo femenino. El elemento clave que las distingue y ordena es si buscan o no explicaciones acerca de los motivos que conducen a ello y si en su perspectiva aparecen o no las relaciones sociales como factor determinante.

a) La ‘naturalidad’ de la intervención en el cuerpo femenino.

Una de las posiciones que el análisis permite identificar es la de quienes lo asumen implícitamente sin plantearse abiertamente interrogante alguno. El papel que desempeña el cuerpo femenino en el proceso reproductor explica sin más que sean las mujeres las que deben asumir la intervención en él que requieren las TRA. Se trataría, por tanto, de una representación que justifica tácitamente la situación en términos naturalistas. La actitud ante la asimetría que de ella se deriva puede ser variable, en el sentido de que la vivan peor o mejor, pero siempre desde una aceptación de que las cosas son así, sin buscar explicaciones ni imaginar otro horizonte posible.

b) *La ‘normalidad’ de la intervención en el cuerpo femenino*

La postura que podríamos calificar de ‘realista’ o ‘pragmática’ avanza un paso hacia la actitud reflexiva. En este caso, la asunción de que “las cosas son así” incorpora una consideración acerca del modo de proceder de las TRA. Pero no llegan a cuestionar su configuración. El argumento naturalista se une al criterio técnico. Podría decirse que, de algún modo, estiman que la naturaleza condiciona e incluso determina las posibilidades del proceso tecnológico. El veredicto, en términos de opinión es que, en términos prácticos, no puede ser de otro modo, aunque resulte “injusto”. La actitud que se puede tomar ante las TRA es pragmática y electiva y se resume en “tomarlas” o “dejarlas”.

Et pot pareixer injust però si no hi ha una altra opció...Claro, es que no n'hi ha, aleshores hi ha que ser racional, si l'opció es eixa pues es ixa, si vols l'agarres i si no, no. Si, que a nivell...és injust, que siguem mosatros les que hagem de parir, les que tal, les que duem el pes de la casa, les que...pero bueno, és que és algo tècnic i si no pot ser d'una altra manera, pues no pot ser. Però claro, només per això no vas a dir, pues no vaig, perquè, claro... (E38)

La vía de transición que permitiría el paso de la justificación naturalista a la incorporación de factores sociales queda abierta en el discurso que se enuncia desde esta posición. Como puede observarse en la cita precedente, la comparación hombre-mujer sitúa el tema en el terreno de las relaciones de género. Unas relaciones en las que la desigualdad está presente y en las que las cuestiones vinculadas a las diferencias biológicas se ‘suman’ a las relacionadas con las prácticas sociales. Se puede observar el salto semántico - de lo natural a lo social- que se produce en el enunciado cuando, sin solución de continuidad, se habla de la “injusticia” que supone para las mujeres el tener que parir y la de llevar el peso de la casa. En este sentido, parece que la actitud es la de no querer entrar en el tema, desde una posición que presenta a las TRA como una opción que, a pesar de las deficiencias que pueda tener, puede resultar interesante o útil para las mujeres.

c) *La presencia de factores sociales.*

Finalmente, aparece la posición ‘crítica’ que, además de describir la asimetría, la denuncia, situando en el plano de las relaciones sociales los motivos por los que las TRA generan costes tan elevados para las mujeres y desiguales en relación con los varones. En concreto, aluden a las relaciones de género, a su arraigo histórico y a su persistencia, y a cómo, en particular, han marcado el desarrollo de la investigación y de la práctica médica. Las diferencias biológicas y el distinto papel en el proceso reproductor de mujeres y hombres pueden explicar e incluso hacer inevitable que la intervención sobre cada uno de ellos sea distinta, pero no justifican el modo concreto en el que se materializan en la práctica de las TRA.

Como ya se ha comentado, el elemento que hace particularmente visible la falta de equidad son los casos -percibidos como frecuentes y en aumento- en los que, a pesar de que la patología reside en el varón, el tratamiento y la intervención médica se efectúa sobre la mujer.

Yo no tengo ningún problema, a mi todas esas pruebas me han dado bien. El problema, pues, parece que es de mi marido, entonces yo me siento como un poco coquejilla de indias en el sentido de que nos están dando a nosotras el tratamiento hormonal cuando a lo mejor...no digo que no...que no lo tomemos ¿no? pero a lo mejor... ¿por qué no se prueba con los tratamientos para hombres? [...] A lo mejor no hay posibilidad de investigación y la única solución que hay es la inseminación artificial y no hay otro método distinto, a lo mejor es posible, pero tengo la sensación de que...no sé, de que no... de que no se estudia más a fondo al varón...es una cosa totalmente absurda (E7)

Cuando se razona desde lo que se percibe como la lógica médica convencional -que vincula la causa con el tratamiento- la reflexión lleva a destacar la incoherencia en la que se incurre. La conclusión de que no puede ser de otra manera resulta injustificada, puesto que no se ha investigado lo suficiente o no en la dirección adecuada.

El discurso entra en el terreno de la configuración de la tecnociencia, reconociendo que factores distintos a los estrictamente técnicos influyen en ella. Y son éstos los que precisamente se cuestionan, desde el convencimiento de que las relaciones de género han jugado un activo papel en el resultado final.

Sentí como un poco de rebeldía, también, el decir: ¿por qué tiene que ser esto así? Que ya podrían haberse...inventado técnicas... Cuando lo he comentado dicen: bueno, ¿y qué?... La ginecóloga me dice: ¡ay! ¿qué más da uno u otro? es la pareja, ¿no? Digo: pues sí, pero no. Yo no lo veía del todo así. Si yo estoy enferma, me tienen que tratar a mí, y si la enfermedad la tiene él que le traten a él. Somos pareja sí pero...pero cada uno que lleve lo suyo ¿no? A nosotras ya nos tocan otras cosas Yo lo veía así, vamos, y lo sigo viendo así. Pienso que...¿por qué no se ha investigado ya?, ¿por qué no se han inventado ya técnicas para que?... Lo llevaba mal, lo llevaba mal y con rebote ¿no? (E10)

Una vez se ha producido el paso que sitúa el análisis en el campo de las relaciones de género y se percibe su peso en la conformación de las TRA, la cuestión de la causa de la esterilidad pierde relevancia. Se trasciende, de este modo, la lógica causa-tratamiento y emerge la denuncia del descuido, de la poca consideración hacia las consecuencias que tienen para las mujeres. De este modo, la reflexión va más allá de si es inevitable que la intervención sea desigual, ya que podría quedar justificada por las diferencias biológicas, y se centra en cuestionar lo indefectible de lo penosos que pueden resultar los tratamientos. La aplicación de la 'regla de la inversión' resulta enormemente útil para denunciar el

sesgo sexista del que adolecen las técnicas, que se encuentra incardinado en un marco más general, el de la investigación y la práctica médica.

De broma un poco, pero de verdad, digamos que si el embarazo lo tuvieran los hombres probablemente habrían investigado más de una manera diferente para no hacer toda la intervención sobre las mujeres, porque pesa sobre nosotras la mayor parte de las pruebas, las más dolorosas, la intervención tal cual después. Un poco a veces de broma sí que he dicho: si el embarazo no lo llevara la mujer, seguro que la investigación habría ido por otras vías que fueran más sencillas o algo así...[...] [Parte de la intervención] es inevitable, porque embarazadas estamos nosotras. Y claro, es inevitable, porque hasta que no se invente el útero en el hospital pues tendremos que llevarlo nosotras [...] Pero es como toda la investigación de medicina, que todo lo que se refiere a las mujeres no está tan desarrollado (E31)

Desde el punto de vista práctico, es poco lo que las mujeres que elaboran este discurso pueden o han podido hacer en su paso por los tratamientos para cambiarlos, pero indudablemente este análisis las dota de unos recursos inestimables para construir y reforzar su posición de sujetos. Están en condiciones de marcar distancias con el discurso tácito dominante y ello les permite, en cierto modo, escapar a la dinámica de sometimiento que se pueda generar.

10.2.2. Percepción y valoración de los costes físicos y emocionales

Sobre las mujeres recae el grueso de los costes, tanto físicos como psíquicos, que comportan los tratamientos. Se trata de un tema central en su experiencia y, por ello, es tratado con profusión en los testimonios aportados durante las entrevistas. La presentación del análisis, intentando encontrar el punto justo en la exposición, es decir, aquel que combina la muestra de la diversidad y la evitación del riesgo de caer en la excesiva exhaustividad y detalle en la información presentada, resulta especialmente difícil en este caso.

Sintéticamente se podría decir que la carga emocional que soportan las mujeres que han vivido los tratamientos de reproducción asistida es de tal magnitud que, frente a ella, los costes físicos que hayan podido padecer quedan desdibujados, integrados y/o traducidos, en su balance retrospectivo, en términos de repercusión emocional.

10.2.2.1 Inmersas en una “carrera de obstáculos”

Una de las principales fuentes de tensión en términos globales es la percepción del proceso de tratamiento condensada en la imagen de una larga carrera de obstáculos, en la que la imposibilidad de superar alguno de ellos puede situarte de nuevo como en el juego

de la oca- en la casilla de salida. En el epígrafe 10.1 se analizaban las metáforas del laberinto y/o de la rueda sin fin que ilustraban el modo en el que las mujeres se representan su tránsito por las distintas técnicas y cómo evocan la dificultad para vislumbrar o decidir la salida. Ahora, la imagen de la carrera de obstáculos se une a ellas para completar la complejidad del panorama en el que se ven inmersas.

La fragmentación del proceso reproductor en distintas etapas, que caracteriza la práctica de las TRA etapas (Franklin, 1992, Perrotta, 2008), da pie, inevitablemente, a esta percepción. En cada una de las fases sobrevendrá el éxito o el fracaso y lo que suceda condicionará la actuación posterior. Es esta expectativa -cargada de incertidumbre- la que se convierte en una fuente de gran ansiedad para las mujeres. El hecho de que ni el saber médico, ni la correcta actuación de los profesionales, ni el cumplimiento por parte de las mujeres de las instrucciones recibidas, puedan ofrecer una previsión razonable de lo que va a suceder, no hace sino incrementar el desasosiego con el que se afronta el proceso y cada una de sus etapas. La sensación de estar en manos de la suerte y del destino es compartida por todas las mujeres entrevistadas²³³, que describen globalmente el proceso como algo “duro”, “pesado”, “estresante y “agotador”, y estos calificativos se relacionan tan sólo relativamente, en términos de intensidad, con el resultado final conseguido²³⁴.

El proceso reproductor llega a ser algo extremadamente complejo, condicionado por múltiples variables, que ni la ciencia ni la tecnología acaban de controlar y el organismo se convierte en una insondable caja negra.

Jo lo que més al.lucinava, lo que pareix tan fàcil, que la gent se queda en estado i té xiquets i tot pareix tan fàcil i la de coses que intervenen i que han de estar bé pa que se puga la gent quedar en estado... Han de coincidir, jo què sé!, moltíssimes coses. Cada vegada te parlaven de unes coses i quan ja en tenies unes controlaes, hi havien unes atres que se te descontrolaven. I escolta, i que era interminable, era interminable, era molt llarg...(E9)

Cada una de las etapas define la consecución de un objetivo, pero es asimismo compleja y está expuesta al riesgo de fracaso, que puede provenir de distintos factores, gran parte de los cuales no serán identificados si esto ocurre²³⁵. La información que suelen manejar las mujeres es, resumidamente, la siguiente: la estimulación ovárica debe generar un número suficiente, pero no excesivo de ovocitos y deben ser del tamaño, grado de maduración y calidad suficiente; en el caso de la FIV, la extracción debe discurrir sin problemas; posteriormente, se ha de producir la fecundación y ello requiere que la calidad del esperma lo permita y que los gametos sean compatibles; los embriones conseguidos

²³³ Tal y como se ha explicado en el epígrafe 10.1.4.

²³⁴ Sarah Franklin fue una de las primeras autoras en evocar la metáfora de la “carrera de obstáculos”, basándose en la descripción que del proceso hizo una de las mujeres entrevistadas por ella: “la FIV es algo parecido a intentar correr el Gran National con los ojos vendados y con las piernas atadas una a otra” (Franklin, 1992: 85).

²³⁵ Ver epígrafe 10.1.4.2.

pueden sobrevivir o no hasta el momento de la transferencia; una vez introducidos en el útero ha de producirse la implantación, iniciándose el embarazo, que puede seguir su curso o puede desembocar en aborto, etc.

Lo vivía mal porque decía: es que claro, si no tengo suerte es otro y volver a empezar y entonces yo ya estaba un poco cansada [...] durante el proceso de la fecundación ya te digo que es mucho más pesado porque la presión es mucho más fuerte ¿no? y es que todo vaya bien, que los folículos sean todos de su tamaño correspondiente... que no haya una hiperestimulación... [Después de la transferencia] ahora a esperar por lo menos catorce días esperaremos, ale, pues nada. Y los catorce días eran desesperantes (E11)

En definitiva, cada ciclo se vive como un proceso largo y complicado, salpicado de interminables periodos de espera -paradigmáticamente el que sigue a la inseminación (IA) o a la transferencia (FIV)- en los que las mujeres están atentas a cualquier indicio que les anticipe el resultado. La ansiedad puede desembocar en un comportamiento obsesivo y prácticamente todas las mujeres describen el riesgo de absorción por el proceso. Retrospectivamente, algunas reconocen haber adoptado una actitud muy distante de su talante personal -casi enajenadas-, mientras que otras dicen haber intentado autocontrolarse, dosificando sus emociones.

Totalmente centrada. No había nada más que eso, y ya te digo que no soy nada obsesiva. Que llevé muy bien el tratamiento. Me pinche muy bien. Pero sí, te centras mucho. Es que como además te notas síntomas físicos, es muy difícil despistarte con otras cosas. Yo seguía trabajando y en el trabajo yo sí que me centraba. En el momento en que estaba en el trabajo yo estaba en el trabajo. Pero en el tiempo libre... Te tocas la tripa, piensas, calculas. Te vuelves a mirar cinco veces los papeletos que te han dado. Vuelves a mirar. Vuelves a mirar. Yo, para mí, me transforme en un monstruo (E28)

Yo misma me provocaba no pensar en...o sea, me...quería pensar en otras cosas. A mí me...me cortaba en decir: venga, no te ilusiones, no te imagines que lo puedes estar, o sea, hasta que no lo tengas seguro, yo para eso soy muy dura ¿sabes? (E36)

10.2.2.2 Costes y efectos físicos durante las distintas etapas del tratamiento

Pero incluso aquellas que reconocen que habían invertido muchas ilusiones en su proyecto de maternidad, pueden, a la vista del desgaste que supone el proceso y la amenaza de que se convierta en interminable, decidir -no sin dudas- su abandono, al menos por la vía de las TRA. La descripción que realizan las mujeres es relativamente variable, de modo que podría pensarse que esta diversidad está motivada por distintos factores. Algunos de orden objetivo y externo, como el tipo y el grado de tratamiento hormonal que

reciben o las circunstancias en las que se realizan las intervenciones. Pueden mencionarse, por ejemplo, la sedación y/o anestesia durante el proceso de extracción de los óvulos y el procedimiento utilizado o el hecho de que se haya producido algún tipo de incidencia. A ellos se suman otros que podrían considerarse objetivos pero personales, como la reacción de cada una ante el proceso de estimulación hormonal, o el distinto umbral de dolor y el grado de sensibilidad. Ciertamente, estos factores concurren. Sin embargo, en el curso de las entrevistas y expresados de modo más sutil e indirecto aparecen -junto a ellos- otros de orden actitudinal que permiten, como se mostrará a continuación, una interpretación y una lectura en clave de género.

a) Descripción de los costes físicos

La intervención que reporta mayores efectos físicos, sensaciones y alteraciones en el cuerpo es sin duda la administración de hormonas y es, asimismo la de mayor alcance temporal. En la primera fase del proceso la práctica totalidad de las mujeres ha recibido dosis de hormonas para estimular la ovulación²³⁶ -durante más o menos días en función de si se trata de un ciclo de IA o de FIV y del protocolo utilizado- que debe ser frenado en el momento adecuado -lo que se realiza mediante un nuevo suministro hormonal-. Ello supone que deben pincharse durante varios días, tarea que, por lo general, realizan ellas mismas.

Con alguna excepción, la práctica totalidad de las mujeres refiere en este punto cambios significativos en su cuerpo, sobre todo -aunque no sólo- cuando la estimulación se produce en el inicio de un ciclo de FIV. Los principales efectos que describen son: hinchazón y tensión abdominal, retención de líquidos y aumento de las mamas. Algunas mencionan otros añadidos, como por ejemplo: malestar, taquicardia, náuseas, dolor intenso y fiebre.

Me pinchaba al mediodía y, por las tardes, todas las tardes acostada, porque tenía mogollón de pinchazos, dolores, molestias, hinchazón. Bueno, me encontraba bastante mal y aparte, pues psicológicamente peor que físicamente (E13)

En los testimonios recogidos aparecen varios episodios de hiperestimulación, que si bien no requirieron ingreso hospitalario, sí que conllevaron la suspensión del ciclo. En otros casos la producción de óvulos fue muy elevada, manejando en uno de ellos la cifra de 40 y en varios cantidades cercanas o superiores a 20. Cuando aluden al suministro de hormonas lo refieren como “estás hormonada hasta las pestañas” o “te dan un tratamiento

²³⁶ Tan sólo dos de las mujeres entrevistadas han realizado algún ciclo “natural”, es decir, sin estimulación. Se trata de casos de IAD, protagonizados por mujeres con pareja femenina.

bestial, unas dosis de caballo”, en definitiva, expresiones que denotan la intensidad o agresividad del tratamiento.

Vas hormonada hasta las pestañas, o sea, las mamas las de Marilyn Monroe, la barriga, un barril, toda tú hinchada, y...cuando ha pasado el ciclo, cuando te han inseminado, has pasado la espera y aquello no ha sido fructífero, el bajón hormonal es...¡bueno!, una pasada, muy fuerte, el organismo se resiente. Se resiente porque no hay un equilibrio hormonal y te pones bastante mal, todo esto sumado a la frustración, al desencanto y al gasto de energía que dedicas... (E1))

Decidieron ponerme un tratamiento de estos brutales de estimulación y luego además, pues otro tratamiento para, digamos que la matriz fuera receptiva y tal [...] yo estaba como muy eufórica, pero también me daban unas taquicardias que me moría, vamos. Claro, tenía tratamiento para...tenía tratamiento para un caballo, vamos ¿sabes? (E25)

Sin embargo, algunas mujeres dicen no haber notado efecto alguno, y resulta particularmente sorprendente el caso de una mujer que lo afirma tras relatar el haber experimentado un síndrome de hiperestimulación, que le fue detectado cuando acudió a la cita para la extracción de ovocitos.

- Cuando fui, la primera visita de ese día, el médico ya me lo dijo, dice: es que tienes los niveles muy altos, dice, así no te puedo meter en el quirófano porque te puedes quedar en el quirófano... Vamos a probar un par de días, a ver, si te bajan los niveles. Y entonces me tocó ir tres días...a los tres días me suspendieron el tratamiento. Me dijeron que no...que no se arriesgaban, vamos, además no te cuenta, como no has pasado por el quirófano, no te cuenta.
- Y tú ¿cómo te encontrabas?
- ¡Nada!
- Tú no notabas nada
- No, nada... Nada, ningún, ningún síntoma, nada. (E41)

La fase de inseminación es descrita como prácticamente indolora por la totalidad de las mujeres que han pasado por ella.

En el caso de los ciclos FIV, la extracción de los ovocitos es otro de los momentos en los que algunas mujeres dicen haber experimentado dolor, pero su vivencia está estrechamente relacionada con el procedimiento utilizado y el uso o no de sedación y con el tipo de anestesia. Ésta es una de las actuaciones en las que, con el paso del tiempo, se han experimentado mayores cambios. Inicialmente la extracción se realizaba mediante laparoscopia, lo que requería anestesia general. Ninguna de las mujeres entrevistadas ha pasado por ello, aunque algunas -en la primera fase del trabajo de campo- lo evocan en mujeres conocidas que se sometieron a tratamiento con anterioridad. En las fechas en las que las mujeres entrevistadas durante el primer periodo vivieron la experiencia, ya estaba totalmente difundido el uso de la técnica de la punción y aspiración por vía vaginal. La

única diferencia observada se refiere al uso de sedación o anestesia. De sus testimonios se desprende que en aquellos momentos los centros privados ya utilizaban la sedación, mientras que en los públicos se estaba comenzando a implantar, de modo que algunas mujeres sí que refieren experiencias de dolor.

Te punzan el ovario como si fuese una aspiradora, aspiran y luego ya... (E16)

Sacarte los óvulos era horrible, no te duermen ni nada, lo estás viendo por pantalla... por abajo, te meten unas agujas largas, te pinchan, lo ves por una pantallita, tu lo estás viendo todo, te pinchan y ves como sale el óvulo y todo...(E14)

La verdad es que eso sí que lo tienen muy en cuenta, eso sí que... así como psicológicamente no lo tenían nada en cuenta, el tema del dolor sí que tratan de hacer el menor mal posible, te trataban con una delicadeza, con una delicadeza total. Porque bueno, estuve hablando con una paciente mía, que se lo ha hecho -pero por la pública- y allí sí que me contó que fue bastante doloroso, muy, muy doloroso, porque allí le quitaron los óvulos, la extracción de los óvulos y se lo hicieron sin anestesia, entonces sí que me contaba ella que la experiencia fue muy, muy dolorosa. Allí no, si que hubo una anestesia muy suave, que llegaba un momento que tenías ganas de dormir y era suave como para poder despertarte pues a los diez minutos, a los veinticinco minutos y salir de allí para irme a trabajar, entrar a las 8.30 de la mañana, salir de allí a las 11 y a las 11.30 estar aquí trabajando (E3)

En la actualidad, el uso de sedación está generalizado y ninguna mujer habla de la extracción como un momento de dolor. Algunas mencionan pequeñas molestias posteriores y el miedo o la aprensión que les produjo la entrada en el quirófano, pero lo recuerdan como algo puntual.

La fase de transferencia de embriones no se evoca como un momento particularmente difícil. La mayoría equipara las molestias que tuvo a las que comporta una citología. Asimismo, pierden importancia en comparación con otras fases del proceso (las pruebas, las extracciones de sangre, la estimulación ovárica, etc.).

b) Actitudes ante el dolor y el sufrimiento

Además de la descripción de las molestias físicas padecidas durante las distintas etapas de tratamiento, en numerosas entrevistas existen pasajes en los que las mujeres muestran sus disposiciones y actitudes hacia el dolor. De ellas se desprende que el modo en el que afrontan las experiencias -que anticipan como costosas en términos físicos- está conformado en gran medida desde parámetros que proceden de sus vivencias de procesos inherentes a su condición femenina, como son las molestias premenstruales, las reglas, las revisiones ginecológicas, las citologías, etc.

El análisis feminista ha realizado interesantes aportaciones en las que pone de manifiesto la construcción social generizada de los referentes cuya vigencia condiciona el modo de pensar, de sentir y de interpretar los procesos vinculados a la biología femenina. En este sentido, la relación de las mujeres con sus cuerpos está mediatizada, por ejemplo, por el androcentrismo de la mirada médica que históricamente ha definido al cuerpo femenino como distinto y ha convertido las diferencias en anomalías, contribuyendo a leerlas en clave patológica.

A esto se suma el hecho de que las mujeres han pasado por los tratamientos en el intento por llevar a cabo su proyecto de maternidad. Por ello, los modelos vigentes acerca de lo que ésta supone y requiere están influyendo -aunque sea de modo latente- en sus disposiciones y actitudes ante las dificultades.

Por un lado, la maternidad (biológica) está cultural y experiencialmente asociada a cambios y sensaciones corporales intensas, en los que el dolor-vinculado fundamentalmente al momento del parto- está notablemente presente. De este modo, aunque puedan vivir las penalidades derivadas de los procesos de TRA como algo que se ‘añade’ a lo que sería el curso natural, no deja de inscribirse en las representaciones acerca de los costes que implica la maternidad.

Por otro lado, la figura de la madre está revestida de toda una serie de atributos, cualidades y actitudes, conformando un modelo al que se supone que las mujeres que aspiren a serlo- adecuadamente- deben ajustarse. El espíritu de sacrificio, la capacidad de entrega, la renuncia, la relegación de los propios intereses a un lugar secundario, etc., pueblan el imaginario en el que habita la ‘buena madre’.

Todos estos elementos mediatizan las experiencias eventualmente penosas de las mujeres. Desde el momento en el que se realizan las pruebas, hasta el embarazo y el parto, pasando por los distintos momentos del tratamiento.

En las entrevistas pueden verse los recursos que movilizan, así como los referentes desde los que construyen el concepto de dolor. Así, nos encontramos, por ejemplo, con que alguna de ellas evoca un dolor ‘normalizado’, que se integra tanto en su expectativa como en el recuerdo de su experiencia.

Así dolor, dolor, no recuerdo [...] En términos físicos no, el dolor normal... (E12)

Me sentí mal y...porque estaba tumbada en la camilla, me dice la doctora: pues hay que cancelarlo... [...] Molestias, hombre, yo me notaba hinchazón en la zona abdominal...sí, pero normal, o sea, es lo que había leído que...que se debía sentir (E36)

La voluntad de tener un/a hijo/a puede sobreponerse sobre las sensaciones corporales, de tal modo que se consigue controlar la experiencia dolorosa a través de la adopción de una estrategia de mentalización que permite soportar e incluso dejar de sentir los efectos que el tratamiento produce sobre el organismo.

Yo no tenía miedo al dolor no...pensaba que el que algo quiere, algo le cuesta ¿no? y el dolor físico...no sé...es mentalizarte (E17)

Vaig entrar en el in vitro amb molt d'ànim. No em va resultar mes agressiva la medicació, no sé, a lo millor sí internament, però jo no ho vaig notar (E38)

Las pruebas han sido dolorosas, pero me daba igual. Iba con toda la idea de quedarme embarazada yo iba con mucha alegría y con mucha ilusión y... (E22)

Además, las mujeres activan sus vivencias precedentes, configurando una imagen de sí mismas como personas curtidas, temprana y sistemáticamente por las experiencias derivadas de su fisiología femenina. Unas vivencias que las hacen capaces de “aguantar” y relativizar el dolor. Aunque reconozcan que no todas las mujeres las sienten por igual, dando a entender que existen variaciones objetivas, subrayan la importancia de la actitud que se adopte, de cara a hacer posible y efectiva esta competencia. Una capacidad que puede llegar a desafiar la experiencia más intensa de dolor que figura en el imaginario femenino, la del parto.

Jo també pense que hi ha que aguantar el dolor d'una manera, no? no sé [...] Jo he tingut regles pa morir-me molt més fortes de lo que han sigut els parts. A lo millor com les meues regles de joveneta eren tant, però fortíssimes fortíssimes, que arribava a desmaiar-me i tot dels dolors que tenia. Pues pa mi això ha sigut no res a comparació de lo altre, però que escolta, que cada u som d'una manera i que cada embaràs...No ho sé, jo no he patit gens (E39)

Por último, resulta interesante constatar que el resultado final puede comportar una reconstrucción de la experiencia de dolor, borrando las huellas que de ella queden en el recuerdo. De este modo, además de relativizar el dolor experimentado -mediante el recurso a compararlo con vivencias anteriores que han desarrollado su resistencia-, lo redefinen, estableciendo la diferencia entre dolor activo, encaminado a la consecución de un fin y el dolor pasivo, que se vive como sufrimiento, como padecimiento ligado a la impotencia, al sinsentido (Rich 1986).

Yo creo que si en el tratamiento lo he pasado tan mal, como después ha compensado todo lo que me ha venido igual de la cabeza se me ha ido, me he olvidado de todo [...] El tema de los pinchazos...pero como yo con cuando tengo la menstruación también lo paso mal ¿eh? [...] Cuando te quedas embarazada lo primero que te dicen que se te notas es el pecho, que se te hincha mucho y es muy doloroso. Entonces, pensé, ni me enteraré, porque cuando me tiene que venir la regla el pecho se pone intocable, a veces incluso el sujetador me molesta (E27)

No és el problema de què faça mal, perquè després s'oblida, és...no sé...perquè me sentia molt impotent (E8)

10.2.2.3. Costes psíquicos. El ‘carrusel emocional’

La imagen más difundida para describir los efectos emocionales que sufren las mujeres durante los tratamientos de reproducción asistida es la de estar montadas en una “montaña rusa emocional” (Thompson, 2006: 76). En ella se contiene un elemento de tensión sostenida, combinado con la alusión a permanentes y bruscos altibajos anímicos.

Tal y como se comentaba un poco más arriba, tanto en el balance retrospectivo que hacen las mujeres de su paso por los tratamientos, como en las descripciones detalladas de sus vivencias durante las distintas fases, destacan con énfasis rotundo el desgaste psíquico y la inestabilidad emocional que padecieron, señalándolos como el principal coste que les ha reportado la experiencia, muy por encima del padecimiento físico.

Varios son los factores que se manejan como los principales motivos propiciatorios: el deseo y el empeño que han puesto en el proyecto, la dinámica inherente de los tratamientos²³⁷ y la anticipación y/o constatación del fracaso final o parcial de cada ciclo iniciado. Todos ellos amplificados por los efectos de las importantes dosis de hormonas que se les administran.

El resultado final obtenido y el número de intentos que han realizado influyen notablemente en la percepción y evaluación de los costes emocionales que les ha comportado el uso de las TRA.

a) *Las que lo han tenido “fácil”*

Las mujeres que han logrado su objetivo en el primer o en el segundo intento son las que están en condiciones más favorables para emitir un balance positivo de su experiencia en el que los costes quedan minimizados.

De las 41 entrevistas realizadas tan sólo dos mujeres niegan haber experimentado contratiempos físicos y/o emocionales que merezcan ser destacados.

En uno de los casos, su posición se vincula explícitamente al éxito conseguido.

No le he visto yo problema, vamos, en mi caso. Yo sé de otra gente que si ha tenido problemas y no, y no se ha quedado embarazada, con lo cual eso le ha generado, pues eso, depresiones y...pero yo he tenido mucha suerte (E26)

En el otro, la lectura se realiza en clave interna, en el sentido de que se reconoce una persona poco emotiva. Ella misma se reconoce distinta a las demás en este aspecto e incluso se llega a interrogar si la maternidad ‘adecuada’ puede ser compatible con esta falta de tensión emocional.

²³⁷ En el epígrafe 10.1.se ha expuesto en qué medida y por qué generan estrés, inquietud y desasosiego.

La veritat no ho he passat mal, no ha sigut una cosa... O és que jo sóc molt descafeïnada...[...] A vegades jo pense...inclús jo he arribat a pensar, com dient: açò serà normal? o sóc jo aixina molt...no sé...no? No, perquè també és una cosa que la vull, la volia fer i que tot, però que no, no li pegue tantes voltes a les coses com a lo millor una altra persona o...i de vegades pense: ai, què seré més desavorida? què no seré una mare com...? No, pense que no...(E29)

Pero, por lo general, incluso las mujeres que han logrado relativamente pronto su objetivo, dan muestras del desgaste emocional que les ha supuesto. En estos casos aparece un factor destacado como causa del malestar que han podido llegar a sentir, que cobra protagonismo frente a los anteriormente mencionados. Se trata del carácter “artificial” del proceso que ellas deben seguir para conseguir tener hijos/as. Algo que habían planificado -y otras consiguen- como algo privado y natural²³⁸. Los estrictos controles a los que son sometidas y la falta de privacidad y de intimidad, son destacados como una de las principales fuentes de tensión, decaimiento, rabia y malestar, por encima de los efectos físicos y por encima de otras fuentes de alteración emocional.

Es un proceso que, por una parte cuando decides tener críos, en principio es un proceso natural de quedarte embarazada, y cuando esto no es posible y vas a estas técnicas y te controlan el día de la ovulación, la cantidad de óvulos que llevas, la no sé qué, la no sé cuantos. Has de tener la cabeza...yo siempre lo digo, o estar muy tranquila tú para entrar en ese proceso y que no te altere mucho la vida, en general. Yo ya, previamente yo soy una persona muy tranquila y continuo siéndolo y en realidad no me afectó mucho ni físicamente, porque no tuve efectos secundarios y ya te digo que fue el primer proceso, pero sí que desgasta mucho, toda la tecnología en tu cuerpo y sobre todo en un proceso que teóricamente, que inicialmente, lo planificas como un proceso natural [...] Yo lo viví, a nivel objetivo no tuve efectos secundarios, me fue bien, me sacaron un número normal, o sea, ni muchos ni pocos. Y estuvo todo bien, pero sí que recuerdo que...era muy cansado. No físicamente sino psicológicamente, muy agotador (E31)

Jo no he notat ninguna sensació, pel medicament, ninguna...canvis d'humor, perquè vols una cosa que no arriba mai, però lo que és per l'hormonal, jo res, res [...] El primer dia que anava a fer-me l'inseminació anava eufòrica, el segon dia no haguera anat mai...No és agradable el que te fagen això i te sents mal al no poder dir: jolin, me gite amb el meu home i al mes següent estic embarassà. Me sentia jo mal, el tindre que arribar a passar per ahí, però bueno. (E39)

²³⁸ Este factor es mencionado también por otras mujeres, pero en el caso de estas últimas como el proceso ha sido más largo y difícil, no ocupa un lugar preferente en la evaluación de costes que realizan.

b) *Las que han vivido o percibido mayores dificultades*

En términos globales, las emociones que rememoran las mujeres que han realizado diversos ciclos sin éxito son: ilusión, desasosiego, decepción y desesperación.

Mientras van superando fases del proceso, la tensión emocional se mantiene. La ilusión por lograrlo se combina con el desasosiego de la dificultad que anticipan, derivada de la percepción de que están inmersas en la ‘carrera de obstáculos’. Los altibajos emocionales están relacionados con la sensación de inestabilidad anímica, pero se materializan abruptamente cuando se produce el fracaso. Si las experiencias fallidas son reiteradas, la carga psíquica se acumula, y conduce a la desesperación y al agotamiento.

Este esquema se reproduce de modo similar en las mujeres entrevistadas en los dos periodos observados. Pero se detecta un cierto cambio en el papel atribuido a las hormonas en él.

En las entrevistas de la primera fase, aunque por lo general se reconoce el efecto emocional que producen las hormonas, el peso que le conceden las mujeres a la hora de explicar las subidas y bajadas que experimentan en su estado de ánimo es menor al que le atribuyen las mujeres entrevistadas en la segunda fase. Todo parece indicar que la ‘cultura de la reproducción asistida’ ha ido reconociendo cada vez más la presencia de los costes emocionales durante los tratamientos y ha integrado como factor causal normalizado el efecto de las hormonas.

De este modo, en los testimonios de las primeras entrevistas las mujeres subrayan el fracaso del tratamiento y la imposibilidad de realizar su deseo de maternidad como las principales fuentes de estrés y decepción, por encima de los efectos del tratamiento hormonal.

Te ilusionas cada vez que te inseminas, tienes una pequeña esperanza y luego resulta que no, entonces poco a poco te vas desilusionando y poniendo nerviosa porque ves que pasa el tiempo, además, y con una edad...voy a cumplir treinta y ocho años dentro de poco y ves que...esto no sucede nunca [...] Lo he vivido con mucha ilusión al principio pero con mucha decepción a la vez [...] Para nada me he sentido enferma todo lo contrario lo que me he sentido...desesperada, desesperada porque no le veo salida... (E21)

Psicológicamente todo el mundo está fatal, tiene, pues, altibajos...Alguna gente piensa que es de las hormonas, que si es un tratamiento hormonal. A mí me parece que no, o sea, el deseo...pues, de ser madres ¿no? (E7)

La relegación a un segundo plano del papel que juegan las hormonas comporta, por un lado, la atribución a la relativa ineficacia de los tratamientos la frustración que experimentan. Por otro lado sitúa a las mujeres en la posición de que depende de ellas, de su capacidad de resistencia y de su fortaleza, la posibilidad de hacer frente a la situación. En este punto pueden activarse los estereotipos de género relativos a las cualidades maternas.

les, conduciendo a las mujeres al imperativo del autocontrol, a poner los medios que sean necesarios para conseguir la estabilidad que les permita olvidarse de sí mismas.

Yo sé que estoy decayendo [...] y yo no puedo estar mal conmigo misma ¿me entiendes?, yo tengo que estar bien, porque si tengo que ser madre tengo que estar preparada y no tengo que estar pensando en otra cosa, en lo que me afecte y nada ¿me entiendes? (E24)

Precisamente por ello, las mujeres que han sentido una fuerte inestabilidad emocional se sienten en cierto modo aliviadas cuando descubren que las hormonas han podido jugar un activo papel en su “estado mental”.

T'ho passes mal perquè poses molta il·lusió en tots els tractaments i això. I cada vegà que no te quedés, pues te'n vens a baix. I después una altra vegà i una atra vegà. I cada vegà ja és sobre moltes vegaes anteriors i te costa alçar el cap [...] I encara no havies obert la boca i buaaa i vinga plorar com una madalena. I dic: no me preguntes què me passa, perquè és que no sé què me passa [...] Per lo menos, lo que vaig traure en clar és que no m'estava tornant loca, que bueno, que és algo que passa, que té una causa...(E9)

En las entrevistas de la segunda fase, la práctica totalidad de las mujeres que dicen haber sentido inestabilidad y altibajos emocionales -que son la mayoría- mencionan a las hormonas como factor explicativo importante. Ello no implica que lo consideren el único. Más bien lo que hacen es evocarlo como el causante de un estado de fragilidad emocional que las hace enormemente vulnerables a la hora de afrontar un proceso que por sí solo ya es estresante.

El efecto de las hormonas queda descrito como inductor de un estado cercano al de trastorno de la personalidad²³⁹.

Acababa un ciclo y decía: yo ya no quiero saber nada, a mí esto me deja muy agotada, porque luego, además, todas esas hormonas es que...el humor te lo cambian, o igual estás muy eufórica que estás que aún no te han dicho: hola, y ya estás llorando (E32)

Era una sensación de falta de control, de irritabilidad, de llorar, de reír. De querer a mi marido, de odiarlo. Era una cosa que decías: yo no soy yo. Hostia, una sensación de falta de reconocimiento de mi propia personalidad. Era brutal ¿eh?...Como se lo atribuía a las hormonas yo pensaba: esto se pasará. Y yo es que de cara a mi marido le decía: esto son las hormonas, tú tranquilo. Pero allí no te explican nada (E28)

Por un lado, el hecho de poder identificar un factor externo como causa de su estado favorece la posibilidad de intentar gestionar el proceso, en el sentido de que pueden ope-

²³⁹ De hecho alguna de las mujeres, psicóloga, lo compara con el “trastorno límite” (Rosa).

rar una disociación entre su identidad ‘auténtica’ y su identidad ‘adulterada’, aunque en la práctica es una tarea imposible de realizar en el momento en el que se produce. Esta estrategia les sirve como mucho, en el momento, para facilitar las interacciones con los otros y, sobre todo a posteriori para reconstruir su experiencia.

Yo lo llevé peor cuando ya llevaba tantas dosis de hormonas, llegó un momento en que dije: no puedo más, pero...no por el rollo de cabeza, si no porque es que físicamente me encontraba fatal, o sea, bueno y, y psíquicamente, o sea yo...en el puesto de trabajo me decían: estamos ‘chuckys²⁴⁰’ hoy. Al final, ya, tenían la coña, ¿eh? porque claro tenía unos cambios hormonales que eran estupendos (E30)

Por otro lado, la atribución a las hormonas de su malestar emocional corre el riesgo de ocultar o minimizar al carácter inherentemente estresante de los procesos de TRA. Convirtiéndolo a las hormonas en las principales responsables de los efectos y costes emocionales se deja en un plano secundario el factor causal que deriva de la configuración de las TRA. Pero, por lo general, las mujeres entrevistadas no incurren en él. Tal y como se apuntaba hace un momento, lo identifican como un coste adicional, que tiene además el agravante de colocarlas en una posición de fragilidad como sujetos, pero que se suma a los demás.

Era como si no tuvieras el control de tus sentimientos o de tus sensaciones o de tu...sí, era como...no sabías cómo ibas a reaccionar. También yo entiendo que se mezclaría...yo lo achacaba a las hormonas, pero también se mezclaría con el arrastrado²⁴¹, las decepciones...y todo eso, lo que pasa, lo que pasa es que yo notaba más fuerte cuando estaba justo en ese momento, que yo creo que me salía todo, me salía la hormona y lo que no era...la hormona... (E30)

10.2.2.4. Fuentes de estrés específicas, relacionadas con la fase del ciclo

Además del impacto emocional de las hormonas recibidas durante la estimulación ovárica, cada etapa conlleva una fuente de tensión específica.

a) La producción de ovocitos

Tras la estimulación, la que deriva de la preocupación por la respuesta de su cuerpo, que debe producir el número adecuado de ovocitos. La cifra considerada idónea se esta-

²⁴⁰ Alude al personaje de la película “Child’s Play” (“El muñeco diabólico” en su versión española), dirigida por Tom Holland (1988)

²⁴¹ Esta mujer ha explicado en otra parte de la entrevista cómo se sintió “arrastrada” por la dinámica de los tratamientos y, retrospectivamente se lamenta de no haber contemplado más tempranamente la opción de adoptar (solución que ya había ‘resuelto’ su problema en el momento de la entrevista).

blece mediante la articulación de criterios técnicos con referentes derivados de la cultura epistémica de las TRA.

Si se trata de un ciclo de IA, el principal temor es el de producir demasiados óvulos, ya que aumenta el riesgo de embarazo múltiple, y puede conllevar la suspensión del proceso.

En cambio, en un ciclo de FIV la paralización del proceso puede sobrevenir tanto del hecho de que la respuesta no sea ‘suficiente’ -menos de tres óvulos- como de que sea excesiva, aunque este límite es menos estricto. Tan sólo si se produce un síndrome de hiperestimulación que haga prever riesgos elevados en el proceso de extracción, quedará interrumpido el ciclo.

La cultura epistémica que rige las TRA contiene una norma que se traduce en la expectativa de ‘cuanto más, mejor’.

Para la in vitro lo que buscan es la mayor cantidad posible. Entonces yo hice cuarenta, que es una animalada...y maduros o que estuvieran bien, me sacaron veinticinco (E28)

Está relacionada con la base estadística desde la que se construyen los indicadores de éxito en términos de probabilidad y alienta en las mujeres el optimismo cuando “hacen muchos óvulos” o la decepción y el pesimismo cuando “hacen pocos”.

Me dijeron: pues mira te hemos extraído tres folículos. Digo: ¿tres? ¿sólo tres? Dice: bueno, eran cuatro, pero nos salían tres. Total, claro... salí desanimada. Le dije a mi marido: con tres, olvídate, porque si la otra vez con nueve se cogieron tres... [y no fue adelante ninguno] Dice: bueno, ¿tú qué sabes? Es que tú enseguida haces una regla de tres, con tres tal... (E11)

Si se supera esta etapa, se ha dado un paso hacia el éxito pero aún queda un largo camino por recorrer. La ilusión se mantiene y la preocupación se desplaza. En el caso de la IA, a la espera del resultado de la inseminación y, en el caso de la FIV, a la fase de producción de embriones.

b) La producción de embriones

Los dos o tres días desde que les extraen los folículos hasta que les comunican si se han conseguido embriones, su número y su aspecto, es un periodo breve, durante el que las mujeres “no pueden hacer nada” para contribuir al desenlace de esta fase. Hasta ahora, han desempeñado un papel activo. Desde la voluntad, se han comportado adecuadamente, pinchándose -religiosamente- las hormonas, acudiendo a los controles, a las analíticas y poniendo su cuerpo a disposición para la intervención de extracción de los folículos. Y desde lo corporal, la respuesta ha sido positiva.

A partir de este momento, se produce un salto cualitativo. Tal y como lo expresa Manuela Perrotta (2008), “el cuerpo deviene líquido” y el protagonismo lo adquieren los gametos que, separados del cuerpo, quedan en manos expertas para hacer posible la fecundación. Algunas mujeres evocan la vivencia de intentar vincularse con lo que no deja de ser su proceso reproductor desde la separación física que el procedimiento les impone. Para ello recrean el escenario y/o, desde su impotencia, hacen un ejercicio de fuerza mental que desearían transmitir a sus ovocitos.

Piensas: pues estarán en la probeta. Te imaginabas que estarían en el hospital, te imaginabas el edificio y ahí en un laboratorio, sí... (E31)

Esos dos días, de verdad que son horriblos, porque en esos dos días ellos se tienen que fecundar y, en esos dos días, yo: que se fecunden, que se fecunden, que tenga embriones que tal... (E11)

La información sobre el resultado se comunica de modo distinto en los centros públicos y en los privados. En los primeros el “veredicto” lo obtienen el mismo día en el que, si es favorable, se les hará la transferencia.

Yo estaba allí sentada y estaba con una carita que cuando me vio...una de las mejores enfermeras que hay allí, me dijo: ¿qué, estás esperando el veredicto? Digo: sí. Y otro señor que estaba con su esposa me dijo: oye, eso del veredicto, ¿qué es? Digo: pues estoy esperando... Dice: ¿no sabes si estás embarazada? Digo: no, estoy esperando si...-porque ellos era la primera vez- si han fecundado mis ovocitos para transferirlos...Me dijo: ¡ay! es que no sabemos nada de eso. Digo: bueno, pues poco a poco lo sabréis (E11)

Este modo de proceder genera en las mujeres una ‘incomodidad’ que va mucho más allá de la posibilidad de haber realizado un desplazamiento inútil. Su estado de ánimo es absolutamente ambivalente, ya que deben disponerse, tanto a la alegría del éxito y a la intervención subsiguiente -la transferencia-, como al enfrentamiento del fracaso, y deben hacerlo, además, en un entorno público, de falta de intimidad.

En los centros privados el trato dispensado es percibido como mucho más considerado hacia la paciente. Se les informa por vía telefónica e incluso pueden llamar para interesarse por el desarrollo de los embriones durante el periodo de espera.

Estan tres nits, i tens, te donen el telèfon i tu pots cridar a vore com van, si van...si van bé o no (E35)

La evaluación que hacen las mujeres del resultado obtenido sigue en este punto afectada por la lógica cuantitativa. A más embriones conseguidos, mayor probabilidad de éxito o por lo menos de que alguno de ellos sea ‘bueno’.

Entonces, bueno, cuando entró la bióloga y me dijo: sólo te ha fecundado uno, se me cayó el mundo a los pies. O sea, ahí fue fatal. Y nada, me lié a llorar. Estuve llorando cuatro horas [...] Y bueno, no me quedé. Fue totalmente un desastre. Y nada, y luego estuvimos, volví a ir a consulta para que me dijeran qué había pasado, me dijeron que no sabían por qué no me había quedado, que bueno, que uno era muy poco y podía deberse a eso... (E13)

Nos pasaron a microinyección y esta vez me sacaron ocho folículos, siete ovocitos. Y de los siete fecundaron cuatro, pusieron cuatro con microinyección y con los otros tres intentaron fecundarlos con una in vitro normal. Y nada, me pusieron los cuatro que habían fecundado y yo, supercontenta, porque cuatro al lado de uno. Y tampoco me he quedado embarazada (E13)

El fallo -personal- de esta norma epistémica es una experiencia por la que han pasado muchas de las mujeres entrevistadas. Se trata de casos en los que habiéndoles extraído un número elevado de ovocitos, no llega a fecundar ninguno o tan sólo unos pocos. O incluso, varias de las mujeres relatan la situación en la que habiéndose generado muchos embriones, cuando llega el día de la transferencia se encuentran con que los que han sobrevivido son pocos o ninguno. Lo que se quiere subrayar en el análisis es que la pervivencia de esta norma es fuente de confusión y, eventualmente, de desencanto para las mujeres que han creído en ella.

Jo responia bé a la medicació, entonces... me van eixir dotze òvuls, se van fecundar sis normals i sis en (ICSI), els vamos dotze...vamos..se van fecundar...el dia que arribem a ficarmel's...mos diuen que només ne quedaven tres i estaven, vamos, que no es veen molt pa continuar...mos vam quedar super parats, clar.. (E35)

c) *La espera del embarazo*

Cuando se han conseguido embriones y éstos han sobrevivido hasta el momento de la transferencia, el proceso entra en una nueva etapa. Hasta ese momento, la ciencia, los expertos y las mujeres han desempeñado el papel que les correspondía. A la vista del resultado pueden pensar que -todos- lo han hecho razonablemente bien y que, además, han sido favorecidos por la suerte. El retorno al cuerpo (Perrotta, 2008) supone para las mujeres el ingreso en una nueva condición como agentes, puesto que, a partir del instante de la transferencia, todo queda “en manos de la naturaleza”. Una naturaleza encarnada en su cuerpo.

El modo de vivir el periodo de espera hasta ver si se produce o no el embarazo es semejante en los procesos de IA y en los de FIV. Aunque en estos últimos la esperanza de conseguirlo es mayor, debido a que la fecundación ya se ha producido. En el caso de la IA lo que se introduce en el cuerpo es el esperma, mientras que en la FIV son embriones.

Se está, por lo tanto un paso más adelante y la efectividad que se atribuye a la técnica es mayor.

No obstante, ambas situaciones se perciben como una etapa en la que se conjugan pasividad y, en cierto modo, responsabilidad personal.

Es que eso no depende ni de los demás, depende de la naturaleza, que te coja o no te coja, tú te tienes que tirar en un sillón y esperar, o sea, te hacen de todo y tú no puedes hacer nada (E4)

Es uno de los momentos que las mujeres describen como de mayor ansiedad y tensión psicológica. En otras fases del proceso como, por ejemplo, el periodo en el que están en tratamiento para la estimulación hormonal, el estrés es importante, pero se vive desde un comportamiento activo.

Lo pitjor per a mi era una vegada t'ho han implantat. L'espera fins a saber si estaré o no estaré. Lo altre era més dinàmic. Era, ara vas, et donen la medicina, te la fiquen tres dies, després anaves a que et pegaren una punxada per a madurar-los, enseguida te'ls treien als dos dies... era un poc com que cada dos o tres dies tenies una faena que fer...Clar, te'ls ficaven i se t'acabava la faena, i esperar, i esperar, i per a mi l'espera pues era el pitjor (E38)

En su intento de contribuir en lo posible al éxito, lo único que pueden hacer es “portarse bien” evitando esfuerzos y cuidándose, tanto en el plano físico como en el mental. Intentan estar tranquilas -lo que no deja de ser difícil e incluso paradójico en este momento de máxima tensión- y pensar en “positivo”, por muchas decepciones previas que puedan haber experimentado. Son muchas las mujeres que, si pueden, cogen la baja laboral e intentan minimizar su desgaste, aunque les hayan dicho que pueden hacer vida normal, aunque reconozcan que en última instancia su comportamiento, ahora, no resulte decisivo. Por ellas, que no quede.

Agarraba la baixa dos o tres dies, i en casa, que vamos, que no me menejava, gitae-ta, amb les cametes en alt. Ara ho penses i te dóna risa. Però en ixos moments no te'n donava ninguna risa, perquè, de veritat, és un patiment; i me n'anava a treballar i no voldia fer ningún esforç, i si feia algun esforç, jo deia: ala!, si estava embarassà, ja no ho estic. Una menjà de cap! (E39)

La imagen de sí mismas que describen es de disociación entre cuerpo y subjetividad. Su cuerpo, como territorio en el que se está desarrollando la acción, se convierte en objeto de su mirada, de su atención, en busca de señales para interpretar lo que está ocurriendo.

Es una mirada interna, hacia ese cuerpo que perciben como algo propio y a la vez extraño y que, en función del resultado, se desvelará como aliado o como enemigo²⁴².

Era más ansiedad, de ver si responde mi cuerpo, a ver si ya...era eso, los días de espera...esos 4 o 5 días de que: desde hoy me puede venir, a ver si se me retrasa y me da positivo o a ver...ahí sí que tenía mucha ansiedad (E3)

El momento de máxima tensión se produce cuando se acerca el día en el que les podría venir la regla y la situación se agrava en la medida en que saben que las señales que emite su cuerpo son a la vez intensas y ambiguas. Los síntomas del embarazo son semejantes, dicen, a los premenstruales y, además, están presentes los efectos de las hormonas recibidas.

La primera semana, ni fú ni fá, porque como sabes que en esa semana no pasa nada, pero a medida que se aproxima la segunda semana sabes que, por lo menos yo, hacia el día 12, empezaba a marcar y ya, hacia el día 14-15 me bajaba ¿no?, con lo cual...empiezas a conocerte el cuerpo muchísimo, que si se me hincha una teta, que si se me deshinchaba la otra, esto quiere decir que ya me va a bajar la regla, con lo cual...bueno, se crea una ansiedad desesperante, desesperante. Yo recuerdo una noche que creí que me tenía que ir de urgencias a un ambulatorio...porque tenía un ataque de ansiedad, pero...pero desafortunado, una cosa bárbara, muy mal, muy mal (E1)

Cuando te tiene que bajar tu próxima regla, como te has hormonado, pues todas las señales es como si estuvieses embarazada. Los pechos duros, molestias como náuseas inclusive, que ya no sé si es psicológico o es de las hormonas que te inyectas [...] Todos los síntomas, todos, todos. Y luego es que no. Entonces es una alegría y por el otro lado es un chasco, y eso muy continuo...a mí no me gustaba esa sensación (E40)

El retraso de la menstruación y la aparición o no del sangrado pueden ser, de nuevo, signos equívocos del resultado. Algunas de las mujeres entrevistadas describe un retraso notable, que las lleva incluso a realizarse las primeras analíticas de embarazo, a través de las que se le informa que no está embarazada. Otras, en cambio, tras haber “manchado” - con la consiguiente decepción- descubrieron más adelante que estaban embarazadas, que habían tenido “una especie de regla rara”, que no señalaba el fracaso del tratamiento. Pero que el sangrado no sea abundante tampoco significa que el embarazo se haya producido.

En definitiva, la situación de no poder hacer nada más que estar a la espera y el hecho de que la observación minuciosa de los signos corporales sea a la vez inevitable e inútil, genera en las mujeres una tensión y una ansiedad máximas, que lleva a algunas, incluso a decir que se sintieron aliviadas cuando se les comunicó que no había embarazo. Con ello

²⁴² La complejidad de esta relación ha sido magníficamente estudiada desde orientaciones psicoanalíticas, entre las que destacan, por ejemplo, la de Tubert (1991) y la de González Chávez(1998).

muestran la tensión que conlleva la incertidumbre, desde una posición de pasividad e impotencia.

Incluso cuando estábamos esperando a que nos dijeran si sí o si no, que yo pensaba que no, porque había manchado, y eso, cuando nos dijeron que no, entonces descansamos, porque la duda es lo que te hace estar... no sé (E17)

d) *El embarazo 'provisional'*

La confirmación del embarazo tampoco se produce de modo inmediato, sino que sigue un proceso, de nuevo marcado por una relativa inseguridad. Las mujeres han sido, por lo general, alertadas para que no realicen test ni pruebas por su cuenta, dada la imprecisión de los resultados que pueden obtener. Pero tampoco las pruebas clínicas que realizan los centros son resolutivas desde el principio. El resultado del análisis de orina -si es que se hace- debe ser ratificado, posteriormente, por uno de sangre -que mide los niveles hormonales- y éste por una ecografía en la que se observan los sacos gestacionales y el latido cardíaco fetal.

Cuando la analítica de sangre da positivo, las ilusiones se acrecientan, pero la incertidumbre se mantiene todavía hasta la ecografía que se realiza dos semanas después.

Cuando te dicen que estás embarazada, en lugar de un análisis de orina lo hacen de sangre, entonces ahí te aseguran que estás embarazada [...] el análisis hormonal indicaba que yo estaba embarazada, era que mi cuerpo había reaccionado bien [...] cuando fui a la ecografía teóricamente el embarazo era de seis semanas... Fue muy negativo el médico, porque me dijo que tenía, que veía una masa, que no veía ningún embrión, no veía ningún saco y que probablemente sangraría en breve, en pocos días (E31)

Si el resultado de la ecografía es dudoso, se repite a la semana siguiente, manteniendo un poco más la tensión.

Y a la siguiente semana el otro médico también te dice que de una semana a otra a veces el latido no se ve y luego sí... Y en esa ocasión sí que me dijo que sólo se veía un saco...Que había un embrión implantado, había latido pero que no había más que uno. Esa mañana te dan de alta allí. Porqué teóricamente es un embarazo normal. Si está implantado... (E31)

Cuando se confirma el latido, experimentan, quizá por primera vez, la sensación rotunda de éxito.

Ya nos habíamos hecho a la idea de que no -porque había manchado-, pues de pronto te dicen que sí y dices ¡Dios mío! si es que vamos a ser padres y entonces no

me podía creer que dentro de mí estaba ya el embrión, mi bebé, y que al final lo habíamos conseguido ¿no? enseguida...lo que pasa que aún...aún, claro, aún teníamos que esperar dos semanas para ver el latido entonces me dijo: espérate porque te ha dado positivo pero se tiene que ver el latido entonces, bueno, pues aún faltan dos semanitas y eso. Entonces cuando ya vimos el latido pues...mi marido se puso a llorar, yo me emocioné y...fue increíble y ya salimos de allí y dijimos: mira, pues esto ya está (E11)

Aunque, ciertamente, tan sólo tras el nacimiento de la criatura habrán logrado el objetivo. Si sobreviene un aborto cuando el embarazo ya estaba establecido, la decepción que puede experimentar toda mujer a la que le ocurra esto -en un embarazo deseado- se ve acrecentada en el caso de las mujeres que han recibido tratamientos de reproducción asistida. Cuando creían que su esfuerzo había cobrado valor y se podían sentir recompensadas, deben encarar el retorno al comienzo.

La tecnología utilizada en las ecografías hace visible el interior del útero y dota de un plus de realidad la vida que se está comenzando a desarrollar en su interior. Ello favorece el establecimiento de vínculos tempranos con lo que consideran ya su/s hijo/s. Cuando el proceso se detiene, la sensación de pérdida es importante.

A la semana ya tienes foto de ecografía de esos dos...embriones...a la semana siguiente ya te dan otra foto de ecografía, o sea tú ya vas paseando y enseñando tus niños, pues por ahí. Entonces te están dando...te están alentando muchísimo [...] y después ocurre esto, y te vas y te dicen: bonita, lo sentimos muchísimo, cuando quieras vuelves, que estamos aquí... (E2)

Las mujeres que han pasado por esta experiencia y lo intentan de nuevo viven todavía más si cabe la sensación de que su embarazo es provisional.

Cuando nos dijeron que sí, no nos lo creíamos casi, y al principio no queríamos decirlo, porque no nos pasara también como en el otro aborto y tal, pero bueno, en casa como lo sabían todo, lo dijimos enseguida y luego ya cuando se vio que latía el corazón y eso pues ya sí que lo comentamos (E32)

10.2.2.5. Estatus ontológicos de los gametos y los embriones. La tensión de la disonancia

A lo largo de su recorrido por los tratamientos de reproducción asistida, las mujeres conceden simultáneamente dos estatus ontológicos distintos a los gametos y a los embriones²⁴³. A partir de ellos se estructuran los campos semánticos en los que se constru-

²⁴³ El término preembrión, aunque es conocido por las mujeres y utilizado por la medicina, no aparece nunca en las entrevistas realizadas.

yen las representaciones, desencadenando procesos de significación muy cargados desde el punto de vista emocional.

Por un lado el deseo de hijo/a impulsa la tendencia a representarse, incluso cada game-to ‘conseguido’ como “su futuro bebé”.

Te llevas el esperma, calentito, te lo tienes que poner entre el pecho y ahí ya tú te haces pues, una ilusión, porque ya llevas el esperma ahí como diciendo: ah! mi futuro bebé, esto puede estar aquí dentro, ¿no? (E40)

Pero, por otro lado, el conocimiento de las dificultades que pueden experimentar o la experiencia de decepciones anteriores, lleva a las mujeres a representarse o a designar incluso al embrión implantado y al embarazo ya confirmado como un ‘proyecto’, como un potencial, cuyo desarrollo se puede detener. Al hacerlo, estarían intentando ser prudentes, disponiendo un mecanismo de defensa emocional.

Si el embrión se conceptualiza como un conjunto de células en desarrollo, su evolución -positiva o negativa- se representa y expresa en términos de “ir adelante” o “detenerse en su crecimiento”. En el último caso, la paralización puede ser definitiva, si “se pierde”, o provisional, como ocurre por ejemplo cuando los embriones son crioconservados.

En cambio, si se piensa como bebé que se está formando o se anticipa como el hijo nacido, la designación del proceso de desarrollo transcurre en términos de vida o muerte. La impronta emocional que conlleva es, obviamente, en este caso, mucho más intensa.

En las entrevistas realizadas puede verse el modo en el que las mujeres manejan ambas concepciones. Se pone de manifiesto, sobre todo, en las interacciones médico-paciente, cuando se produce un desfase, una disonancia entre el lenguaje representacional que utiliza el personal médico y el que le estaba concediendo la mujer, en el momento concreto.

Para ilustrar el análisis se van a tomar como referencia dos testimonios:

En el primero, la mujer está embarazada de tres meses, tras haber pasado por numerosos ciclos fallidos de IA y uno de FIV, igualmente fracasado. Su expectativa es enorme, cree que esta vez todo va a ir bien, y siente a su hijo “como si ya hubiera nacido”.²⁴⁴ En la revisión que realiza a los tres meses, ante la vista de la ecografía el médico le comunica el resultado desde el marco representacional que confiere al embrión el estatus de conjunto de células en desarrollo. La disonancia es tan grande que la mujer reacciona con perplejidad, literalmente no entiende lo que le está diciendo: “esto ha parado de crecer”. Cuando el médico lo capta, efectúa abruptamente la traducción, comunicándole que “se ha muerto”. El impacto emocional sobre la mujer es brutal. Acusa al médico de una falta total de delicadeza, tanto por el hecho de no haber sintonizado de entrada con el significado que ella le atribuía, como, consecuentemente, por la frialdad y aspereza con la que se lo hace entender.

²⁴⁴ Lo enuncia literalmente en otro momento de la entrevista.

Muy contenta, contentísima, aquí llegamos, me acuerdo que vinimos mi hermana y yo que me acompañaba y llegamos aquí pitando aquí a casa, eso que llegas con el coche: pip, pip, que salgan todos, la gran noticia. Y aquí con champán, todos contentos, mi madre, mi hermano que vive abajo, mi hermana al lado...bueno todos ya como si hubiera nacido ya el bebé... Bueno, y mucha alegría, cogí la baja para estar en reposo, para no estar estresada en el trabajo y todo eso y digo esto hay que cuidarlo vamos, como el mayor tesoro y nada, mira fue, no, no pudo ser. En la, en la revisión esta que te hacen...a los tres meses...vieron que... Dice: ¡uy! esto ha parado de crecer. Digo: ¿Qué quieres decir? ¿Que ha parado de crecer qué? Que está muerto, que no. Así me quedé, ¡muerta, yo! La que se quedó muerta fui yo (E34)

En el segundo, ocurre al revés. La fase del proceso en la que se produce la interacción es la de la transferencia de embriones. La mujer acude confiada puesto que le han comunicado que dispone de quince embriones. Su expectativa es alta, pero ella todavía no ha anticipado el embarazo ni el nacimiento. Lo percibe como un proyecto con muchos visos de seguir adelante. Pero el médico le informa no sólo de una noticia sorprendente y preocupante, sino que además lo hace utilizando la expresión “se han muerto todos”, que se corresponde con la atribución a los embriones -de cuatro días- del estatus de bebés. En este caso el impacto emocional de la noticia queda sobredimensionado por la evocación de la cadena semántica que realiza el médico y que ella asume en el momento. Pero el efecto emocional directo es menor y transitorio, en la medida en que la mujer es capaz de percibir lo que ha ocurrido durante el proceso comunicativo. El uso de expresiones como “han parado de crecer” o “no ha ido ninguno adelante” hubiera concordado mejor con su representación. Su reacción inmediata la piensa a posteriori como el resultado del arrastre semántico inducido por la expresión del médico.

Al día siguiente me dicen: pasa a hablar con el médico, que él te explicará... Entro y me dice: se han muerto todos. Y yo: ¿cómo que se han muerto todos? Sí, se han muerto... Sí, con una frialdad. Y yo allí, unos lloros [...] Luego pensé: ¿se mueren? Es decir, la palabra muerte, pensé, es muy fuerte ¿no? En fin, no han seguido. Se han parado. ¿Entiendes? Pero se han muerto. Entonces yo sentí como que se me habían muerto quince hijos. Quince posibles hijos... Los convirtió en hijos. Yo no creo que un embrión de cuatro días sea un hijo. Pero, de verdad, llegas a pensar algo como de luto o algo así. ¡Se han muerto mis hijos! (E28)

10.2.2.6. La falta de apoyo psicológico

La constatación de la importancia del impacto emocional que tienen los tratamientos lleva a las mujeres a señalar el descuido de los factores psicológicos como una característica que atraviesa los procesos de reproducción asistida. Prácticamente todas las entrevistadas lo mencionan y, aunque algunas no lo consideran especialmente relevante en su

caso personal, la mayoría dice haber echado en falta el apoyo, por parte de los profesionales, para poder encarar los costes emocionales que su experiencia les ha supuesto. El análisis de los discursos que construyen, enunciados muchas veces de modo fragmentario en términos individuales, permite desvelar que la reflexión se sitúa en el plano de la configuración social de las TRA.

En este sentido, se formula, por ejemplo, la ‘denuncia’ de la reducción a la dimensión orgánico-fisiológica inherente al modo de proceder de las TRA. Una reducción que está inextricablemente ligada al -por otro lado- ‘necesario’ protagonismo que adquiere la “clase médica”.

Hay una atención, digamos, médica respecto a lo que es físico, pero no hay una atención psicológica (E6)

...la carencia de apoyo psicológico en todo momento, o sea, en todo momento...es algo...que parece como que esa parte no existe, que esa parte no existe, estás trabajando con un cuerpo, unos óvulos, un tal...pero esa parte no existe... (E2)

Nos encontramos con la clase médica, que la clase médica pues pasa muchísimo de...del aspecto psicológico, porque como no lo pueden controlar... Pero, claro, el que no lo puedas controlar tú, o que sea difícilmente controlable, no significa que no exista (E2)

El efecto negativo que esto tiene para las mujeres es, en un plano general, que dejan de ser atendidas de modo integral. Su cuerpo, sus órganos y sus productos pasan a convertirse en el centro de atención, con menoscabo de ellas como personas. La dinámica en la que se ven inmersas las obliga de modo permanente a vivir la disociación entre su cuerpo, su mente y sus sentimientos.

Eché de menos que igual que he ido a continuas visitas de ecografías, extracción de sangre, en fin...que no hubiera una persona que pudiera realizar esa tarea de apoyo psicológico antes de la fecundación...ellos se mueven siempre por porcentajes científicos, no hay otra cosa [...] no se tiene en cuenta los miedos con los que puedes ir, la ansiedad propia que te genera la intervención [...] ellos no te explican nada, no te explican nada, entonces bueno tú preguntas y sí, te contestan, pero tienden a dar la misma información [...] que te digan las cosas de otra manera, no únicamente: pues mira, ahora vamos a intentar la fecundación y hay un 33% de posibilidades de que te quedes”, y ya está. Eso no es suficiente para mí (E2)

Esto se produce durante todas las fases del proceso: cuando les ofrecen información al inicio, cuando están pasando por las pruebas diagnósticas, cuando están en tratamiento y tras el desenlace.

No te explican nada, ni en las inseminaciones ni en la in-vitro te explican absolutamente nada de los cambios psicológicos que puedes tener [...] Y te entra una obse-

sión que es brutal. Y que luego...con el tiempo y la distancia piensas: qué tonta, pero qué tonta, si no es tan importante. Pero en ese momento te parece lo más importante del mundo. Yo creo que en gran parte son las hormonas. En serio, y nadie te prepara para eso. Nadie, nadie. Y es una de las cosas que yo siempre he pensado que tendrían que prepararte, además de explicarte los efectos que puede tener (E28)

Esta desatención se produce -en opinión de las mujeres- incluso en los centros percibidos como más eficientes. La frialdad de la tecnología y el criterio de eficacia priman sobre cualquier consideración hacia los aspectos humanos. La percepción que impera es la de que el protagonismo absoluto lo tienen la tecnología y sus administradores. El funcionamiento eficaz es valorado positivamente, pero se echa de menos un trato más cercano y una perspectiva más integral.

Los de este centro, bien, porque vamos, esto es...donde pongo el ojo, pongo la bala. Pero...vamos así...de apoyo psicológico o de explicar cosas o de todo esto...[el servicio de atención psicológica] ni me lo ofrecieron. No sé si lo tienen, pero vamos, no... Desde luego, ni me explicaron que me iba a pasar con el tratamiento ni nada de nada, de nada. Era todo muy funcional, muy eficiente, pero vamos, nada de nada (E25)

Charis Thompson describe la incorporación de los servicios de atención psicológica en los centros que se ha producido en los Estados Unidos desde mediados de la década de 1990 y lo interpreta como una muestra del carácter abierto de la configuración y aplicación de los procesos tecnológicos en este campo. Supone, en cierto modo, el reconocimiento del carácter multidimensional del proceso reproductor, así como de los costes emocionales que implican para las mujeres. Son también una prueba de que las personas usuarias pueden intervenir en la modificación del funcionamiento de los procesos haciendo efectivas sus demandas (Thompson, 2006: 123).

En España, esta tendencia también está presente, aunque exclusivamente en los centros privados. Aún así, en las entrevistas son mayoría las mujeres que dicen no haber sido informadas de su existencia, incluso en las realizadas en 2009 y 2010. Algunas sí que los conocen y los han utilizado, pero destacan que supone un coste adicional al tratamiento.

Ahí sí que tenen gabinet psicològic...però clarò, tot açò també.. te'l pagues i clarò, és com tot,..també te cree ansietat...anar gastant-te diners, vull dir que...natros perquè vam tindre sort, que els pares mos van ajudar, però que realment és dur, perquè clarò dius: ...cada visita, vale sí, vas al psicòleg però...tampoc t'adelanten tant...és veritat [...] vam anar, me va anar bé...pa passar el procés millor. La veritat és que la xica....molt professional, la veritat és que mos va ajudar....és...vamos pa d'això ella també treballa, són més professionals, se nota que estan més preparats...pa tot açò (E35)

En la cita anterior puede observarse que el coste económico de los tratamientos en los centros privados supone otra fuente de ansiedad, tanto más intensa cuanto mayor es el esfuerzo económico realizado -en función de la posición económica de las personas que acuden las TRA-. Por otro lado, la utilización del servicio es visto como un ‘extra’, lo que lleva a las personas usuarias a valorar hasta qué punto merece la pena su uso.

La reflexión precedente permite no sólo constatar la desigualdad social que atraviesa la práctica de las TRA, sino también pensar acerca de una cuestión interesante que se deja en cierto modo abierta en el presente trabajo. Se trata de valorar en qué medida la incorporación de los servicios de apoyo psicológico se produce como un añadido a la carta de prestaciones, y no como una integración de la perspectiva de atención global ni en los tratamientos de reproducción asistida, ni, por supuesto, en el abordaje de los problemas reproductores.

Este modo de proceder sitúa el problema de los costes emocionales en las mujeres, de manera que, aunque pueda ser de gran ayuda, deja intacto el carácter inherentemente estresante de los procesos. Actuaría, en este sentido, como paliativo de los efectos y no como un mecanismo para incidir, modificándolas, en gran parte de las causas.

10.2.3. La relación médico-paciente. Percepción y valoración del trato recibido

La posición que ocupan las mujeres durante los procesos de tratamiento está determinada por su condición de pacientes. Una condición que se establece y define en el nivel institucional, pero que se materializa, reconstruye y actualiza durante los procesos concretos de interacción entre las mujeres y el personal de los centros. El modo en el que esto sucede depende de la conjunción de varios factores estrechamente relacionados y que son tanto de orden objetivo como de orden subjetivo. Todos ellos van a influir en la forma de actuar del personal experto y también de las mujeres.

Entre los factores que configuran el modo de pensar y de hacer de los/as profesionales destaca el modelo de atención médica que prime en cada centro concreto.²⁴⁵ Junto a él, los recursos económicos de los que disponga, la capacidad para absorber el nivel de demanda y el estilo de gestión y/o de negocio, serán elementos objetivos que propiciarán el tipo de trato dispensado a las mujeres en tanto que pacientes. Pero en la práctica concreta, es

²⁴⁵ Por ejemplo, en el caso de que dicho modelo se acerque al denominado “Modelo Tecnocrático” (Davis-Foyd), la relación médico-paciente estará claramente marcada por la jerarquía, legitimada sobre la base del saber-poder atribuido en exclusiva al primero; la orientación será biologicista, y el criterio rector la eficacia. Desde la primacía de este modelo puede explicarse, en términos estructurales, la desatención hacia los aspectos emocionales que se refirió en el epígrafe anterior. En el caso de que se incorporen rasgos del “Modelo Humanista”, la condición de paciente implicará un menor sometimiento, el trato dispensado a las mujeres se establecerá en mayor medida en términos personales y es posible que el centro cuente con servicio de atención psicológica.

decir, en las situaciones de interacción, entran en juego otros componentes como, por ejemplo, el perfil ideológico y caracterial de las personas que prestan la atención. En este sentido, puede decirse que cada individuo desempeña de un modo relativamente particular el papel que le viene asignado desde el nivel institucional. De hecho, en las entrevistas realizadas aparece señalada en numerosas ocasiones la variación en el trato recibido, dependiendo no sólo del centro, sino también de la persona “que te toque”.

En el caso de las mujeres, el modo de situarse como pacientes está relacionado con su posición social. El estatus del que goza la profesión médica propicia que, en términos generales, la magnitud de la distancia social percibida por las mujeres actúe como un factor objetivo que influye en el establecimiento de una relación social jerárquica, la de médico-paciente. Puesto que el saber médico constituye la base legitimadora de su poder, los componentes más relevantes de la posición social de las mujeres son los recursos culturales de los que disponen, así como los ideológicos y simbólicos. El nivel de formación, la legitimidad atribuida a su saber, la posición ideológica relativa a cómo funciona o debería funcionar la práctica sanitaria y la capacidad crítica, marcan diferencias entre las mujeres a la hora de entender y afrontar el ejercicio de poder simbólico por parte de los administradores de la tecnomedicina.

En principio, la posición social de las mujeres puede favorecer o dificultar la posibilidad de leer e interpretar las situaciones e influye en la adopción de respuestas y estrategias que pueden ser adaptativas, de resistencia y/o de cuestionamiento. Pero en tanto que la relación médico paciente se materializa en las interacciones cara a cara, los factores de orden subjetivo, como son la autopercepción del carácter personal, la habilidad para las relaciones sociales, etc. cobran importancia a la hora de explicar las experiencias concretas. Desde el punto de vista sociológico, resulta muy interesante observar que, en gran parte de los casos, estos elementos adquieren un protagonismo central en la descripción e interpretación de las situaciones vividas. En numerosas ocasiones, llegan a ocultar o a relegar a un segundo plano los factores estructurales que condicionan la relación. En este sentido, el concepto de habitus de Bourdieu -en tanto que historia social encarnada- resulta de gran utilidad para entender el modo en que los factores sociales se integran en la subjetividad, de manera que disposiciones socialmente condicionadas pueden llegar a ser leídas por la persona como características estrictamente personales, borrando de su percepción toda huella social.

10.2.3.1. El peso de la distancia social y las características “personales” en las interacciones médico-paciente

Las mujeres con estudios universitarios, económicamente activas, con elevado nivel de ingresos y que proceden de familias de clase alta están, objetivamente, en las mejores condiciones para establecer una posición de cercanía con la clase médica, que equilibre la

relación. Ello favorece la interacción entre iguales tanto en los casos en los que se existe armonía como cuando aparece el conflicto.

El reconocimiento de la proximidad social no suele ser explícito, sino que se traduce en disposiciones para representarse las situaciones y para actuar en ellas. En el caso de la mujer a cuya entrevista corresponde la cita siguiente, la cercanía se expresa literalmente, pero vinculada a factores sociales -como por ejemplo la edad- menos relevantes que la clase social y a la sintonía personal, en términos caracteriales. El único reconocimiento de la distancia y de la jerarquía se sitúa en el plano técnico, con lo que parece quedar saldado el tributo de sumisión.

Era una persona muy afable para mí, muy agradable...muy cercana. Para mí, sí, después, este mismo médico con otras pacientes pues me han comentado que es un borde, que es una persona borde, pero es que a mí me hacía mucha gracia. O sea, sí, es que a mí me hacía gracia él, entonces, que era borde...pues yo, conmigo nunca lo ha sido. Entonces, muy cercano. Muy bien, era también más o menos de mi edad... A mí me fue muy bien, yo lo recuerdo como una época muy agradable, dentro de la inquietud de que cada uno tiene de que aquello te agarre. Pero, además yo soy muy...vamos a ver, que si a mí me dicen que tengo que estar tres días acostada, yo estoy tres días, yo no me muevo en tres días. O sea, yo soy muy obediente. (E26)

La ubicación en un plano de igualdad social permite abordar las situaciones de conflicto -en el trato- de modo asertivo, estableciendo una equivalencia entre las condiciones e intereses del médico y los de la mujer. O por lo menos haciéndolo presente y reivindicando su legitimidad, aunque no se llegue a conseguir el resultado deseado y la jerarquía acabe imponiéndose en la práctica.

Sería muy bueno pero...también era muy funcional. Éste iba siempre con prisa ¿no? Tú le estabas hablando...y ya un día le dije: bueno, es que, yo pregunto...y es que, en una de estas voy a acabar haciendo las preguntas, ya por el pasillo según me voy. Así que, por favor, sé que tienes prisa, pero si no te importa, es que yo tengo, yo tengo mi propia angustia y mi estrés. Porque, claro...y necesito que tú me tranquilices. Pero, no. En ese sentido no tuve ningún apoyo. Por parte del ginecólogo fatal, o sea, él era bueno...pero nada más. Y, bueno, la confianza técnica me costaba. (E25)

Cuando la posición social actual y los recursos culturales son elevados pero no suficientes para desafiar la distancia social que marca la clase médica, emerge con frecuencia la alusión a factores de orden subjetivo para explicar esta imposibilidad. En estos casos resulta muy significativo constatar cómo se reconstruye y analiza la confluencia entre los recursos adquiridos y el peso de la historia social, forjadores -ambos- del habitus. Se evoca la educación recibida, en la que las mujeres han sido adiestradas en el respeto a la jerarquía, incapacitándolas para enfrentar y desafiar el ejercicio del poder.

Se han elegido dos citas para ilustrar esta interpretación. Ambas proceden de mujeres con estudios universitarios, laboralmente activas y con una posición económica alta o media-alta.

En la primera, el principal interés reside en que, a pesar de que su situación actual prácticamente la integra en la 'casta' médica, prevalece en su 'modo de ser' el respeto reverencial hacia ella en el que ha sido socializada.

Yo también soy un poco así, también de que no... parece que las batas blancas -y eso que estoy casada con un médico y rodeada de médicos- siempre me han dado no sé qué... No sé si debe de ser... cuando era pequeña, ese complejo que a lo mejor te entraba de ver al médico allí arriba ¿no?, entonces siempre me he relacionado con timidez y siempre he sido un poco como muy niña cuando he llegado a esos sitios, muy respetuosa, a lo mejor era yo, un poquito. Ya te digo que mi amiga es una relaciones públicas, se ponga donde se ponga, y enseguida de esa mil amigos, y ella me hablaba de allí y ella se hacía con todo el mundo... (E3)

En la siguiente, puede verse el modo en el que la mujer analiza, desde su posición y perfil social, los recursos de los que efectivamente dispone para ejercer un cierto poder en las situaciones cara a cara y, a pesar de ello, acaba imponiéndose su timidez, un rasgo caracterial adquirido a través de la socialización en la docilidad.

Yo soy muy buena paciente, que no pregunto. Es decir, yo pregunto todo lo que tengo que preguntar pero yo no me quejo, no protesto [...] justamente al ser trabajadora social tengo muchos recursos para hablar, para ser asertiva, pero mira, me han educado en la... Soy muy tímida. Y entonces me... sometía (E28)

En ambos casos queda reflejado de modo palpable el proceso por el que los condicionantes sociales se integran como características y/o carencias personales y acaban percibiéndose como tales.

10.2.3.2. Experiencias, opiniones y actitudes ante el trato recibido

Los testimonios de las mujeres entrevistadas dan cuenta de una amplia diversidad en la valoración del trato recibido. Podemos encontrar mujeres que afirman haber sido tratadas de modo excelente en todo momento y en todos los centros por los que han pasado; otras que establecen diferencias entre los centros y, dentro de cada uno, entre personas; y también hay quienes afirman que el trato ha sido abiertamente malo.

Tras esta aparente amalgama de vivencias distintas, el análisis permite desvelar los principales parámetros que estructuran las experiencias, actitudes y opiniones, haciendo posible no sólo una descripción ordenada de la diversidad, sino también su interpretación sociológica.

a) *Principales aspectos positivos y negativos del trato recibido*

Por encima de las diferencias expresadas en el balance respecto al trato, existe una coincidencia casi absoluta en la identificación de los aspectos positivos, y por tanto mejor valorados, y de los aspectos desagradables o rechazados.

El buen trato es aquél que comporta, sobre todo, respeto y empatía hacia la mujer. Estos dos elementos centrales se matizan y complementan cuando se habla de amabilidad, delicadeza, preservación de la intimidad, calor humano y trato personalizado.

La verdad es que allí nos encontrábamos de otra manera, yo me encontré más, como si te tuvieran más...fueran más respetuosos. Supieran...se pusieran un poco en la piel de la otra persona, ¿no? (E32)

Un tracte...cada vegada que anaves, molt carinyós, molt amable, el metge (E29)

Me recibió una persona encantadora, además con un trato humano muy bueno, no el típico ginecólogo o ginecóloga en plan basto, una persona que primero que te pone el aparato y de dice: esto está frío, está a esta temperatura...o sea, con mucha delicadeza, me sentí muy bien tratada [...] a mí el equipo médico me ha tratado como...si fuera un pastelito de nata o de merengue, o sea me he sentido muy bien tratada ¿eh?, por todos...(E1)

Entonces, vas andando por el camino y tal. Primero comprueban que nadie este entrando al mismo tiempo porque ninguna otra pareja este entrando porque claro, tu vas allí medio desnuda y tal, paseando por el pasillo, hasta el quirófano...allí te tumban, hay varias personas y entonces...te enseñan tu matriz ¿no? (E25)

En definitiva, lo que se destaca es la actitud y el comportamiento del personal que las atiende en tanto que hace de la relación médico-paciente una relación humana además de técnica.

Las críticas en las que se expresan los aspectos negativos señalan precisamente todos los rasgos del trato que se alejan de este tipo de relación. La condición de paciente adquiere en estos casos un significado de pasividad, de anonimato y de invisibilidad como persona, y está estrechamente relacionada con la actitud del personal sanitario hacia las mujeres: falta de reconocimiento, estricta tecnicidad, frialdad, falta de intimidad e incluso menosprecio.

b) *Factores que motivan las diferencias de trato en los distintos centros*

A pesar de las diferencias que puedan mostrar en su experiencia concreta, el conjunto de las mujeres comparte un sistema de representaciones sobre el funcionamiento de las

instituciones médico-sanitarias y sobre los factores que motivan que el trato que finalmente reciben en la práctica pueda ser distinto.

En términos generales, al personal médico se le atribuye, en principio, el rasgo “típico” de dispensar un trato frío y distante. Esta actitud hacia las pacientes se vincula a la centralidad que adquiere en el ejercicio de su profesión la dimensión tecnocientífica, que relega o destierra los aspectos humanos de la relación con la persona que están tratando.

La manera de atenderte es muy impersonal muy...muy fría igual, yo qué sé, es porque son así ¿no? o igual es porque la medicina hoy día es así, pero no sé, lo veo muy impersonal... (E13)

Ya te digo que eran totalmente médicos, muy científicos...era bastante frío...Muy frío, aunque a lo mejor te digan: ¡ay!, ¿cómo estás?, te decían alguna tontería, pero no dejaba de ser la frialdad del médico... (E3)

El desempeño de su actividad laboral cotidiana comporta una “rutina” en la que cada paciente es un caso más.

Para esta gente era como estar haciendo lo que fuera, quiero decir, estaban trabajando, y ellos hablaban de sus cosas [...] te ponen en el potro y no están contigo ni por ti, ¿sabes?, van a la suya, porque eso es la faena de todos los días...si que te lo explican, pero no sé, yo de verlo tan helado, tanto de...de eso, de la rutina, de que no le dan ningún tipo de importancia. Claro que lo harán bien, pero no sé...muy helado. Te cogen, te acuestan en la camilla, te llevan, suelta, no te sueltas, no sé cuántos... (E12)

Esta actitud contrasta fuertemente con la intensidad emocional con la que viven las mujeres los tratamientos de reproducción asistida. En este contexto, el “¿cómo estás?” forma parte del trato cortés, es tan sólo una pregunta retórica, que no abre espacio alguno a la posibilidad de expresión de las inquietudes de la paciente.

És molt, molt gelat [...] és que no arribes a... a intimar en el metge, a contar-li, pues: me sent aixina o me sent...És que...és que no pots, eh? (E20)

Por este motivo, cuando el trato recibido muestra visos de calor humano y de empatía, las mujeres lo valoran doblemente: en tanto que se ajusta mucho más a lo que perciben como sus necesidades y en tanto que constituye una excepción al comportamiento ‘típico’ de la clase médica.

La posibilidad de encontrarse, en este sentido, con un tipo de trato u otro, aparece claramente vinculada a la titularidad del centro.

En los centros públicos el modo ‘tradicional’ del proceder médico -en la atención al paciente- se ve reforzado por la elevada demanda y la insuficiencia de recursos. La masi-

ficación es una característica en este tipo de institución e incrementa los rasgos de frialdad, anonimato y despersonalización en el trato.

Els metges, entres i eres un número (E20)

Es como...como borreguitos [...] el trato...es Seguridad Social (E40)

El hecho de sentirse como una más entre muchas, suscita la metáfora del ‘rebaño’. En la cita siguiente aparecen condensados muchos de los significados que adquiere el proceso en esas condiciones. La mención del “corderito” connota la docilidad que se espera de ellas y su conducción “hacia el matadero” hace que la situación adquiera tintes dramáticos. Evoca el arrastre sometido hacia un proceso desconocido, inquietante y potencialmente doloroso.

Allí eras como un corderito. Corderito que va al matadero, además. Yo me sentí así. Totalmente. (E32)

La representación general del trato en los centros públicos es la que se acaba de describir y tiende a explicarse por las condiciones en las que se trabaja en ellos y por el estilo institucional²⁴⁶. Sin embargo, su materialización práctica depende en gran medida de cómo sean y cómo actúen las personas o los equipos concretos. Con ello se muestra que a pesar de la existencia de condicionantes objetivos, el proceso es relativamente abierto y contingente, y que la mentalidad y la actitud de los/as profesionales ejercen un papel muy significativo.

y luego, depende del que te tocara. Allí había uno que era, que todas le teníamos pánico, porque es un muy buen ginecólogo, pero es muy basto y como tú encima vas con las hormonas trastocadísimas, que aún te han dicho nada ya estás...y decíamos: que no esté, por favor, que no esté. Íbamos rezando para que no estuviese. Depende de la cara que sacaba la primera ya sabíamos quién estaba (E32)

Si me tocaba...la doctora, por ejemplo, que es una delicia de doctora, pues como que te mimas un poquito más, te dice tranquila...pero si te toca...un ceporro, como me tocó también, que van allá... ¡ajggg! (E40)

La particularidad del proyecto que las lleva a pasar por los tratamientos (quedarse embarazadas y ser madres) hace que perciban como especialmente importante que el trato sea más cercano y humano. En este sentido enfatizan la relevancia de la empatía y la conveniencia de que la rutina de la “seguridad social” se altere, por lo menos, en estos casos. La competencia técnica y el trato protocolariamente cortés no son suficientes y la expecta-

²⁴⁶ Aunque se describen diferencias entre los distintos centros públicos, vinculadas al tamaño y al estilo relativamente particular de cada uno de ellos.

tativa y el deseo de las mujeres es la de ser consideradas, en cierto modo, ‘pacientes especiales’. Las experiencias de las mujeres son, en este punto, diversas y pueden sintetizarse en la siguiente tipología:

- Las mujeres que han percibido una actitud deferente, que han notado la empatía de quienes las han tratado y que, por ello, expresan su satisfacción y su gratitud.

Han sido siempre muy cariñosos ¿no?, porque claro ellos saben por dónde pasamos, entonces el trato ha sido siempre excelente... (E11)

- Las que se han sentido tratadas de acuerdo con lo que califican de ‘modo habitual’, con lo que han echado en falta la consideración de la singularidad que debería concederse a los tratamientos de fertilidad.

Te hablan muy bien, son muy buenos médicos, pero luego pues, necesitas un poquito más de intimidad, o un poquito más, en esos momentos de...como de cariño o de algo, de aporte...que te digan, no sé, que no te sientas uno más...como si fueses a operarte un dedo, en vez de a quedarte embarazada. No sé, yo creo que el sentimiento es diferente y la experiencia también, y entonces eso es lo que también se echa en falta (E40)

- Las que han experimentado que esta singularidad ha sido, precisamente, la causa de un trato especial, pero en un sentido negativo. Han sido víctimas de lo que califican incluso de “maltrato”, en particular por parte del personal de enfermería. Como ‘pacientes especiales’ se han visto convertidas en acusadas de abuso y derroche de recursos sanitarios públicos. El carácter controvertido de las TRA, deriva de su configuración social y se plasma, por ejemplo, en el debate sobre si la infertilidad es o no una enfermedad, en la polémica sobre si están o no bien identificados los casos que deberían ser objeto de tratamiento, así como en la de si debería estar o no cubierto por la sanidad pública. Toda la controversia se precipita sobre ellas dejándolas en una situación de indefensión que les genera un profundo desconcierto y un gran malestar.

Aquello era, el ejército, parecía. Es lo peor, el trato, el trato médico. Yo es lo peor que viví... era nefasto. Decían que si éramos las privilegiadas de la Seguridad Social, porque no estábamos enfermas pero costábamos mucho dinero...me lo dijo una vez una ATS. Porque me dijo que, que a las enfermas de cáncer no les pagan ni la peluca, cuando se les cae el pelo. Y a nosotras nos costaba cada tratamiento 1 millón de pesetas y no pagábamos nada, claro. Éramos unas privilegiadas, nosotras no estábamos enfermas de nada... Sólo del alma, teníamos sólo enferma el alma. Pero eso es justo lo que no nos atendían [...] Nos flagelaban ahí, nos daban bien, pero... Físicamente es cierto, estábamos en hospitales y no estábamos enfermas. Eso es cierto. Entonces era como si no debiéramos estar ahí porque no éramos pacientes del sistema, lo que se entiende por paciente clásico, normal, de la Seguridad Social [...] Le daba la razón, pero yo le decía: pero es que ¿y yo qué culpa tengo? ¿por qué lo

pagáis conmigo? Porque yo le hablé de eso, digo: ¿por qué nos tratáis tan mal? Y entonces lo entendí un poco más (E34)

Además de reconocer la dinámica institucional de los centros públicos y la variabilidad que puede llegar a introducir la mentalidad y la actitud de los/as profesionales que las atienden, algunas mujeres vuelven la mirada hacia sí mismas. Se plantean, por ejemplo, en qué medida sus características o habilidades personales están contribuyendo también a forjar la relación que finalmente establecen con las instancias médicas. Su modo de ser y de actuar puede reforzar o a alterar la dinámica que conduce al anonimato y a la frialdad.

Me sentí muy bien tratada [...] Yo también les he tomado mucho cariño...es que yo soy de hacerme enseguida, la verdad, pero muy bien (E22)

Hi ha gent més oberta o simplement tenen uns rasgos més definites que jo, a lo millor, per la cara o per lo que siga, entonces, jo, per exemple, sóc de les persones que sóc prou anònima..era molt gelat (E20)

La imagen que se reproduce de los centros privados es la de que, por lo general, presentan un mayor cuidado hacia el trato dispensado a las pacientes. No obstante, las diferencias entre unas clínicas y otras pueden llegar a ser notables. Algunos centros, con elevada demanda, se ven afectados por la masificación que caracteriza a los públicos.

Porque éste era privado y era peor que una consulta de la Seguridad Social. Días de no poderte ni sentar...Yo lo encontraba muy impersonal (E6)

Otros, sin verse tan afectados por este problema, funcionan de modo de modo deficiente -en opinión de las mujeres- en la medida en que reproducen la frialdad en el trato y la desatención personal.

Al final nosotros nos cambiamos de allí porque era como muy frío... Era privado...pero...era como muy impersonal y a mí eso pues quizá también un poco me minaba, porque yo decía: joder, no sé, esto es como...una churrera, ¿no? no sé, me daba un poco, una sensación un poco extraña (E30)

De modo semejante a lo que ocurría en los centros públicos, en los privados también se sienten en parte a merced de la casualidad, de la persona concreta que les atienda. Pero es más probable en estos últimos que los/as profesionales sean amables y con ello la experiencia concreta resulte más llevadera, justamente al revés de la representación que se tiene sobre lo que ocurre en los centros públicos. A pesar de ello, el hecho de que se trate de una institución médica conlleva tendencialmente el sesgo de olvidar la dimensión personal y emocional de la mujer cuando adquiere la condición de paciente. El riesgo de que esta inclinación emerja encarnada en la figura del médico desconsiderado es algo más que una posible contingencia. Responde a un factor estructural.

El ginecólogo fue todo el tiempo muy amable conmigo, muy...y con una ecógrafa que es, eh, maravillosa, eh, y, bueno y...a ella le tocó generalmente darme las malas noticias y tal, y, o sea, con una delicadeza y un este, increíble ¿no? Pero, sí, o sea la profesión médica está ahí en lo suyo ¿no?...no se dan cuenta que la medicina la ejercen, no sobre mesas, sino sobre personas, y en concreto algo que tiene que ver con un tema sobre el que se crea una proyección vital tan importante como es la maternidad ¿no? ... O sea, el tío aquel de la primera clínica de fertilidad, que me dijo: bueno, pues parece que estás un poco embarazada. Yo le dije: ¿cómo un poco? ¿se puede estar un poco?...se me doblaron las rodillas y me caí sobre la silla...Me dijo: sí, tienes un huevo ahí pero...vamos, vete a tu casa -era un viernes- tú haces vida normal y ya el lunes vienes y tal... Me fui con el huevo, pensando: ¿qué coño será un huevo?... Y entonces, bueno pues, discutimos sobre esto y bueno, yo la verdad es que me rompí, ¿eh? (E25)

La atención dispensada en la medicina privada tiende a ser idealizada, sobre todo, por las mujeres que están descontentas con la que han recibido en la pública y conocen la privada de oídas. Piensan que “si vas de pago” el trato es totalmente distinto. El cuidado personal de la paciente forma parte de la estrategia de negocio, de manera que la elección de este tipo de centro depende de que puedan o estén dispuestas a pagar por ello.

Aún me gustaría ser madre, aún lo haría, pero no lo haría de...seguro, lo haría de pago. Lo haría de pago... No sé, porque en el seguro es que te marean demasiado...tienen tanto trabajo que no te pueden prestar la atención que a lo mejor tú en ese momento estás necesitando [...] Yo creo que [en la privada] sería otro trato, no sé. Me sentiría... pues eso, como que te están inseminando tu futuro hijo, no como una prueba cualquiera. Creo yo que cambiaría por eso, vamos... (E40)

La chica con la que trabajo, que se ha hecho tantas in vitros dice: es que es muy diferente. Te vas de pago y entras allí...que nada más falta que te pongan la alfombra roja ¿Sabes? Si te vas de pago, tú ahí pagas lo que te toca. En cambio, vas a la Seguridad Social, y eres una más (E41)

10.2.3.3. Objetivación, subjetividad y agencia, desde la condición de paciente

El trato recibido es, como acabamos de ver, vivido y procesado de modo diverso por las distintas mujeres e influye notablemente en la valoración de sus experiencias. El análisis que se presenta a continuación tiene como objetivo mostrar, específicamente, cómo afecta a la percepción de sí mismas en los distintos momentos del proceso y, desde ello, a las posibilidades de pensarse y actuar como sujetos.

Las voces del feminismo que han censurado las TRA con mayor rotundidad denunciaron la manipulación del cuerpo femenino y la reducción de las mujeres a la condición de objetos que se operaba, indefectiblemente, con el desarrollo y la aplicación de estas tec-

nologías. Con ello se destacaba la instrumentalización -del cuerpo y de la voluntad de las mujeres- en aras de defender intereses científicos, económicos y políticos, ajenos y/o contrapuestos a los de las propias mujeres. Otras voces críticas feministas plantearon la necesidad de prestar atención al hecho de que cuando las mujeres demandan la asistencia médica en este campo, están actuando, aunque sea de modo condicionado, de acuerdo con lo que perciben como su interés y su voluntad. En este sentido, lo están haciendo desde su posición de sujetos. Por lo tanto, la cuestión de hasta qué punto y cómo se produce la alternancia o la conjunción de la condición de objeto y de sujeto adquiere una relevancia central a la hora de entender la realidad de las prácticas de reproducción asistida. La investigación empírica concreta, enfocada desde la consideración de las TRA como un proceso abierto, puede permitir no sólo conocer la realidad de su funcionamiento, sino también establecer qué cambios se deberían introducir para favorecer a las mujeres.

Charis Thompson ha mostrado que durante los tratamientos de reproducción asistida las mujeres se someten a la mirada médica y pasan por sucesivos “ciclos de objetivación”, es decir, por situaciones en las que la subjetividad y la identidad personal y social de las mujeres queda en suspenso, ya que “ellas” se transforman en las partes de su cuerpo que están siendo objeto del escrutinio o la intervención. Ello no supone necesariamente la quiebra de su subjetividad ni la desaparición de la condición de sujetos, ya que las mujeres asumen estratégicamente esta objetivación como peaje necesario para lograr sus objetivos y, en este sentido, su ‘sometimiento intencional’ puede percibirse como una forma de agencia. Asimismo afirma que la relación entre objetivación, mantenimiento de la subjetividad y ejercicio de la agencia es de tensión y que la evaluación que de ella hacen las mujeres está vinculada, sobre todo, al resultado obtenido. En el caso de que sea favorable, prevalece la sensación de haber participado activamente, mientras que si fracasa acaban cobrando protagonismo los momentos en los que su estatus ontológico era el de cuerpo fragmentado, objeto de la intervención médica y es frecuente que las mujeres experimenten su paso por las TRA en términos de alienación (Thompson, 2006: 179-180).

La aportación que puede hacerse -desde el análisis de las entrevistas realizadas en este trabajo- consiste en mostrar en qué medida la vivencia de la relación médico-paciente concreta y la percepción del trato recibido durante todo el proceso y, en particular, durante los momentos de objetivación influyen -además o por encima del resultado final- en la valoración que hacen las mujeres acerca de si se han sentido más o menos alienadas o sujetos en su paso por las TRA.

Entre reinas, actrices secundarias y puros objetos

Efectivamente, cuando las mujeres demandan la ayuda médica para resolver su problema reproductor se sitúan y perciben en la posición de sujeto²⁴⁷. Al mismo tiempo saben que “ponerse en manos del médico” implica que su cuerpo y, en particular, sus órganos reproductores van a convertirse en objeto central de la mirada y la intervención tecnomédica. La experiencia más cercana por la que han pasado, que toman como referencia, es la de las revisiones ginecológicas habituales²⁴⁸. Desde ella están acostumbradas a mostrar su cuerpo y a gestionar el pudor o la incomodidad que esto les pueda generar. Lo que quizá no anticipan, o no lo hacen todas por igual, es la posibilidad de que la atención médica llegue a relegarlas, como personas, casi por completo.

Así pues, la percepción global de su papel durante todo el proceso de tratamiento va a depender, en gran medida, del modo particular en el que se establezca la relación médico-paciente. Relación que, en la práctica concreta, depende -tal y como se ha explicado anteriormente- de la actitud y comportamiento de los/las profesionales y de los recursos de cada mujer para ‘negociar’ e interpretar su rol de pacientes.

En los testimonios aportados por las mujeres entrevistadas puede verse que, en términos sintéticos, la valoración del papel que ellas han jugado como pacientes durante todo el proceso está estrechamente relacionada con la imagen de sí mismas que les devuelve, en cada momento, la mirada del otro.

Si esta imagen es, permanentemente, la de ‘persona’, ellas podrán, sin demasiados problemas, mantener la sensación de que han desempeñado un papel activo y cobrarán este sentido incluso los momentos en los que han seguido al pie de la letra las instrucciones, directrices y protocolos. El resultado de éxito o fracaso influirá tan sólo relativamente en su percepción.

En los casos en los que han experimentado algunas situaciones en las que esto no ha ocurrido, pero el trato general ha sido bueno, o por lo menos acorde con sus expectativas, el balance global de su papel puede ser positivo. El peso del resultado obtenido es, en estos casos, mayor. Desde el éxito resulta mucho más fácil “olvidar” los aspectos negativos de la experiencia de trato.

Por último, las mujeres que han experimentado una reducción persistente al estatus de objeto, relatan sus vivencias, prácticamente en términos de alienación.

²⁴⁷ Una posición que puede llegar a estar fuertemente condicionada, tal y como se ha explicado en las páginas precedentes. Pero que, en cualquier caso, una vez tomada la decisión, es la que adoptan ante las instancias médicas en tanto que son ellas las que demandan la asistencia.

²⁴⁸ Algunas evocan experiencias anteriores de embarazo y parto. El trato médico general para la atención de enfermedades es también recordado en ocasiones, pero adquiere un carácter diferente.

Estructuradas en función de la casuística que se acaba de describir, las valoraciones que realizan las mujeres, quedan reflejadas, esquemáticamente en los tres tipos de relato que se exponen a continuación. En ellos la descripción de sus vivencias particulares se articula con diversos discursos sobre el modo de proceder de la medicina, de las TRA y sobre la relación médico paciente:

a) En el primero, se hace una evocación del escenario en el que se desarrollan y aplican las TRA en el que las relaciones de poder y la diversidad de intereses está ausente por completo. Esta representación conecta claramente con el discurso ampliamente difundido por la imagen mediática de las TRA y con el que suelen presentar los centros en sus espacios de comunicación. Llevado al extremo, describe una situación que podríamos calificar de idílica, en la que la tecnología y sus administradores están al servicio de las mujeres, sus deseos y sus intereses.

El trato dispensado por los/as profesionales presenta todos los rasgos positivos que se mencionaban anteriormente, como son, por ejemplo, el cariño, la empatía y la actitud de servicio por parte de los administradores de las técnicas. En este marco, la mujer no sólo preserva su condición de sujeto, sino que puede llegar a adquirir el protagonismo absoluto. En el caso de la mujer a cuyo testimonio corresponde la cita siguiente, esto ocurre de tal modo -en su percepción- que incluso los costes asociados a la asimetría sexual se convierten en una muestra más de la importancia del papel asignado a la mujer.

Me trataban como a una reina, no a mí sino a todas las mujeres [...] aunque el problema sea del hombre es la mujer la que tiene que pasar de todo y entonces allí, a mí por lo menos, me hacían sentirme como una reina, entonces me sentía protagonista. Yo pensaba que gracias a lo que me estaban haciendo, gracias a ellos y a su trabajo, pero gracias a que mi cuerpo estaba recibiendo todo eso pues podía llegar a conseguir un embarazo entonces yo me sentía importante [...] y además ellos te hacían sentirte importante pues el equipo médico y te miman mucho y te animaban mucho y siempre tenían una palabra agradable para ti y vamos, yo es que no tengo ninguna queja...Pero no porque me haya quedado embarazada. Antes de quedarme embarazada, durante los fracasos que tuve, igual ¿eh? o sea, cada vez que empezaba yo llegaba allí y me miraban como una reina (E11)

No todas las mujeres que construyen su relato en los términos de este discurso llevan su valoración a tal extremo. Pero sí que rememoran una imagen del proceso en la que enfatizan su posición activa, y el modo en que, desde ella, intentan borrar toda huella de sometimiento y alienación. Destacan la importancia que se le concede al trato recibido, que, en este sentido, se presenta como un ingrediente esencial en la vivencia del proceso.

b) En el segundo relato se reconoce la desigualdad existente entre los actores involucrados, pero en parte queda justificada y no se convierte en un obstáculo insalvable para salvaguardar su subjetividad. El protagonismo está indiscutiblemente asignado a los/as

profesionales y deriva del hecho de que son los depositarios del saber y de las habilidades técnicas necesarias para llevar a cabo el proceso. En sus manos está la dirección de la obra, la escritura del guión y el papel principal. Las mujeres ocupan una posición en la que se conjuga la presencia de un papel activo -puesto que están allí voluntariamente y persiguen un objetivo- con la asunción de que deben seguir las directrices que se les marcan. No pueden sugerir cambios en el guión -marcado por el protocolo y la decisión médica- y su singularidad queda borrada por el hecho de que se sienten una más entre las muchas mujeres que acuden al centro.

Me sentía más conejillo de indias que protagonista, quiero decir, yo lo que me dicen lo hago... Si te dan una explicación racional, pues lo asumes [...] Pero no me sentía tan protagonista sino conejillo de indias. Bueno, he de hacer esto porque quiero yo, por contra, no me sentía protagonista... Son los médicos, para ellos eres una mujer de treinta que está allí, pues una más. No me sentía protagonista, en ese sentido... a lo mejor sí que te sientes más protagonista, por una parte sí, porque vas tú voluntariamente y te lo están haciendo a ti y después, el embarazo es para ti, eso sí. Pero en el proceso yo no me sentía única ni nada de eso, porque veía mogollón de gente haciendo lo mismo (E31)

En este relato aparecen algunos de los elementos que hacen de la relación médico-paciente una relación jerárquica, justificada por un saber que es fuente de poder y que conduce a la primacía de los aspectos técnicos y burocráticos sobre los humanos. En este sentido, los aspectos negativos del trato recibido más destacados son la estricta tecnicidad, el anonimato y la poca atención a la dimensión personal. Éstos dos últimos se manifiestan, sobre todo, en los centros de titularidad pública, pero, en la medida en la que derivan de la definición de roles hegemónica en la práctica médica, pueden aparecer también en los privados. Son aspectos que se podrían mejorar y que favorecerían el bienestar y la sensación de respeto personal de las mujeres.

Es que hay un apartado técnico que es inevitablemente para los médicos y los biólogos. Yo recuerdo que esto me sorprendió. El día que me hicieron la transferencia allí al quirófano había no se cuántísimas personas y entre ellas estás tú, espatarrada, para hacerte la transferencia... En la privada no será así, pero estás tú en la camilla así y llega el biólogo que dice que ha sido el que ha hecho el proceso de la probeta y te dice que éste es de buena calidad, y no sé qué y no sé cuánto [...] Aunque controles mucho... algunos médicos sí que se consideran muy protagonistas. Supongo que es difícil cuando llegamos a cuestiones tan tecnificadas no olvidarse del proceso humano, que sí que es verdad que también existe, claro... Sí, probablemente eso se podría mejorar. La parte ésta entre los médicos y las que vamos allí (E31)

El hecho de que el trato se perciba en términos generales como agradable y respetuoso hace posible, aunque en determinados momentos se sientan convertidas en objeto, lo vivan como algo transitorio y, en cierta medida justificable, o por lo menos comprensible.

Es posible, incluso, que lo atribuyan a las condiciones de trabajo en las que operan los/as profesionales, más que como una falta estricta de deferencia hacia ellas. Algunas, como por ejemplo la mujer que se cita a continuación, lo rememoran en clave humorística.

Eren agradables. El que passa que clar, al ser públic, hi ha gent allí ensenyant-se, fent pràctiques. A lo millor un dia estaves allí espatarrada i hala, passad! i tenies allí a 4 joves, i et venien a demanar permís però quan ja els tenies allí! I es clar, veges tú què dius. I de vegades, mira, em sentia com si fora el 'mapa del tiempo' perquè és què damunt, per una banda el ginecòleg mirant a la pantalleta i amb l'altra maneta furgant-me a mi: veis? i aquí a la derecha está el no sé qué, i allà a la izquierda los óvulos de no sé cuántos i ascendiendo por arriba..ell movent això i jo com si fora un mapa i els altres mirant el panel i un poc això era el més curiós, el dir bueno, no hi ha intimitat. La falta d'intimitat si que la vaig notar (E38)

c) Las mujeres cuya percepción es la de haber estado despojadas prácticamente en todo momento de la condición de 'personas', construyen el tercer tipo de relato. Aunque hubieran integrado en sus expectativas el establecimiento de una relación médico-paciente 'convencional' e integraran como previsible el hecho de pasar por momentos de objetivación, la realidad de su experiencia las desborda por completo. Una cosa es actuar en un papel secundario y tener que dejar transitoriamente en suspenso la identidad personal, pero otra muy distinta es desaparecer literalmente de la escena.

La condición de puro objeto se materializa de modo particularmente intenso cuando las mujeres experimentan al tiempo la situación de estar -como cuerpo- literalmente expuestas a la mirada y la intervención médicas -"espatarradas"- y la de ser -como personas- totalmente invisibles y/o ignoradas. Cuando esta experiencia adquiere para ellas una relevancia central, propicia la construcción de un discurso marcadamente crítico en el que denuncian la cosificación de la que son objeto.

Allí no hubo nada positivo más que, bueno el día de yo alegrarme cuando el embarazo, claro... Allí fue sólo sentirme...objeto de, de estar como...a expensas de ellos, como si ellos utilizan tu cuerpo para sus investigaciones, para sus...porcentajes de éxito, para sus...pero en ningún momento me sentí una persona ahí, una mujer... Es que de hecho, muchas veces, es que te hacían las cosas, pero eso ocurre en los hospitales normales, no sólo en fertilidad y, no te decían nada. Oye, que el cuerpo es mío, que soy yo la interesada aquí, la primera interesada soy yo, no... (E34)

La manera de atenderte es muy impersonal muy...muy fría igual, yo qué sé, es porque son así ¿no? o igual es porque la medicina hoy día es así pero no sé, lo veo muy impersonal muy... [...] eso de que habléis entre vosotras pero no habléis conmigo, que estoy presente, o sea, como si fuera una silla más, pues te sientes mal ¿no? Dices: bueno estoy aquí y ¿por qué no se dirigen a mí en vez de...? como hablan en tercera persona, es que es muy raro (E13)

El trato recibido se enmarca en la representación del funcionamiento ‘normal’ de la práctica médica, en la que de modo rutinario se incorpora un modo de hacer caracterizado por ignorar a la persona sobre cuyo cuerpo están interviniendo, pero sobrepasa totalmente sus expectativas. En el caso de las TRA este tipo de trato adquiere una resonancia especial, precisamente porque marca una distancia o, mejor, una ruptura radical con el papel que juega la mujer cuando intenta tener un/a hijo/a por medios naturales. Pasa de desempeñar un rol activo en un contexto íntimo y privado a ser totalmente ninguneada, relegada a una condición, no sólo de pasividad sino en la que también queda despojada de la condición de persona.

Hacer el amor es muy bonito y eso destruye de alguna manera todo lo que es lo bonito de la procreación. Es decir, la idea de: hacemos el amor, y de esto saldrá una vida. Nada, todo eso desaparece. Te conviertes en un cerdo al que ponen hormonas y te tratan...allí, con las piernas abiertas, ellas hablan de sus cosas. No puedes hablar. Amabilidad diez (E28)

Me he sentido invadida, invadida, sí. Yo decía: me están agujereando por todos los lados. Todos los agujeros de mi cuerpo están ahí puestos. Me lo tienen visto. Porque mira -digo-, voy un día y me agujerean por aquí, me hacen la citología por allá, me pinchan por el otro lado, me hacen la inseminación, luego me abren, me hacen no sé qué. Digo: estoy...bueno, manipulada, invadida...Esto no se vive como algo como natural ni que forme parte de, de mí, ni del ser humano creo yo, porque entre el maltrato y luego pues...yo qué sé (E10)

Su reducción a la condición de objeto absolutamente desprovisto de todo rasgo de subjetividad y de identidad personal y social se hace evidente, con toda crudeza, en alguna de las ‘anécdotas’ que relatan. Por ejemplo, en la que se describe en la cita siguiente:

Allí hubo maltrato. Porque me acuerdo de un día en que me estaban haciendo una ecografía y la ginecóloga que me estaba haciendo la ecografía, contándome los óvulos... Y estaba contando una cosa a la enfermera, allí, pan, pan, pan. Y era una cosa que tenían una duda y entonces eso yo lo sabía ¿vale? Porque yo trabajo en sanidad. Entonces preguntaban una cosa de un derecho de un trabajador. No me acuerdo exactamente lo que era. Y le digo: sí, sí que se puede pedir. Lo tienes que pedir con quince días de antelación. Me acuerdo que esa fue mi contestación. Y se me quedaron mirando como diciendo: tú no puedes hablar. Entonces me miraron y siguieron con la conversación como si yo no hubiera dicho absolutamente nada. Y salí de allí con una sensación de: ¡soy una cerda a la que están inseminando! (E28)

Ante estas situaciones, la sensación de impotencia es absoluta. Emerge en toda su intensidad la relación de poder, hasta el punto de que el sometimiento deja de ser algo instrumental -para lograr, en definitiva, sus fines-, para convertirse en un agónico mecanismo de defensa para intentar evitar represalias.

Y entonces estas allí con las piernas abiertas y de repente te entra el residente o la residente a preguntar no se qué cosas y aquella con el bicho éste dentro, con el ecógrafo éste, que es como un pene se te queda ahí metido, y se pone a hablar con el otro. Y tú dices: ¿qué?, perdón, es que...tengo este...aquí dentro, ¿si hicieran el favor? Pero claro, no lo puedes hacer porque tienes que portarte muy bien... La sensación que a mí me produjo es que para ser una buena paciente de ese tipo de cosas es que hay que ser muy calladita, hacer todo lo que te dicen y aguantar todas las horas que tengas que aguantar... A mí me daba la sensación de que te castigaban si te desacoplabas. (E28)

A veces he pensado en, en mirar a los servicios de atención al usuario y poner las quejas... ¡uy! si fuera anónimo aún lo haría pero si no, no, porque ¡dios! son los que te tienen que atender y si se ponen en tu contra...te la juegas. Además eso lo hemos hablado allí, con otras mujeres y, porque a veces la queja era compartida cuando lo hablábamos. Sí pero ¿qué hacemos? Si lo dices o insistes, aún te hacen peor cara o les dices cualquier cosa y eso no...y es peor porque total ellos, estamos en sus manos ¿no? Estamos en sus manos y...eso desde el principio. (E10)

La condición de sujetos la experimentan en la medida en que son capaces de articular la crítica, pero no la pueden ejercer. En este caso, hacerlo significaría canalizarla en contra de su objetivo. Con ello se muestra que, por este motivo, las mujeres acaban viviendo un conflicto de intereses interno, puesto que si defienden su voluntad de ser madres deben actuar en detrimento de sus intereses como persona.

Las mujeres que narran su vivencia en estos términos la refieren, por lo general, en su paso por un centro de titularidad pública, mostrando hasta qué punto el trato recibido ha condicionado su experiencia. Alguna de ellas ha utilizado los servicios de otros centros públicos y también privados y describen una atención distinta, atribuyéndolo en gran medida al 'carácter' de la persona concreta que las ha atendido. En cualquier caso, el hecho de que la posibilidad de recibir un trato que respete su estatus de persona se perciba tan a merced de las conductas individuales pone de manifiesto el déficit institucional que existe en este terreno. Conviene destacar, asimismo, que las mujeres vinculan la capacidad de dispensar un trato humano a la profesionalidad del personal que las atiende. En este sentido, el/la buen profesional es -a sus ojos- la persona capaz de aunar la competencia técnica con la calidad humana.

Yo creo que hay mejores y peores, profesionales que...que se lo creen más y que se lo creen menos, y que son más humanos y que son más...que van al trabajo y ya está... importándoles nada lo que hay detrás, y son personas, con los que están trabajando. Pero ya te digo, yo creo que de eso hay en la privada y en la seguridad social (E32)

CAPÍTULO 11

EL BALANCE GLOBAL. OPINIONES SOBRE LAS TRA: DE LA TECNOFILIA AL DISCURSO CRÍTICO

Con este capítulo finaliza el análisis y la interpretación de los testimonios ofrecidos por las mujeres entrevistadas. En él se presentan las opiniones de las mujeres sobre las técnicas de reproducción asistida expresadas -por ellas- de modo global y sintético. A lo largo de cada una de las entrevistas, las mujeres han ido desmenuzando sus vivencias, sus actitudes y opiniones con todo tipo de detalles y matices. Pero, en algunos momentos, y sobre todo hacia el final de la conversación, exponen su postura global ante ellas. De este modo realizan una especie de balance de su experiencia a partir del cual se pronuncian sobre las TRA.

Los principales núcleos de interés que presenta este balance residen en que, además de emitir la opinión global, se acaban mostrando los aspectos que deberían ser mejorados, y se ofrecen ‘consejos’ a las mujeres que estén planteándose el uso de las TRA para que puedan afrontar la experiencia en mejores condiciones -que las que vivieron muchas de ellas-.

Todas las mujeres entrevistadas coinciden en señalar la conveniencia, o mejor, la necesidad de existencia de las TRA. Esta postura favorable se apoya en la consideración de las tecnologías como un recurso para intentar solventar los problemas reproductores. De hecho, como se explicará a continuación, ninguna de las entrevistadas osa desaconsejar su uso a otras mujeres. Ahora bien, más allá de este acuerdo general, existe una clara diversidad de opiniones. Hay una gran diferencia, por ejemplo, entre “no decir que no las usen” y “animarlas” categóricamente a que lo hagan.

Ciertamente, las divergencias entre las opiniones expresadas tienen su raíz en una cuestión central: si consideran que las TRA son realmente un recurso eficaz que el avance biomédico pone al servicio de las personas que lo necesitan y/o requieren, o si estiman que esta afirmación es tan sólo cierta en el terreno de lo que debería ser, pero no termina de ajustarse a la realidad.

Las distintas posturas se modulan en función de los múltiples aspectos que han sido analizados y explicados en el análisis precedente: la fuente y la intensidad del deseo de maternidad; la cuestión de en qué medida la decisión de utilizar las TRA deriva de un problema reproductor real, de si se trata de un ‘problema’ inducido o de si proviene de la adopción de una mentalidad planificadora regida por la lógica de la inmediatez; de los costes que pueden llegar a representar para las mujeres y del reconocimiento o no de la

presencia de intereses por parte de los distintos tipos de actores implicados y si éstos son - y en qué medida- compatibles o potencialmente divergentes.

A continuación se exponen las distintas opiniones sobre las TRA, organizadas en dos grandes bloques. Por un lado, las posiciones que expresan una actitud rotunda o decididamente favorable hacia las TRA, en las que los componentes negativos quedan excluidos o minimizados y, por otro lado, las posiciones que, sin dejar de apreciar la aportación real o potencial de las TRA, muestran una actitud crítica hacia ellas.

11.1. LA DEFENSA INCONDICIONAL DE LAS TRA

Las mujeres que expresan una opinión abierta y rotundamente positiva sobre las TRA comparten una visión de la tecnociencia biomédica caracterizada por estar situada en una línea de progreso permanente, ofreciendo cada vez más y mejores soluciones a los problemas, y prestando, por lo tanto, un servicio inestimable a las personas y a la sociedad. La presencia de intereses profesionales -prestigio y notoriedad, por ejemplo- y comerciales no suele evocarse y si se hace no es óbice para que se reconozca la ayuda que representan para las mujeres en la consecución de su proyecto de maternidad. Las desiguales oportunidades de las usuarias, en función de su estatus económico, podrían reducirse mediante el aumento de los recursos públicos, el abaratamiento de los servicios privados y la inclusión -o ampliación de la cobertura- en los seguros médicos.

Las TRA se califican de opción “fantástica” y su existencia se considera algo “estupendo”. La manifestación de esta opinión favorable -y la recomendación entusiasta de su uso a otras mujeres- es más frecuente entre las que han logrado tener hijos/as mediante ellas, entre las que declaran un fuerte deseo de maternidad -aunque no lo hayan conseguido- y/o entre las que optan por acceder a la maternidad en solitario o en pareja homosexual. Aunque la metodología cualitativa no permite establecer una correlación estadística entre estas variables, sí que resulta muy útil para desvelar el modo en el que se establecen las conexiones semánticas entre ellas a la hora de construir esta opinión favorable. Desde la obtención del resultado deseado es más fácil borrar los aspectos negativos en el balance, hasta el punto de que mujeres que lo han logrado tras un proceso largo y difícil pueden ser emisoras de esta opinión. En el caso de las mujeres que optan a maternidades ‘diferentes’, la imagen positiva de las TRA se vincula al reconocimiento de su contribución a hacer posibles y visibles otras formas distintas a la de la pareja heterosexual²⁴⁹.

La imagen de las TRA como tecnologías de vanguardia, inscritas en el proceso de desarrollo científico que avanza ininterrumpidamente, permite, por un lado, que las mujeres se sientan afortunadas por el hecho de haber vivido en una época en la que existen medios para superar los problemas reproductores.

²⁴⁹ Tal y como se ha explicado en el epígrafe 9.4.1.

[Las TRA] Me parecen muy positivas [...] fíjate lo que se ha conseguido, si es que hace nada, hace veinticinco años...pues ¿qué hacían las parejas? Es que no me lo puedo... no me cabe en la cabeza las parejas que deseaban tener hijos y que iban a los médicos y que recurrían a todo y...bueno, se volverían locas, digo yo, o no sé, porque es que de esto hace nada...hace veinte años (E11)

Por otro lado, favorece la ubicación de las posibles deficiencias técnicas en el terreno de la provisionalidad. Se hace patente, como plantea Tubert, que el principal argumento del progreso médico no se refiere tanto a los logros observables como a la promesa de éxito en el futuro. El saber médico se representa, de este modo, como un saber absoluto en el terreno imaginario y se hace compatible con la experiencia real de incertidumbre o de fracaso. Fracaso que puede atribuirse a la falta de fortuna o a la falta de saber y de recursos de un equipo médico o de un centro concreto, con lo que se puede mantener la esperanza de acudir a otro más avanzado o mejor y de percibir que la posibilidad de lograrlo es cada vez mayor a medida que avanza el tiempo y, con él, el saber y la eficacia²⁵⁰ (Tubert, 1991: 24). Por este motivo, incluso las mujeres que no lo han conseguido creen que pueden animar a otras a que lo intenten.

A mí me salió mal, o sea, que no quedé embarazada [...] ahora habrá más avances, me imagino... En esto cada vez se avanza más...por lo que leo en los periódicos, que hay tantos avances en todo esto, sobre todo en cosas de laboratorio o así [...] Entonces...yo creo que sí [le recomendaría que acudiese] (E5)

La comunicación mediática, difusora entusiasta de las nuevas hazañas médicas en este campo, fomenta enormemente esta representación.

Jo de fet, quan en la tele ixen que van avançant en coses, a mi això, vamos, me pareix perfecte, perquè jo he tingut que arribar a un tractament per a poder tindre els meus fills. Quan més avanços, més perfecte me pareix perquè, per lo vist, per lo que sento, per les estadístiques, n'hi ha moltes parelles (E39)

La valoración global de las TRA aparece ligada a la posibilidad de realizar el deseo o la voluntad de tener hijos/as biológicos/as. Aunque ya se ha explicado la complejidad que reviste el tema para las mujeres y el peso que puede llegar a adquirir la actitud de la pareja²⁵¹, una vez tomada la decisión de acudir a los tratamientos, la evaluación de lo que las técnicas ofrecen se hace en términos de que son un medio para conseguir este resultado. En la medida en que perciban que si no hubiera sido por ellas no lo hubieran logrado, se acrecienta el sentimiento de gratitud y la valoración positiva de las mismas.

²⁵⁰ Véase el epígrafe 4.2.5.

²⁵¹ Véase el epígrafe 9.2.1.

Es que lo teníamos clarísimo es que sabíamos que o era así o no era tener hijos o bueno o pensar en la adopción [...] estamos muy agradecidos [...] a ellos les debemos el que hoy tengamos a mi hijo, gracias a ellos...desde luego (E11)

El sentimiento...totalmente positivo. Es que yo creo que si no fuera gracias a las técnicas de reproducción asistida muchas parejas no habrían podido tener familia, de forma natural [...] yo personalmente no creo que hubiera podido tener familia de forma natural. O no habrían sido los niños biológicos. Les habría tenido que adoptar. (E27)

El significado que adquieren las TRA y los motivos para recomendar su uso a otras mujeres están relacionados con el modo en el que las mujeres inscriben la maternidad en su proyecto vital²⁵².

Quienes formulan dicho proyecto en el marco del **discurso tradicionalista** consideran las TRA como un recurso inestimable que no pueden desaprovechar. Aunque el éxito no esté asegurado y aunque los tratamientos representen una gran inversión en términos físicos, emocionales y económicos. Por este motivo el mensaje que desean transmitir a las mujeres que se lo plantean o que ya están en el proceso es de ánimo, valentía y persistencia. El valor que ellas conceden al hijo es enorme, y proyectan en todas las mujeres el intenso deseo que sienten.

Que siguiera siempre hacia adelante siempre, siempre. Y fíjate yo también he tenido baches. He tenido días de decir es que bueno esto es...esto no se acaba nunca. Pero... es que luego pensaba: si no es así, yo no puedo tener hijos. Lo tenía clarísimo. Yo no puedo tener hijos si no paso por esto (E11)

A todas las personas que tengan problemas y eso, siempre les digo que vayan pa alante...porque es muy bonito. Se padece, pero es bonito...Yo no le diría... nunca jamás le diría: ¡va, déjate que... no!, que fuera pa alante, que es muy bonito tener un niño y que no... que no se arrepentirá nunca en la vida (E22)

La recompensa obtenida cuando se logra el objetivo compensa todo los costes que haya conllevado el proceso. Si se fracasa, siempre quedará el consuelo de haber hecho todo lo posible.

Desde el **discurso inercial-adaptativo** resulta un poco más difícil enunciar una propuesta de entrega tan rotunda, en la medida en que las TRA se representan como una oportunidad para vencer el contratiempo que suponen las dificultades reproductoras, que hacen que su vida no discurra por el cauce previsto. En estos casos, la opinión favorable hacia las TRA puede estar mediatizada por el resultado personal obtenido, y la recomendación a las mujeres presenta una combinación de ánimo y de conveniencia de establecer límites.

²⁵² Véase el epígrafe 9.1.

Mi valoración...después del éxito, muy buena. Si tú estás intentando algo y te está... [costando] y por medio de esto te ayuda a conseguir lo que tú... [quieres] es, no sé... [Yo le diría] que ánimo, que vale la pena que lo intente, que se pongan no sé un...un tope o ellos...claro cada persona somos...un mundo diferente, pero que lo intenten, que vale la pena. Sí, ¡hombre!, si estás ahí es porque te gustan los niños. Si le gustan los niños, que lo intente (E17)

Puesto que su voluntad de tener hijos/as se reconoce influida por factores contextuales y el deseo propio puede ser menos intenso, cuando piensan en las otras mujeres incorporan una imagen de diversidad. De este modo, su consejo queda formulado de modo condicional, en función de la intensidad del deseo o la voluntad de cada mujer.

Yo le diría que vaya, si ella está plenamente convencida. (E36)

Las mujeres que defienden incondicionalmente las TRA desde el **discurso racionalista conciliador** se las representan, sobre todo, como un recurso eficaz en la gestión del tiempo. Bien sea en la forma de ofrecer una “salida” a los problemas que la biología, la vida y la sociedad plantean; tanto si existe un diagnóstico de esterilidad, como si se trata tan sólo de una indicación en función de la edad; de una edad demasiado ‘avanzada’ para confiarse a la ‘naturaleza’.

Yo creo que es fantástico porque si una mujer quiere tener hijos y no puede, no puede porque la naturaleza ahora mismo no la ayuda, bueno... pues, para eso está la ciencia, para que te ayude. Y me parece una cosa estupenda, vamos, igual que cuando tienes un dolor de cabeza y te tomas una pastilla o cuando tienes un cáncer y te operas para quitártelo pues esto es otra cosa más, a mí me parece algo fantástico. ¡De lo mejor, que han inventado! (E26)

Bien sea como un instrumento que permite, en muchos casos, “acelerar” un proceso - el reproductor- cuyo curso natural puede requerir “demasiado tiempo”.

Inclús si dius: tinc 25 anys, fa 6 mesos ja i no em quede però és que el vull ja. Xica, pues ves i fica-t'ho, què total no passa res... És una manera més, que és més segura que l'altra, i ja està (E38)

Desde esta opinión, se recomiendan las TRA sin ambages. En el caso de que la mujer desee tener hijos/as biológicos/as, porque se considera el recurso idóneo. Pero incluso si se está planteando la opción de adoptar y su edad es elevada, se le aconseja anteponer el uso de las TRA, puesto que el reloj biológico y la regulación del acceso a la sanidad pública en función de la edad juegan en su contra.

Yo le recomendaría que lo intente...primero por reproducción asistida...La adopción, lo veo mejor como segunda opción, sí. Porque verás, es que en la reproducción asis-

tida tienes un tiempo también, biológicamente tienes un tiempo, ya a partir de los cuarenta y cinco o de los cuarenta y tres o eso ya la probabilidad disminuye mucho, ya te lo tienes que pagar tu solita porque la Seguridad Social ya no te acompaña. Y entonces bueno, vamos primero por ahí y lo otro, que es que lo otro es un proceso muy largo, lo otro son dos o tres años, en el mejor de los casos, entonces no te puedes embarcar en ese proceso porque el otro entonces se te agota. (E26)

Entre quienes han recurrido a las TRA para ser madres **sin pareja o en pareja lesbiana**, la imagen de las técnicas es a menudo muy positiva. La oportunidad que representan para ellas y su contribución a la normalización de ‘otras formas’ de maternidad, avalan su defensa. Además de la visión que deriva de su situación particular, incorporan la representación de las TRA como recurso para superar la esterilidad. Así, podemos ver cómo recomiendan su uso a las mujeres que quieran ser madres y encuentren obstáculos para ello, ya sean de tipo físico, ya sean de tipo personal o social.

Me parece, la verdad, una opción absolutamente maravillosa, que hoy en día que se pueda recurrir a esto, en cualquier caso [...] La verdad es que es fantástico, ¿no? Si quieres ser madre y has optado por esto y no por otras cosas y te apetece, pues la verdad es que es... La tecnología la verdad es que... (E37)

La mujer que lo quiera hacer y que esté dispuesta, que no tenga miedo y que se lo haga [...] quien quiera tener familia que, que lo pruebe todo (E40)
De cabeza. Y, si tiene dinero, yo le aconsejaría eso, este centro [...] casi todas las que conocemos que han tenido también problemas, allí han sido mamás (E40)

¡Que vaya! Sí, que al final si no tiene recursos para ir de pago que es más rápido y es diferente, pues a la Seguridad Social, a la Seguridad Social. (E40)

Que sí, que s'ho face, clar que sí (E29)

11.2. POSICIONES CRÍTICAS

La mayoría de las mujeres entrevistadas formula algún tipo de crítica hacia las TRA. A la vista de los testimonios recogidos en el capítulo 10, este resultado es ciertamente previsible, dada la complejidad del proceso por el que han pasado y la gran inversión -de todo tipo- realizada. A la hora de efectuar el balance final y de proyectar su experiencia hacia las otras mujeres, ello se traduce en la expresión de una recomendación del uso de las TRA acompañada de toda una serie de consejos y también de advertencias.

A pesar de todos los aspectos negativos que señalan, aunque alguna de ellas afirma que no repetiría el proceso e incluso que si hubiera sabido lo que iba a encontrar no hubiera entrado en él, prácticamente ninguna mujer se atreve a desaconsejar a otras su utilización. La versión más extrema de expresión de la prevención que suscitan las TRAS se formula en los siguientes términos: “yo no le diría que no fuera”. Tal y como se expli-

cará a continuación, en ello interviene tanto el respeto que despierta la voluntad de maternidad, como el hecho de que, en realidad, ellas abogan por unas tecnologías mejor configuradas y aplicadas, que se ajusten más a lo que -en su opinión- se supone que son o deberían ser. No se produce, en ningún caso, un rechazo frontal de las TRA.

El alcance de las críticas es, no obstante, desigual. Mientras que algunas mujeres se centran en destacar los aspectos de la aplicación de las técnicas que deberían ser mejorados, otras dan un paso más allá, llegando a reflexionar sobre los procesos y factores estructurales que están en la base de la configuración de las TRA y, a partir de ahí, a ponerlos en cuestión.

Seguidamente se presentan los componentes temáticos que centran y articulan las críticas:

11.2.1. El nivel de eficacia

De modo similar a las posturas ‘tecnófilas’, prevalece una imagen de las TRA en la que aparecen como tecnologías punteras que van mejorando a medida que lo hace el conocimiento, la investigación y el tiempo de rodaje. Pero el proceso se percibe en términos menos idealizados. A pesar de los avances, el nivel de eficacia es todavía relativamente bajo y su apreciación bastante confusa. Tanto en las entrevistas realizadas durante la primera fase como en las de la segunda, las mujeres consideran que cada vez los resultados son mejores. Sin embargo, los datos estadísticos que manejan las mujeres son bastante parecidos en ambos periodos. Comparten, por lo tanto, la apreciación de que aún queda mucho camino por recorrer, y que “no han dado todavía con la técnica estupenda” (E21). Por otro lado, tal y como se comentaba en el capítulo anterior, los pronósticos concretos en cada caso, o son inexistentes o se formulan con gran ambigüedad, puesto que no están bien definidos los parámetros para establecerlos.

La conclusión que se deriva de esta perspectiva es que todas las mujeres deberían estar suficientemente informadas de esta cuestión antes o al inicio de los tratamientos, con el fin de no albergar falsas expectativas.

Pienso que ellos serían los que deberían hablar de que...no todo el mundo sale adelante, o sea, no... todas las mujeres se quedan embarazadas...ni muchísimo menos. Ellos hablan de un porcentaje muy elevado de mujeres que...no logran superarlo por el nerviosismo...que tienen, por la ansiedad ¿no? Yo, sin embargo, todavía no creo mucho en esto. Yo lo que creo es que no han logrado la técnica estupenda, ¿no?...A mí me parece que no ha salido todavía una técnica perfecta (E21)

Por este motivo, reclaman información veraz sobre las posibilidades de éxito de los tratamientos y denuncian la comunicación publicitaria que realizan los centros privados, en el sentido de que formulan ‘promesas’ que no están en condiciones de garantizar. Los

intereses comerciales son legítimos, pero su defensa no debe hacerse a costa de generar una imagen de eficacia que se aleja de la realidad.

Lo que no me parece de recibo es que sigáis publicando en la web que en dos años tienes un niño, digo, porque esto es lo que a mí me cabrea ¿no? Yo estoy en mi situación y tengo que ver qué decido, pero no publiques esto en tu web, porque lo que supone es que tú tienes un plan de negocio, donde si no sigues recibiendo peticiones, esto no te funciona, digo, porque es que si no, no le encuentro otra explicación ¿sabes? Entonces hay, esa mezcla, lo que pasa que es tan difícil de... (E30)

La recomendación del uso de las TRA a quienes piensen en acudir a ellas es afirmativa, y se expresa en términos de que “deben intentarlo”. El consejo que la acompaña es que dosifiquen sus ilusiones, manteniendo un equilibrio entre el ánimo y la tranquilidad; sabiendo que puede funcionar, pero que es difícil. Significativamente, se suele añadir la transmisión del deseo de suerte en la apuesta que van a realizar.

Yo le recomendaría que se lo tomase con tranquilidad al principio sobre todo, que no se lo tomase con tanta ilusión, con tanta seguridad, con tantas posibilidades de éxito como me los...me lo tomé yo, porque luego viene la decepción, ¿no? [...] Decirle a las mujeres que tengan interés en hacerlo, que tengan este problema, que lo deben de hacer, que lo deben intentar, que para nada sean pesimistas pero que tampoco vayan superilusionadas [...] Pero que oye que sí, que hay...muchas mujeres que se quedan embarazadas, entonces yo creo que todo el mundo debe intentarlo y...nada, suerte. (E21)

11.2.2. Los costes que representan para las mujeres

La utilización de las TRA implica un fuerte desgaste para las personas usuarias, y en particular para las mujeres, puesto que en ellas se centra la intervención médica. Aunque la actuación sobre el cuerpo femenino es inevitable, gran parte de los costes que conlleva para ellas se podrían evitar o, por lo menos, atenuar sensiblemente.

En el terreno físico, se debería intentar reducir la agresividad de los tratamientos. Con el tiempo se han ido dando pasos en esta dirección, como son, por ejemplo, la modificación del procedimiento utilizado para la extracción de los óvulos, la reducción del dolor - mediante la utilización de anestesia o sedación en el proceso de punción y aspiración- y la limitación del número de embriones transferidos. Pero, a pesar de ello, continúan entrando costes físicos que quizá podrían ser mitigados. Tanto en las entrevistas de la primera fase como en las de la segunda, se destaca el proceso de estimulación ovárica, sobre todo en los tratamientos de FIV, como uno de los que representan mayores efectos secundarios inmediatos y, en algunos casos, emerge la preocupación por su alcance a largo plazo. La norma epistémica que propicia la lógica de ‘cuanto más mejor’ ha sido modifi-

cada por prescripción legal²⁵³ en lo que se refiere al número de embriones a transferir, pero continúa prevaleciendo en la estimulación ovárica.

Jo supose que...que si al final tens xiquets, pues ho dónes per ben empleat, però són tècniques molt bèsties, molt bèsties...Són massa agressives les...els tractaments que...utilitzen i no sé hasta quin punt han cuidat de, realment, que al fi i al cap és un cos també el que està patint. Tot això. I que a la llarga jo crec que de tots ixos tractaments, encara que tingues un crió, jo no sé si a la llarga el cos no te passa factura també [...] Jo no sé hasta quin punt, és precis, per exemple, hiperestimular el ovari tant, tant, tant [...] tindre a lo millor divuit ous...ahí madurs. Jo no sé si a lo millor amb menos tindrien menos possibilitats, però a lo millor a la llarga [...] Jo no sé res de medicina, però jo dubte molt que el dia de demà no te passe factura (E9)

La consideración de que los efectos negativos que ocasionan los tratamientos podrían ser menores, lleva a plantear la cuestión de la presencia de intereses potencialmente divergentes entre los actores y, desde ella, la de en qué medida las relaciones de poder configuran los procedimientos de una determinada manera y no de otra. Al hilo de esta reflexión, las mujeres consideran que las motivaciones económicas y la búsqueda de la notoriedad profesional pueden actuar en detrimento de los intereses de las personas usuarias.

En teoria sí que ajuden a les dones. Lo que passa és que també hi ha molta... molt d'afan de protagonisme entre els metges. Vull dir, què si u conseguix 'el embarazo más difícil, el más difícil todavía', pues el seu nom ix en revistes. Vull dir que en tot això estan jugant un poc, clar, amb les dones. Pues sí, ells, per un costat, te donen la possibilitat de ser pares, però per l'atre, ells, quan més difícil és una història, pues més estímul és per a ells. Si conseguix lo que no han conseguit altres, pues molt millor, clar, i en ixe aspecte a lo millor peguen una volteta de rosca més de la que deuen...això sí que és possible. Però tampoc sé si tots els metges o alguns en especial (E9)

El afán de protagonismo por parte de los equipos profesionales era mucho más patente en el pasado, cuando la aplicación de las TRA iniciaba su andadura en España y la aparición en los media de noticias de embarazos y partos múltiples transmitía el mensaje de nuevo y espectacular logro tecnocientífico.

Ellos van a ver quién tiene más éxito, estoy convencida [...] tú habrás visto en la noticias, a lo mejor que en Barcelona o en Málaga han nacido cuatrillizos o trillizos de fecundación in vitro. Yo pienso que ellos van a ver quién...es la más gorda...es más grande el éxito, yo pienso que sí [...] las mujeres pienso que somos para ellos, no sé ¿como un objeto, no?, queremos esto y ellos dicen: bueno, pues si quieres esto... [...] están avanzando muchísimo, o sea, de cuando yo, me lo hicieron a ahora...pero

²⁵³ Y se ha incorporado a las orientaciones de buenas prácticas en la práctica de las TRA, como se ha explicado en el capítulo 6.

pienso que no debían de hacer ese disparate de poner cinco o seis. Yo pienso que eso es un disparate, no tenían que jugar con la salud de las personas así, de esa manera, para tener ellos su éxito, no soy partidaria, desde luego (E14)

El giro que se produjo posteriormente implicó un mayor reconocimiento de la necesidad de poner límites para evitar consecuencias indeseables, tanto para las mujeres como para la viabilidad del embarazo y la salud de los/as nacidos/as. Aún así, en la actualidad son muchas las mujeres que opinan que el cambio no ha sido suficiente. Persiste un claro desajuste entre la centralidad que adquiere el cuerpo femenino y el papel que se concede a la mujer durante los tratamientos. Las mujeres continúan siendo, en gran medida, ‘protagonistas ausentes’. Esta condición se refleja en el estatus que se le atribuye durante los procesos, y se actualiza permanentemente a través del trato dispensado en el marco de una relación médico-paciente que sigue -salvo excepciones- anclada en el modelo asistencial tradicional²⁵⁴.

Los tratamientos son necesarios, pero tal como están plateados, no lo son. Y sí creo que si trataran a la mujer como la principal protagonista del proceso, el resultado sería otro. Nos tratan como objetos, como conejillos de indias y más, como partes de...diseccionadas que aún es peor. Somos números, grados, tamaños, resultados, milímetros, peso, pruebas...para mí fue una experiencia horrible, y eso que no estaba enferma de nada, pero casi me enferman ellos. Suele ocurrir en otros ámbitos, si te tratan bien, es todo más fácil aunque no consigas lo que quieres. Nos puede pasar con los profesores, con los médicos, con un funcionario cualquiera...vas bien a un sitio y sales mala sólo porque nos han tratado mal. (E34)

Esta relegación como sujeto se entrecruza con la desatención hacia los aspectos emocionales, constituyendo -como se ha explicado extensamente- la parte más dura y penosa de los tratamientos.

Por ello, entre los aspectos que deberían ser mejorados por parte de los/as profesionales, se destaca la atención a la paciente, que debería ser más humana y tener en cuenta la vulnerabilidad emocional en la que se encuentra la mayoría de las mujeres. Resulta significativo, en este sentido, el hecho de que varias de las entrevistadas afirmen, de modo explícito e incluso tajante, que tan sólo dispensando un mejor trato ya se harían más llevaderos los tratamientos.

A nivel de trato humano, debería...Es que tu situación es un poco especial, tú te encuentras un poco especial [...] querrías sentirte un poco comprendida en esto, porque para ti es algo muy importante y claro, solamente el trato a veces es importante. Yo entiendo que todos vamos con muchas prisas y todo, pero yo lo que más eché en falta, por lo menos en el primer sitio que estuve, fue...fue el trato, de hecho me sen-

²⁵⁴ Denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1984) o Modelo Tecnocrático (Davis-Floy, 2002)

tía como un mero...numerito, que tocaba en ese momento...Y yo creo que eso sí, sí que lo mejoraría (E30)

Por mala que haya sido la experiencia de la mujer que expresa su opinión, no se llega, en casi ningún caso, a desaconsejar las TRA. El mensaje que se transmite desde los planteamientos críticos enfatiza, de nuevo, la necesidad de recabar información previa con el fin de contrarrestar la comunicación publicitaria y mediática que frecuentemente se difunde. Las mujeres deben tomar la decisión de recurrir a las TRA conociendo las facetas negativas del proceso. No se trata de disuadir a las mujeres, sino de proponerles que adquieran una disposición de ánimo que les evite sorpresas desagradables.

Si vas a un gabinet d'esterilitat, pues t'ho posaran tot de color de rosa. Però, pues això, enterar-se per varios punts diferents de... de tot, de que sí, de que no, de lo bo i de lo roïn que té tota esta història. Entonces ja, quantes més coses saps, pues ja te decidixes. Però ja sense después emportar-te sorpreses. Però de fer-ho o no fer-ho, no, no. Jo crec que tot el món ho faria. No li diria que no, vaja (E9)

Si me pidiese consejo alguien que no pudiese tener familia, la verdad es que le diría que se arriesgasen por lo menos una vez, yo sí creo que le daría ánimos. Porque se pasa mal [...] y si se siente con fuerzas, porque se tiene que pensar mucho saber a lo que se va ¿eh?, porque si no se sabe a lo que se va también al tun tun, y a lo mejor luego te encuentras con algo que dices: vaya, si lo hubiese sabido, no hubiese entrado aquí, en este embrollo (E16)

Una vez iniciado el proceso, la recomendación discurre, una vez más, en el terreno emocional, aconsejando presencia de ánimo, paciencia, tranquilidad y también que asuman el rol de pacientes del modo más activo posible, sin dejarse arredrar por la posible actitud distante de los/as profesionales.

Que tinga ànims, que s'ho agarrare lo més relaxat possible, perquè la veritat és que te crea molta ansietat [...] per més que pugues dir que te relaxes, que no s'ho agarren en ansietat, que des de luego parlar-ho molt amb la teua parella [...] i después, que no tinguen por de preguntar res als metges [...] tindre esperança, perquè si no la tens no fa falta ni anar, no? encara que siga mínima i agarrar-t'ho de bon humor, el estar allí... (E20)

Mucha paciencia...y que lo hablen mucho (E32)

11.2.3. El refuerzo de la importancia de la maternidad

Las TRA se nutren de la voluntad de tener hijos/as y constituyen un recurso que puede ayudar a conseguirlo. Esta percepción propicia una actitud muy positiva hacia ellas pero, al tiempo, se convierte en una fuente de sentimientos ambivalentes. Si su grado de efica-

cia fuera mayor y los costes que representan para las mujeres no fueran tan notables no existiría, probablemente, sombra alguna. Pero en la medida en que esto no es así, surge la duda acerca de si su existencia puede comportar, además de ventajas, inconvenientes para las mujeres. En esta reflexión quedan enlazados temas que han sido explicados con detalle en las páginas precedentes, como, por ejemplo, la desigual importancia concedida a los lazos biológicos con la descendencia por parte de ambos miembros de la pareja, o las diferentes raíces e intensidad del deseo de ser madres.

Por este motivo, desde todas las posiciones, pero en particular desde las que adoptan un tono -más o menos- crítico, se insiste tanto en la necesidad de que-antes de entrar y/o una vez iniciado el proceso, las mujeres reflexionen. En primer lugar, acerca de la importancia que ellas personalmente conceden al hecho de tener hijos/as, y, en segundo lugar al vínculo genético y/o biológico.

Yo sí que, a gente que realmente quiere...yo sí que se lo he aconsejado. (E32)
Si quieren tener hijos, yo sí lo recomiendo, porque hay que plantearse si quieres tener hijos. Eso es otra, que eso también ha de plantearse, porque hay gente que tampoco sabe muy bien lo que es tener hijos (E6)

En la proyección que realizan en las destinatarias de sus consejos y advertencias, aparece enfatizado el derecho de las mujeres a tomar la decisión de utilizar o no las TRA y a persistir o abandonar los intentos -aún cuando en su caso el peso de las presiones sociales o de la pareja hayan influido de modo destacable en su experiencia concreta-.

Jo soc una persona que tampoc volia tindre fills... era una cosa... ni estava tampoc especialment a favor de estos tractaments, no? [...] aleshores te plantejes, bueno, amb tot lo que n'hi ha a lo millor pots tindre [...] i per això és...estem aquí, però no era una cosa que jo tinguera molt clara i aleshores també pense: bueno, damunt de què no vols, de què tota la vida has pensat en això i ara veges tú a on estas...! ahí me sento un poc...en contradicció, però en fi (E8)

Entre todas las entrevistas realizadas, aparece un único testimonio en el que se desaconseja el inicio de los tratamientos. Se trata, precisamente, de un caso concreto en el que la entrevistada asesora a otra mujer que manifiesta explícitamente reservas acerca de su voluntad de convertirse en madre y muestra poca disposición de afrontar el esfuerzo y los inconvenientes que suponen las TRA. Refleja la otra cara de la misma moneda, es decir, de la que subraya la necesidad de estar informada de lo que representan los tratamientos para la mujer y la voluntad de llevarlos adelante, a pesar de todo.

Tengo una amiga que tiene un problema...y el año pasado pues le dijo el médico que él le aconsejaba que pasaran a in vitro porque si no era así no se iba a quedar embarazada y...según me ha comentado, se lo tienen que hacer...la primera le van hacer ahora en noviembre... El domingo estuvimos juntas y me dijo que no te-nía ningunas ganas de ir, que ahora no le apetece tener niños [...] que no le apetece re-

nunciar a todo por tener un hijo ahora, y yo le dije: pues ¿qué quieres que te diga? También me dijo: no me apetece que me hagan nada, no me apetece...que me tras-teen, no me apetece que me den ninguna medicación. Y yo le dije: pues no sé, es una cosa que te lo tienes que pensar mucho, pero si lo tienes tan claro que no te apetece nada, yo te aconsejo que no vayas, porque es una tontería. O sea, es algo para lo que necesitas muchísimas fuerzas... (E13)

La presencia y disponibilidad de las TRA alimenta la esperanza de conseguir descendencia biológica, y al tiempo refuerza la importancia de la existencia de este tipo de vínculo. Del mismo modo que la presencia de dificultades reproductoras lleva a las mujeres a preguntarse por su deseo de maternidad, la decisión de otorgar primacía al uso de las tecnologías frente a otras vías -como la adopción, la espera o la renuncia- es fruto de una deliberación más o menos intensa y controvertida.

Las mujeres entrevistadas han vivido experiencias diversas al respecto, pero todas coinciden en reconocer que la conjunción entre la preeminencia social de la que goza la maternidad-paternidad biológica, la suposición de que todas las mujeres desean ser madres, y la posibilidad de recurrir a las TRA, suelen relegar a un segundo plano el resto de opciones.

El mundo está enfocado a que las mujeres sean madres, y nos han educado así, desde el principio...y aunque no seas, aunque no seas madre, por ser mujer vas a ser siempre madre. Eso es lo que pienso yo. O eres madre de tu hermana, o de tus hermanos, o de tus padres, o de lo que sea, pero...madre en ese sentido, en el de eterna cuidadora, la gran madre, ¿no? y cuando una siente que no puede ser madre, eso es súper fuerte. Es algo... que te, te rompe por dentro. Cuando no puedes tener tus hijos por proceso natural [...] Entonces son necesarios, creo, esos servicios. Hasta que una, hasta que tenga el tiempo suficiente para comprender que puede ser por otra vía también, madre (E34)

Cuando se consigue con cierta rapidez el resultado positivo, esta cuestión no suele tener mayor trascendencia. Pero si sobreviene reiteradamente el fracaso, cobra relevancia, puesto que el hecho de haber considerado previamente la existencia de otras formas de canalizar el problema, podría constituir una herramienta muy útil para intentar contrarrestar la dinámica de arrastre y absorción que generan los tratamientos.

Yo no le diría que, que no. Yo, a mucha gente que lo ha hecho le he contado mi experiencia y lo que le digo es que sea fría en los pensamientos y...o sea, yo creo que hice ese proceso demasiado largo. Porque al final entre cinco inseminaciones y cinco in vitros, estuve muchísimo tiempo. Entonces... que si tiene claro que quiere tener un hijo biológico, es uno de los medios, pero que no se obsesione con seguir y seguir y seguir, o...o pensar que hay muchas alternativas. Yo...le diría que pensara la adopción... Porque este camino puede ser muy duro o muy fácil, o sea, es que tampoco puedes decir, porque la gente que ha conseguido un embarazo, pues está encantada ¿sabes? Entonces claro, el hecho de que yo no lo haya conseguido...que le digas a la gente que no lo haga...Pero...sí que sepa que hay otras vías ¿no? que se

plantee todo, que tenga como la mente más abierta ¿no? Yo creo que fui muy, ahora voy por aquí, ahora voy por aquí, ahora...y te dejas llevar demasiado (E30)

La lógica epistémica que rige los procesos de tratamiento induce a la adopción de una actitud perseverante. Desde esta apreciación las entrevistadas aconsejan a las mujeres que, además de mantener la mente abierta a otras opciones, se marquen límites en cuanto al número de intentos.

Si desean tener un hijo, ¡claro!, deben intentarlo, yo creo que sí porque siempre está...hay una posibilidad ¿no? Pero yo la verdad que cada vez estoy más en contra de insistir e insistir. Creo que no merece la pena, sobre todo estando ahí la posibilidad de adopción (E5)

Lo deseable es poder alcanzar un cierto control sobre la situación, de modo que, a pesar de la dificultad que supone llegar a renunciar, las decisiones estén en sus manos. La posibilidad de detener la rueda sin fin en la que pueden derivar los tratamientos pasa por ‘mantener la cabeza fría’, algo tremendamente complicado en una situación en la que la carga emocional es muy intensa y donde la información objetiva es difusa e incierta.

A mucha gente, cuando empiezan, por ejemplo, cualquier proceso les digo: ten claro a lo que vas, porque hay cosas que no te van a gustar, lo que pasa es que aprende, corta cuando tengas que cortar, no te dejes...les digo que lo controlen más ellos, que no se dejen...arrastrar, sí (E30)

En la difícil empresa de frenar la dinámica de arrastre que caracteriza las TRA, puede servir de ayuda el no perder de vista la dimensión comercial del trabajo que se realiza en los centros privados. Una dimensión que puede conducir a la generación de una dinámica inercial de persistencia, que se enlaza y alimenta a su vez con la dificultad de establecer un pronóstico certero de éxito o fracaso.

A veces tienes la sensación, bueno, yo como estuve tanto tiempo, al final decía: pero entonces ¿por qué me han animado a otro in vitro? ¿por qué? o ¿por qué me han animado a otra inseminación? Si ya tienen claro que... ¿sabes? Sí, ¿Dónde está el punto en el que ellos tienen claro que no se va a conseguir y esto acaba siendo un negocio? Porque claro, al final todos estos tratamientos son carísimos ¿no? (E30)

11.2.4. El uso innecesario o abusivo de las TRA

Uno de los núcleos centrales en la construcción de las opiniones críticas parte de la constatación de que la utilización de las TRA no responde, en muchos casos, a la existencia de un ‘verdadero’ problema reproductor. El máximo exponente de la ‘prueba’ de que se incurre en un uso que podría ser calificado de abusivo, reside en la elevada frecuencia

con la que se producen embarazos espontáneos, antes, durante o después de los tratamientos.

La reflexión que las mujeres realizan a partir de este hecho, las lleva a situarse en el plano social, en el sentido de que consideran y analizan los factores que dinamizan la escalada vertiginosa que ha experimentado la presencia social de las TRA. Un crecimiento que viene motivado por la existencia de una intensa sinergia entre el aumento de la oferta y el de la demanda. En las explicaciones que formulan se entretreje el papel desempeñado por los distintos intereses en juego con los problemas y/o circunstancias sociales que favorecen el aumento de la solicitud de este tipo de servicios.

Varias de las mujeres entrevistadas han pasado por la experiencia de un embarazo espontáneo, que en algunos casos ha desembocado en un aborto, pero que en otros ha llegado a término y ha supuesto el nacimiento de una criatura. Pero la totalidad de ellas conoce casos en los que esto ha sucedido.

Estos hechos constituyen, en principio, un enigma que genera perplejidad si se leen desde la aceptación del argumento más difundido que está en la base de la justificación de las TRA, esto es, el de que son técnicas que permiten acceder a la maternidad a mujeres que de otro modo no lo hubieran conseguido.

Yo tengo clientas nuestras, fíjate lo que te voy a contar, que su primer hijo es de donación de óvulos y de donación de esperma, porque no lo han podido conseguir por ellos mismos, su primer hijo, y el segundo es de ellos [...] va y resulta que vienen a un control o vienen porque no se encuentran bien y están embarazadas. Pero bueno, ¿cómo, cómo se come esto? (E6)

La sorpresa que deriva de la observación de que la realidad contradice la ‘teoría’, alcanza su punto máximo y cambia de signo cuando se ‘descubre’ que estos casos son tan numerosos que no pueden ser considerados como la excepción que confirma la regla. Más bien constituyen la norma.

O la amiga esta que te digo...estuvo doce o trece años de hospital de hospital y bueno la última in vitro no la acabó, se quedó...fue desastrosa porque le sacaron tres y no le fecundó ninguno. Se fue a casa muy mal y al mes siguiente se quedó embarazada. El niño ya tiene un año. O sea, me refiero...a que conozco más gente, como quien dice, que se ha quedado embarazada fuera del tratamiento que durante el tratamiento (E13)

A muchísimas mujeres nos pasa, lo que me ha pasado a mí, es decir, muchas mujeres que se van de vacaciones se quedan embarazadas [...] Esta chica tuvo un recorrido parecido al mío. Ella hizo inseminaciones. No le funcionó. Hizo in-vitro. No le funcionó. Y ellos dijeron: a tomar por...viento, ya nos lo planteamos después del verano. Se fue de vacaciones y volvió embarazada, entonces...cuando conoces tantas historias como éstas, tantas, tantas...piensas: es que no es la excepción, es que es casi la regla de lo que se está produciendo (E28)

La extrañeza cede el paso a la reflexión sobre los posibles motivos por los que esto sucede y emerge en primer término la ambigüedad del diagnóstico que aconseja el uso de las TRA.

La experiencia de las mujeres -que han tenido un embarazo espontáneo una vez iniciados los tratamientos- a las que se les había identificado algún problema orgánico, muestra la imposibilidad real de efectuar un diagnóstico que exija de modo rotundo la utilización de las TRA, en la mayoría de los casos. De hecho, el propio personal médico suele hablar en términos de dificultad para quedar embarazadas de modo natural, más que de negativa contundente.

Entonces recuerdo que dijo que no se podría negar un embarazo espontáneo. Que habían visto casos muy raros y que habían visto que no se podía decir que no (E31)

Cuando se da la circunstancia de que el embarazo se produce, la expresión que utiliza el personal médico -“a veces ocurre” o “es muy raro”- transmite la idea de excepcionalidad.

[Tras una in vitro fracasada]... nos olvidamos completamente y cuál fue mi sorpresa que ese mes, o sea, esa regla la tuve y al mes siguiente no tuve la regla y me había quedado embarazada, o sea tuve un embarazo natural [...] y el médico dijo: oye, pues efectivamente estás embarazada. Y digo: ¿de verdad?... Bueno, pues nada. Dice: pues enhorabuena. Yo digo: pues chico, yo no entiendo nada. Dice: no, a veces ocurre (E11)

Pero en alguna ocasión el embarazo espontáneo sucede tras un dictamen tajante de esterilidad. En estas circunstancias, la situación que experimenta la mujer es de extremo desconcierto y puede conducir a cuestionar la transparencia de los procesos²⁵⁵. En cualquier caso, lo que se pone en evidencia, cuanto menos, es la débil consistencia que caracteriza los pronósticos.

Al día siguiente me dicen: pasa a hablar con el médico, que él te explicará... Entro y me dice: se han muerto todos. Y yo: ¿cómo que se han muerto todos? Sí, se han muerto. Y yo: ¿cómo que se han muerto? Había quince, hace tres días había quince, me decís que me espere. Y me dice: eso es un defecto tuyo, genético [...] Si, dice: no vas a poder ser madre [...] Entonces me fui de vacaciones y volví embarazada. Y ya está. Un mes después me quedé embarazada [...] fui a fertilidad humana...y entonces le dije: me ha salido la prueba positiva, pero esto es muy raro, yo no puedo

²⁵⁵ En el caso concreto al que corresponde la cita, la entrevistada cree que la ‘muerte’ de los quince embriones se debió a un fallo de laboratorio, pero su intento por desvelarlo resultó inútil. El personal del centro lo negó rotundamente y no pudo averiguar lo que ocurrió. Cuando lo comentó en otro centro le dijeron que era raro, pero no le pudieron decir nada más, ya que el informe que le había proporcionado -ante su insistencia- el primer centro no aportaba información alguna. Tras el nacimiento de su hija, se vuelve a quedar embarazada, pero aborta espontáneamente. De ahí todas sus dudas acerca de si su hija fue o no un milagro.

tener hijos, me han dicho que no puedo tener hijos [...] Nada, me hizo una ecografía y me dijo: estás bien, todo está bien. Pero como es un bebé milagro, me dijo, vamos a cuidarlo mucho [...] Y entonces, es un misterio lo que pasó realmente, no tengo ni idea de lo que pasó. Para mí sigue siendo un misterio. Entonces no se si mi hija es realmente una hija milagro y fue que tocó la campana por casualidad o que tengo que tener mucho cuidado y sí que me puedo quedar embarazada (E28)

La edad es a menudo una indicación suficiente para el uso de las TRA, vaya o no acompañada de la detección de algún tipo de problema específico. De nuevo, la necesidad del uso de las TRA se desvela como algo relativo, ya que tan sólo la dificultad para un embarazo espontáneo puede ser evocada por el médico como argumento para aconsejar el tratamiento. También en estos casos existe algún testimonio en las entrevistas en el que se produce un embarazo natural.

Cuando fui a la revisión, en ese momento los niños tenían un año y medio. Y me dijo que parecía que yo comenzaba a tener problemas porque un ovario empezaba a no ovular bien, correctamente, que estaba dando problemas. Igual ahora será todavía un poco más complicado que te quedes embarazada. Y fue decirme eso en ese momento...y al mes siguiente quedarme embarazada (E27)

De las experiencias relatadas por las entrevistadas se desprende que, en gran parte de los casos, la reacción del personal médico en estas situaciones es de tranquilidad, identificándolas como casos singulares que se salen de la norma y que no ponen en cuestión el acierto de su recomendación de uso de las TRA. Pero el hecho de que esta ‘anomalía’ se produzca con relativa frecuencia puede llegar a enfrentar a la persona que administra las técnicas con las contradicciones inherentes del discurso médico sobre las TRA. Unas contradicciones que remiten al modo en el que están configuradas.

Entonces, fui a una clínica...de fertilidad y me hicieron pruebas, no encontraron nada y dijeron: bueno pero ya con -creo que tenía yo 37 años o 37 y medio- con esta edad ya tienes que ir a alguna técnica que, en fin, que avance las cosas y tal, porque esto, esto no puede ser, ya es tardísimo [...] y entonces me dijeron, bueno pues cuando tengas la siguiente regla, cuando se termine la siguiente regla, dice, nos llamas. Entonces vino la siguiente regla, la siguiente regla no se iba y quince días después, yo jamás había tenido una regla tan larga, llamé y dije: yo creo que me debería ver un médico [...] Entonces fui por allí y me dijeron que estaba embarazada, me había quedado embarazada por mi propia cuenta solo que, con pérdidas [...] El médico de la clínica aquella, se cogió un rebote conmigo impresionante cuando me quedé embarazada, porque dice: es que no es la primera que pasa, es que yo no sé para qué venís aquí (E25)

En la cita precedente puede observarse cómo el médico vuelca en la mujer las inconsistencias del modo de proceder habitual en las TRA. La acusa de solicitar algo que no necesita, cuando ha sido el propio centro el que ha prescrito el uso de las técnicas basán-

dose en su 'avanzada' edad. En este caso concreto, la entrevistada había tenido en cuenta, además, la espera prescriptiva de un año antes de solicitar ayuda médica²⁵⁶.

Se pone de manifiesto que, aunque lo que ha normalizado la percepción de los problemas de fertilidad y la demanda de las técnicas, es el propio mensaje que los centros han difundido, se acaba atribuyendo la iniciativa a las mujeres. La reacción del médico desvela que en algunos casos el propio personal que se dedica a las TRA no ha interiorizado el hecho de que están ofreciendo, además de tratamientos contra la infertilidad por causa orgánica, médicamente reconocible, un servicio de gestión del tiempo, orientado a 'agilizar' el proceso reproductor.

Una de las cuestiones que resulta interesante es el modo en que las mujeres que han sido objeto de tratamiento procesan la experiencia de haber tenido un embarazo natural. De nuevo aquí aparece la diversidad, que se refleja en dos tipos de elaboración:

a) La que efectúan quienes vinculan el hecho de haberse quedado embarazadas con el de haber pasado por los tratamientos

Aunque no cuentan con una explicación racional del todo satisfactoria -a sus ojos- evocan una amalgama de factores que pueden haber intervenido y que no valoran todas por igual.

Por lo general, se produce la alusión a factores de tipo psicológico, pero el reconocimiento de su influencia genera resistencias, ya que de algún modo implica admitir que la influencia de los tratamientos ha sido indirecta. Entre los factores de este tipo que circulan por el imaginario social y que las mujeres mencionan de modo más o menos explícito, destaca la superación del algún tipo de enigmática barrera psicológica, que puede producirse en distintas circunstancias: antes de comenzar o durante el tratamiento, derivado de haber decidido ir a por todas en la búsqueda de la maternidad; tras haber tenido descendencia mediante las TRA, como si su cuerpo y ellas como persona hubieran obtenido la prueba de que pueden ser madres; o tras haberlos abandonado, por la eliminación de la tensión que les habían generado. En la medida en que la actuación médica se sitúa en el plano corporal, las mujeres que atribuyen a su paso por los tratamientos la consecución de un embarazo espontáneo tienden a pensar que había algún problema en su cuerpo que sin saber muy bien cómo ha sido resuelto mediante esta intervención.

El principal motivo aducido se sitúa, pues, en el plano fisiológico. La representación es difusa y se muestra, por ejemplo, como efecto de las hormonas que han activado el funcionamiento de sus ovarios u otra serie de metáforas de un cuerpo 'desbloqueado' por la acción médica. El caso es que afirman de modo terminante que sin su paso por las TRA

²⁵⁶ Lo dice en otro momento de la entrevista.

no lo hubieran conseguido. Su experiencia no las lleva en ningún caso a pensar que quizá no hubieran necesitado pasar por el proceso. Desde esta apreciación, su postura y opinión global ante las TRA es indiscutiblemente positiva.

Mi mejor amiga pasó primero el tratamiento farmacológico, después se hizo no sé cuántas inseminaciones y in-vitros, no sé, pues cuatro o cinco veces perfectamente. Fue a este centro y todo el mundo le decía que es que estaba muy agobiada, muy obsesionada, que por eso no se quedaba embarazada, porque estaba obsesionada. Y yo te aseguro que ella estaba igual de obsesionada el día que se enteró que estaba embarazada como antes. Para mí no tiene nada que ver. Al final sus hijas las ha tenido de forma natural. Ella ha tenido tres, y tiene claro que si no se hubiera puesto en tratamiento no se habría quedado embarazada porque todo el tratamiento lo que ha favorecido a la larga es...le facilitó el quedarse embarazada, opina. Y yo creo que también (E27)

Coneixes a gent que s'han fet tractaments i no i no, i després s'han quedat per elles mateixa i ne tenen dos i tres. Jo sí que crec que si no m'haguera fet el tractament no m'haguera quedat (E39)

b) La que hacen quienes opinan que su paso por los tratamientos fue prescindible

En estos casos su experiencia las lleva a poner en cuestión el modo de proceder de las TRA. Se produce un mayor reconocimiento de la influencia de factores psicológicos en las dificultades reproductoras, pero a ellos se une la estimación de que los diagnósticos o motivos que sustentan la indicación de las TRA están poco afinados o son inciertos.

Cuando la nena tenía nueve meses me quedé embarazada. Claro yo no usaba anti-conceptivos, ¿para qué? [...] Pero fue un aborto espontáneo. Comencé a sangrar cuando estaba de diez semanas o así... Pero yo volví a tener la idea de que a lo mejor me quedaba, porque si me había quedado una vez... [...] pero como pasaba más tiempo y no me quedaba, pues ya está, era que sí tenían razón los médicos y que no podía ser. Y después me quedé de ésta²⁵⁷. (E31)

Si el embarazo se produce tras haber abandonado los tratamientos después de varios intentos fracasados, la valoración conlleva, además, la duda acerca de la efectividad de los mismos, o por lo menos, la afirmación de sus limitaciones. Aparece, en algún caso, la consideración de que la actuación mediante las TRA se mueve en el terreno concreto de la medicina hegemónica, que desatiende -en su intervención- la implicación tanto de los factores emocionales como ambientales.

Quan comences el tema de l'adopció, te relaxes i, natros estavem relaxats en eixe tema, vull dir, mon anàvem de viatge, encara que no acabes de disfrutar, però sem-

²⁵⁷ Se refiere a su hija pequeña, una bebé que está presente durante la entrevista.

pre havíem..havia estat tranquil·la en el tema de que jo...podia ser mare d'alguna altra manera, encara que no fora d'una, anava a ser d'una altra [...] No sé perquè va ser...pel tema de l'adopció, pel tema de...la geopatía²⁵⁸...no ho sé perquè va ser, però me vaig quedar embarassada...natural, sense...sense fer tractaments...A mi no me van servir de res. Eixa és la conclusió...(E35)

Hemos visto cómo la imprecisión de los diagnósticos y los criterios de indicación de las TRA constituyen una primera explicación de por qué es tan frecuente el embarazo natural. Las mujeres que adoptan una posición crítica concluyen que las TRA se aplican en mujeres y/o parejas que pueden tener hijos/as por sus propios medios. Que esto sea así genera un importante aumento del volumen de personas usuarias de las técnicas. A partir de esta deducción surgen nuevas preguntas, cuyas respuestas remiten a los intereses en juego por ambas partes y a los factores que favorecen el aumento de la solicitud de este tipo de servicios.

La presencia de los intereses económicos es mencionada por la práctica totalidad de las mujeres entrevistadas. El discurso que presenta ingenuamente a las TRA como un instrumento ideado fundamentalmente para ayudar a las mujeres ha ido perdiendo credibilidad entre las entrevistadas, y ello se refleja, sobre todo, en la segunda tanda de entrevistas. Ellas son conscientes de la cantidad de dinero que mueven los tratamientos y consideran que es un móvil real muy importante. Pero ello no significa que lo juzguen ilegítimo. La posible crítica a la influencia que puede tener este tipo de interés, deriva de si llega a estimular dinámicas improcedentes.

Yo creo que es su trabajo y luego dentro de ahí pues habrá personas que lo viven de una manera y habrá personas que lo viven como cualquier profesional en cualquier sitio, creo yo [...] Te lo pueden vender así [como vocación de ayudar], pero que en el fondo es lo otro... Porque si que mueven mucho dinero, ¿eh? Mucho, mucho, mucho dinero. Y hay mucha gente, ¿eh? (E32)

Las mujeres que presentan una actitud global más entusiasta con las TRA hacen una lectura en la que no aparece ninguna referencia a que esto pueda influir en su funcionamiento, en un sentido distorsionador. No tiene porqué existir incompatibilidad entre los intereses de quienes ofrecen las técnicas y los de quienes las demandan. El dinero o el prestigio profesional son beneficios legítimos y la ayuda que representan las técnicas para quienes desean tener hijo/as es, desde esta perspectiva, innegable.

²⁵⁸ En este caso, tras varios procesos sin éxito se recurrió a la medicina alternativa y se les diagnosticó una geopatía, es decir un desequilibrio orgánico producido por factores ambientales. El testimonio de esta mujer resulta muy interesante en el sentido de que, como ella misma afirma, las explicaciones que le daban en los centros de TRA sobre los fracasos aludían al curso de la naturaleza. Precisamente por ello deciden acudir a la medicina natural, valorando que quizá ella les pudiera ofrecer mejores respuestas que la tecnomedicina convencional. La geopatía se resolvió e iniciaron al tiempo los trámites de adopción. Si bien, como puede verse en la cita, la entrevistada no afirma con rotundidad a qué atribuye la consecución de su embarazo, sí que muestra la utilización de un recurso más cercano al Modelo Holista (Davis-Floy, 2002). Con ello queda reflejada la posición activa que pueden adoptar las personas usuarias, que disponen de los recursos para ello.

Sobre todo yo creo que por ayudar a las parejas que no podemos tener hijos y también por ellos...creo que lo hacen un poco pues por su...por coger fama profesional ¿no?... por estudiar más en este campo y por enriquecerse [...] para ellos también es un orgullo profesional llevarlos a cabo. Yo creo que nos benefician los dos. Y nos beneficiamos sobre todo nosotros, que lo que deseamos es tener hijos, creo yo (E11)

La única valoración negativa se refiere a la desigualdad en el acceso de las mujeres a los recursos, en función de su posición socioeconómica y desde ahí se reclama que la Sanidad Pública destine mayores recursos.

Pero la sospecha de que las técnicas se aplican en numerosas ocasiones de modo precipitado o injustificado se convierte en un poderoso acicate para pensar que el móvil económico puede estar alimentando la dinámica de las TRA, induciendo un uso excesivo.

Algunas de las mujeres entrevistadas llega a construir un discurso muy elaborado en el que analizan la complejidad del escenario social en el que se desarrollan y actúan las TRA explicando cómo se entrelazan intereses, problemas y realidades sociales, para dar como resultado el aumento imparable de su utilización. En él aluden a la importancia que puede revestir la maternidad para las mujeres, a la generalización del fenómeno del retraso de la edad de la maternidad, a la credibilidad y a la penetración del discurso médico en la sociedad, y a la progresiva ‘normalización’ del uso de las TRA para explicar la el éxito de los mecanismos que inducen la altísima demanda.

Por el dinero. Dinero. ¿Tú sabes las farmacéuticas lo que ganan con estos tratamientos? y además los médicos quieren trabajo. Mi hipótesis es que el mismo sistema ha encontrado una zona ahí de...trabajo al fin y al cabo [...] Se ha creado un sistema para que haga falta que haya esos profesionales. Entonces es un sistema que se autoalimenta y que necesita alimento, y los alimentos somos las mujeres que queremos tener un niño, que tenemos una cierta edad, que posponemos la maternidad, que te dicen que la fecundidad baja tanto, que la lista de espera es tan grande, y entonces entras, ni te planteas nada porque, claro, quieres ser mamá y entras en ese círculo. Pero claro. ¿Tú sabes la cantidad de unidades que hay, el dinero que ganan las farmacéuticas si la Seguridad Social paga ese dinero? Imagínate esos tratamientos. Yo no me creo que valgan tanto dinero de base. No creo que sean tan caros, tan caros, tan caro...fabricar eso. Entonces yo creo, sinceramente, que es... (E28)

Adoptan una perspectiva global desde la que reconstruyen los procesos que configuran las TRA y describen las sinergias que se producen entre oferta y demanda. De todo ello se deriva una visión compleja de las TRA que les ayuda a comprenderlas y a plantear críticas que son, en gran medida, constructivas.

Sin embargo, de este análisis no se derivan consejos concretos y concluyentes que puedan ofrecer a otras mujeres -aparte de los ya mencionados en las páginas anteriores-.

Ciertamente, es casi imposible que una mujer -aún sabiendo que existe esta dinámica inercial- pueda llegar a establecer por su cuenta si, en su caso, necesita las TRA. Esta dificultad es particularmente intensa cuando el principal indicador que aconseja el uso de las técnicas es la edad. El tiempo se convierte en el principal enemigo de la mujer, puesto que si lo deja transcurrir para verificar si precisa o no el tratamiento, puede ocurrir que la conclusión llegue demasiado tarde, cuando las TRA ya no son accesibles por la vía de la sanidad pública y resultan menos eficaces en la sanidad privada.

Te crees de alguna manera que si te han puesto allí es porqué será necesario. Además ni tienes los conocimientos médicos...y encima como estás hormonada, estás agilipollada totalmente, límite total. Estas allí como con esa sensación de: esto es una carrera y tengo que terminarla y eso tengo que conseguirlo. Por el sentido de responsabilidad que te puede producir dejar el tratamiento y no conseguir un embarazo de forma natural. Y que realmente se te haya pasado el plazo. Porque yo creo que es una de las cosas que influye. Es decir: vale, seguramente pueda tener yo hijos, pero con el tratamiento es más seguro que pueda tener y si no lo hago cuando llegue a los cuarenta, cuarenta y dos, yo seré la responsable de no haber podido tener hijos. Claro, hay que hacer todo lo posible y existe un sistema que te lo ofrece. Y entonces vas y lo coges, y el sistema de alguna manera pues estupendo que vayas, porque cuando hay muchas mujeres y hay mucha lista de espera acaban ampliando el servicio. Y si no, acaban habiendo otras clínicas que acaban por absorber el excedente de la pública. Entonces, claro, es fantástico (E28)

La imagen que se desprende de esta reflexión es que el sistema médico ha sabido aprovechar en su beneficio un problema y una necesidad que deriva, en gran medida, de las circunstancias sociales. Las mujeres se encuentran en cierto modo atrapadas entre las condiciones sociales y el proceder médico. Del lado de las condiciones sociales se encuentran: el retraso de la edad de la maternidad, obligado por el trazado de un calendario social -marcado por los estudios y la búsqueda de la inserción y la estabilidad profesional- que desatiende por completo el reloj biológico que afecta a la fertilidad, y la cultura de la planificación y la inmediatez. Del lado del proceder médico están: la imprecisión en los diagnósticos, la no integración de los aspectos psicológicos que influyen en la fertilidad, el poder para imponer su discurso y marcar la dinámica de los procesos, y, por supuesto, los intereses particulares que puedan perseguir. Y a caballo entre ambos, la premura con la que las personas creen identificar problemas de fertilidad, como resultado del ejercicio del poder simbólico por parte de la medicina y de la extensión de la presencia social de las TRA.

En las entrevistas realizadas, las mujeres no plantean reivindicaciones a la sociedad. Tan sólo se enuncia de forma genérica la demanda de un mayor apoyo a la maternidad, o mejor, a las mujeres que desean ser madres. Pero no se traducen en líneas de acción concretas. De algún modo, las condiciones sociales se perciben como el marco en el que per-

sonas se encuentran y en el que deben elegir las opciones que estén a su alcance, valorando y asumiendo sus consecuencias.

Las recomendaciones y propuestas se centran, fundamentalmente, en apuntar cambios en los procedimientos de administración de las TRA, para evitar su uso innecesario.

Se utilizan antes de tiempo muchas veces, porque...muchísimas personas que pasan por el tratamiento y luego se quedan embarazadas sin ningún tipo de ayuda. O se quedan con la ayuda y luego se vuelven a quedar sin ningún tipo de ayuda. Entonces yo creo que...ése es un tema que creo que no está bien investigado. Que no está bien. Porque muchas veces se dice no hay ningún factor y cuando no hay ningún factor puede ser que haya un factor o realmente puede ser que no haya ningún factor. Entonces...como además medicalizas enseguida el tema y el factor de edad es muy importante, porque muchas mujeres tienen la obsesión de la edad, porque ninguna mujer va a pedir ayuda a los veintitrés años, prácticamente. La media de allí era bastante alta. Entonces, claro, esa misma ansiedad que te produce...está demostrado que la ansiedad disminuye la fertilidad. Está demostrado en los hombres que la ansiedad también disminuye la fertilidad. Es decir, los factores psicológicos son muy, muy importantes y sin embargo ese aspecto no se evalúa para nada (E28)

Las medidas que sugieren deberían ir encaminadas a establecer con mayor claridad y transparencia las indicaciones, mejorando los diagnósticos y evaluando mejor los casos. Asimismo, resultaría pertinente ampliar el campo de actuación incorporando los aspectos psicológicos. No tanto, o no sólo para mejorar la atención -haciendo los tratamientos más llevaderos- sino para hacerlos más efectivos. Ello pasaría, no por 'añadir' este servicio, sino por adoptar una perspectiva integral en la terapéutica. La información proporcionada por los centros debería estar regida por un criterio de transparencia, evitando la inducción de una preocupación injustificada en muchas parejas.

En el plano social las medidas que se apuntan se sitúan en la dimensión informativa y pedagógica. Tendrían que estar orientadas a favorecer la información y el conocimiento sobre salud sexual y reproductora, complementando la actual formación sobre cómo prevenir un embarazo no deseado con la de cómo conseguirlo cuando se pretende. La definición actual de la infertilidad en términos temporales conduce a una dinámica presidida por la urgencia, que debería ser atenuada a través de una explicación más clara en la que se diera a conocer la base de la estimación y cómo debe ser interpretada por las personas concretas a la hora de aplicarla a su caso particular.

En la misma línea, la información mediática sobre las TRA tiende a presentar una imagen de las mismas en la que quedan resaltados sus aspectos positivos y minimizados los espacios de sombra. En este sentido, la intervención debería pasar por ofrecer una visión más completa, que se ajustase más a la realidad de manera que no generara falsas expectativas.

Si es casi la regla de lo que se está produciendo [el embarazo natural], lo que significa es que el sistema no está evaluado bien los casos. Para nada. ¿Vale? Y yo creo que antes había falta otro tipo de asesoramiento, de valoración, que no eso. Y que cambiara un poco...que cambiara un poco la imagen cultural, que ahora es muy buena, de la inseminación y de la fecundación. Que es muy, muy buena. ¿Vale? Todo lo que son los tratamientos de fertilidad. Pero nadie dice esto en la televisión. Nadie (E28)

La opinión que se manifiesta tras este análisis es que las TRA son positivas -si se administran bien- e imprescindibles en algunos casos.

Aunque están muy deshumanizadas, las técnicas me parecen muy bien. Son estupendas. Es lo que se sabe y es lo que...funcionar, funcionan, tienen un índice de un cincuenta por ciento, por ahí, del cincuenta por ciento de parejas que lo consiguen... Para alguien que quiera tener hijos y le importe mucho tener hijos, vale la pena...creo yo ¿eh? Pero también es verdad que se utilizan antes de tiempo muchas veces, porque... muchísimas personas que pasan por el tratamiento y luego se quedan embarazadas sin ningún tipo de ayuda [...] hay determinados casos en que si que está claro que o se hace eso o no funciona [...] Por ejemplo, yo sí que conozco a algunas mujeres que sí, que dices: o es eso o es eso (E28)

Ello no significa que su uso esté tan sólo justificado cuando las técnicas son irremisiblemente necesarias para alcanzar la maternidad. La conclusión a la que llegan las mujeres que elaboran el discurso crítico de mayor alcance y complejidad, es que resulta indispensable que las personas usuarias y, en particular las mujeres, puedan diferenciar cuándo realmente son un medio necesario para que puedan tener descendencia biológica -puesto que no la conseguirían sin ellas-, de si, en su caso, podrían servir simplemente para agilizar el proceso. En definitiva, que pudieran tomar su decisión de usarlas o no discerniendo entre si están combatiendo un problema de esterilidad o si están adoptando un instrumento de gestión del tiempo.

CAPÍTULO 12

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

“Habrá que llegar a un auténtico apoderamiento ciudadano en la gestión de todos estos cambios y en las maneras en que la maternidad y la paternidad inciden en las identidades personales y sociales. La evolución de la tecnología y de los sistemas de relación personal nos obliga a revisar los relatos y las prácticas con las que los nuevos sujetos negociarán significados, experiencias y continuidades. Y para que esta revisión pase a ser liberadora, deberá ser palabra de todos y de todas”

María Lozano (2009: 51)

12.1. CONCLUSIONES

A lo largo de las páginas precedentes se ha mostrado la convergencia e interacción entre el discurso y la práctica biomédica sobre las TRA y el sistema de representaciones a partir del cual se contruyen las disposiciones que orientan y propician las prácticas de las mujeres a la hora de gestionar las dificultades relacionadas con el proceso reproductor.

Dicha convergencia se produce en el seno de un marco político, económico y social que actúa como contexto propiciatorio de la dinámica de incremento de aplicación de las TRA, al tiempo que marca las principales coordenadas de su configuración y condiciona su puesta en práctica en las situaciones concretas.

En términos generales, los rasgos más relevantes nos remiten, por un lado, a la extensión de la actividad mercantil a todos los ámbitos de la vida, incluida la salud. El de la reproducción asistida constituye un campo de actividad investigadora, laboral y empresarial en el que los intereses económicos de las industrias farmacéuticas y biomédicas se entretajan con el afán de conocimiento y las voluntades humanitarias. Por otro lado, las características de nuestro sistema social comportan la relegación de la reproducción al terreno de la vida privada y las decisiones y responsabilidades individuales. Las condiciones sociales dibujan un panorama conflictivo para el ejercicio de la maternidad y la paternidad y en él las mujeres ocupan un lugar destacado, tanto por su papel en el proceso reproductor, como por las desigualdades de género en el acceso a los recursos laborales, como por la persistencia de unos referentes culturales y simbólicos que hacen de la maternidad una cuestión a la que son, en potencia, especialmente sensibles.

La extensión de las prácticas de reproducción asistida son un hecho innegable, hasta el punto de que puede afirmarse que forman parte del escenario reproductor normalizado, sobre todo en el caso de mujeres que han alcanzado una edad cercana o superior a los 35 años. Este hecho desvela que las TRA son algo más y, en cierto sentido, algo distinto a un recurso para solucionar problemas de esterilidad y está en la base de una dinámica que conduce a un uso abusivo e innecesario de las mismas si se piensa en ellas en estos términos.

Ciertamente, la demanda de tratamientos ha ido en aumento, parejamente al incremento de la oferta de servicios y de la creación de centros que los prestan. Oferta y demanda han evolucionado siguiendo una dinámica de retroalimentación, en la que los intereses de los agentes implicados en la prestación de dichos servicios han jugado un papel preponderante, sin que ello se interprete de modo simplista como el resultado de una planificación abiertamente estratégica.

Atendiendo a la complejidad que permite la perspectiva tecnofeminista, se ha ido desgranando -en el cuerpo de la tesis- una reflexión sobre el proceso de configuración de las TRA, que permite concluir un notable grado de ajuste entre los procedimientos desplegados en su desarrollo y aplicación, y los mecanismos -definidos por Layne (1992)- que se activan en dinámicas de “disease mongering”. En este sentido, el crecimiento del número de mujeres que pueden identificarse como consumidoras y usuarias de las TRA es tributario, en conjunto, de la mayor parte de ellos²⁵⁹:

La medicalización del proceso reproductor ha facilitado el camino a la medicalización de la concepción con la aparición de las TRA. De este modo, cualquier dificultad experimentada en su consecución es susceptible de ser canalizada hacia la mirada médica, difuminando los límites entre lo normal y lo patológico²⁶⁰.

Esta borradura de límites es alentada por la definición vigente de la esterilidad, que establece los términos temporales de un año como síntoma de su presencia²⁶¹. El análisis empírico realizado a partir de los testimonios de las usuarias ha permitido comprobar la penetración de este mensaje en las representaciones de las mujeres, de modo que, en ausencia de otros indicios, el retardo en la consecución del embarazo suscita la preocupación y la consulta médica.

La edad de la mujer se ha erigido como uno de los principales factores de riesgo de padecer infertilidad. Esta afirmación es reiteradamente enunciada en las comunicaciones médicas y en las páginas informativas que los centros ofrecen en su publicidad. La eficacia de su transmisión queda avalada tanto por los testimonios de las mujeres entrevista-

²⁵⁹ El listado completo puede consultarse en la página 107.

²⁶⁰ Remite al mecanismo de “tomar una función orgánica normal e insinuar que algo no va bien en ella y que debería ser tratado o sometido a la mirada médica”.

²⁶¹ En este caso se acerca a “introducir nuevos diagnósticos, cuanto menos cuestionables mejor, que sean difíciles de distinguir de la vida normal”.

das, como por los datos ofrecido por los centros relativos a los principales perfiles de las mujeres usuarias de las técnicas²⁶².

Las estimaciones de prevalencia de la infertilidad son variables y discrepantes entre profesionales de la demografía y profesionales que trabajan en el campo de la reproducción asistida²⁶³. Por lo general, las cifras que presentan estos/as últimos/as son más elevadas sin que pueda establecerse de modo preciso su incidencia.

La imagen predominante entre las mujeres entrevistadas es la de que la infertilidad es un problema que aqueja a un elevado y creciente número de parejas. Esta percepción ha ido cobrando fuerza con el paso de los años. Así, mientras que en las entrevistas de la primera fase muchas de las mujeres ‘descubrían’ la elevada incidencia cuando acudían a los centros, y el uso frecuente de las TRA quedaba restringido a círculos sociales de mujeres de cierta edad y estatus social medio-alto, en la actualidad, todas cuentan en su entorno próximo con mujeres que han utilizado las TRA. El reconocimiento de la elevada prevalencia de los problemas lleva a las mujeres a reflexionar sobre las posibles causas y en ella se enuncian factores ambientales, estilos de vida y la elevación de la edad a la que se tienen los/as hijos/as. No obstante, la insuficiente justificación que encuentran en estos factores, unido a la experiencia de muchas de ellas que han tenido un embarazo espontáneo durante el curso de los tratamientos o tras su finalización sin éxito, sienta las bases para la elaboración de un discurso crítico sobre los criterios que rigen la identificación de problemas reproductores por parte de las mujeres y la evaluación de los casos susceptibles de tratamiento por parte de los/as profesionales. En otras palabras, la consideración de que se está haciendo un uso injustificado y abusivo de las TRA está presente en las opiniones de parte de las mujeres usuarias. Desde esta constatación se abre el camino -en el discurso de las entrevistadas- para la evocación del juego de intereses que actúan en los procesos, de sus consecuencias y de los cambios que se deberían introducir, así como de las dificultades para lograrlo.

Las TRA se sitúan en la vanguardia de los avances tecnológicos fruto de la investigación biomédica. Los medios de comunicación acogen con interés y entusiasmo cada uno de los logros conseguidos y su presentación al público goza de los requisitos de “noticiabilidad” al que son tan afectos los media²⁶⁴. Por parte de las mujeres, se ha constatado cómo ésta es la representación que prevalece, al menos en el momento previo o inicial de los tratamientos. La vivencia, jalonada en muchos casos por la experiencia de diagnósticos ambiguos, indicaciones inciertas y fracasos inexplicados, puede conducir a la adop-

²⁶² Alude a: “presentar alguno de los factores de riesgo de padecer una enfermedad -o trastorno- como la causa principal de la misma, insinuando que la probabilidad de que se desencadene es elevada”.

²⁶³ “Aumentar los rangos de prevalencia de la enfermedad, es decir, definir una proporción tan amplia como sea posible de personas que la padecen o están en riesgo de sufrirla”.

²⁶⁴ Se corresponde con el mecanismo de “ofrecer una imagen de que los fármacos o tratamientos están basados en una tecnología puntera, de modo que se movilice la evocación de ‘último avance’ en el conocimiento científico.

ción de una actitud de desconcierto y desengaño que suele culminar en lo que podríamos denominar una ‘desmitificación’ de la imagen de cientificidad inicial y, en algunas ocasiones, puede propiciar la construcción de un discurso que cuestiona el modo de proceder de los centros en la divulgación de los índices de éxito.

La información sobre la actividad de los centros y sus resultados es imprecisa y no se ajusta a lo previsto por la normativa legal vigente en España. En favor de los centros hay que decir que esta insuficiencia viene motivada por la dejación con la que, a la vista de la situación aún hoy, han actuado las administraciones responsables de la puesta en marcha de los registros previstos por la ley. Los datos de los que se ha dispuesto hasta el año 2009 proceden del resultado de la iniciativa de la Sociedad Española de Fertilidad, consistente en la elaboración de Registros de Actividad -cumplimentados a partir de los datos proporcionados por los centros que decidían participar-, accesibles para su consulta por vía electrónica sin restricciones. En 2010, tras la firma del convenio con el Ministerio de Sanidad, la SEF elaboró el primer registro en el que la información estuvo sometida a un control auditor y publicó datos individualizados por los centros que participaron en él.

Otro de los rasgos que describe los procedimientos de “disease mongering” consiste en “ocultar o relegar a un lugar secundario los riesgos que pudiera conllevar”. En el caso de las TRA, se puede concluir que se produce en la forma de contemplar tan sólo -al menos en los datos que se hacen públicos a través de los registros mencionados- los riesgos más graves e infrecuentes, cuyo acaecimiento requiere hospitalización, o bien los derivados de la gestación múltiple. Los testimonios de las mujeres entrevistadas muestran que la información que reciben acerca de riesgos o secuelas a corto plazo es escasa, e inexistente en lo que se refiere al largo plazo.

Por último, “el apoyo en los especialistas y medios de difusión adecuados para que la promoción sea efectiva” se traduce, en el caso de las TRA, en la cobertura informativa antes mencionada y en la comunicación informativa y publicitaria de los centros.

La presencia, cada vez más intensa y normalizada, de las TRA en nuestra sociedad es a la vez causa y efecto de un cambio de tendencia en la percepción de las dificultades inherentes a la consecución de un embarazo.

Así, en las entrevistas realizadas durante la primera fase se encontraba con frecuencia la representación de que el embarazo se debería producir de modo casi inmediato en cuanto dejara de evitarse. Esta idea era deudora de lo que podríamos denominar la cultura de la anticoncepción, en la que el embarazo es percibido como un riesgo del que hay que protegerse. Ante la ausencia de concepción, las mujeres tienden a pensar que existe alguna disfunción orgánica en su cuerpo o en el esperma de su pareja, lo que motiva la consulta médica.

En las entrevistas de la segunda fase esta última percepción continúa vigente, pero se combina con la de que la concepción es un proceso complejo y difícil que puede no con-

seguirse con la rapidez deseada cuando se decide tener un/a hijo/a. Esta idea está directamente conectada con la difusión de las TRA. Por un lado, por la penetración del discurso médico sobre el recurso que representan para resolver un problema de elevada prevalencia y, junto a él, por el aumento del número de personas usuarias, que acerca las TRA al paisaje cotidiano de la totalidad de las mujeres que se plantean la maternidad. Podríamos decir, en este sentido, que la reproducción se ubica ahora en un terreno más conflictivo -si cabe- que en el pasado en las representaciones de las mujeres; el riesgo de embarazo es un problema cuando no se desean tener hijos/as y las dificultades para conseguirlo son el problema que se anticipa cuando se toma la iniciativa de convertirse en madres. En este caso, la consulta médica, a pesar de que deriva en muchos casos de la sospecha de que puede haber una causa orgánica, no está necesariamente motivada por ella, ya que si la concepción es difícil per se, aunque no haya ninguna disfunción, la ayuda médica puede contribuir a agilizar el proceso.

Este cambio ha discurrido en estrecha relación con la evolución del campo de aplicación de las TRA, definido a través de las indicaciones para las que se prescribe su uso, especialmente en el caso de la FIV y técnicas derivadas de ella, que se han multiplicado. Si, inicialmente, su utilización se vinculaba a casos de obstrucción tubárica, rápidamente se amplió a cualquier problema para lograr el embarazo y/o su llegada a término. En el caso de los problemas de concepción se produjo un progresivo desplazamiento desde las causas orgánicas identificables -que continuaron siendo motivo claro de indicación- hacia la definición de los síntomas en términos temporales, culminando en la reducción de los límites estándar al plazo de un año.

El hecho de situar la identificación en el eje temporal propicia las representaciones descritas y convierte al tiempo en el principal escenario en el que se desencadenan gran parte de los problemas reproductores actuales. La consideración de la edad de la mujer como el principal factor de riesgo de padecer infertilidad no hace sino reforzar esta configuración. Tal y como se ha explicado con detalle en el epígrafe 5.2.3., las recomendaciones de que el tiempo de espera aconsejado a las mujeres se acorte a medida que aumenta su edad resultan, en principio, contradictorias con las bases estadísticas sobre las que se sustenta la definición temporal de infertilidad (la fecundabilidad promedio). En las informaciones que aparecen en las páginas web de los centros y en los testimonios aportados por las entrevistadas se ha constatado que a las mujeres que sobrepasan los 35 años a menudo se les aconseja entrar inmediatamente en tratamiento. Esto supone que, en la práctica, las mujeres de esta edad son etiquetadas automáticamente como estériles, por definición. La justificación de este modo de proceder se encuentra en que la fertilidad disminuye con la edad, con lo que alargar el plazo para identificar los problemas implica, en términos de probabilidad, agravarlos. Si tenemos en cuenta, además, que los índices de éxito de los tratamientos decaen a medida que aumenta la edad de la mujer, la representación del tiempo como enemigo cobra todavía mayor fuerza. La búsqueda de la eficacia

técnica se convierte en el motor de esta aceleración, y la complicidad de las mujeres se ve favorecida por el marco representacional en el que se inscribe la demanda.

El mensaje que llega a las mujeres es rotundo y dibuja un panorama inquietante del que difícilmente pueden desentenderse. La búsqueda de la maternidad se representa como una auténtica batalla contra el tiempo.

De la interpretación y el análisis de las entrevistas se desprende que la dimensión temporal adquiere una relevancia máxima para todas las mujeres a la hora de tomar la decisión de recurrir a las TRA.

En términos generales, la cultura del consumo y la lógica de la inmediatez en la satisfacción de las necesidades y/o deseos que rige en ella, favorece la celeridad con la que se buscan respuestas y da lugar a la emergencia de una posición actitudinal para la que las TRA, más que un medio para solventar problemas de fertilidad, se contemplan como un recurso para agilizar el proceso reproductor.

Pero la imagen de la maternidad como batalla contra el tiempo encuentra su anclaje, de modo particularmente intenso, en las experiencias de las mujeres que han ubicado la maternidad en su proyecto vital junto a la formación, la búsqueda de la inserción laboral y/o el desarrollo de una trayectoria profesional, y que construyen el denominado discurso 'racionalista-conciliador'. Este discurso refleja con toda claridad la existencia de dos líneas de tiempo que discurren en paralelo para la organización social, pero que confluyen en las biografías de las mujeres. Por un lado el tiempo hegemónico -socialmente visible y reconocido-, el que marca el trabajo remunerado; por otro lado el tiempo biológico, que tiene acotaciones para las mujeres, cuyos límites son establecidos por la profesión médica, y que es ignorado o relegado a un lugar secundario y subsidiario por la sociedad. Este condicionante estructural marca la vida de las mujeres y está en la base del conflicto en el que se ven envueltas: dificultades laborales y problemas reproductores.

Estas mujeres asumen un proyecto vital que piensan normalizado, en el que caben la maternidad -si se desea- y las expectativas laborales, y consideran que esta posibilidad representa un claro avance en relación con las condiciones de vida que tuvieron sus predecesoras. Al invertir más tiempo en formación y dedicarse a la actividad laboral están actuando desde el ejercicio de sus derechos y en defensa de sus intereses. En cierto modo es así, pero la puesta en práctica de su proyecto se verá ensombrecida por los conflictos sociales irresueltos y que comportan un sesgo de género innegable.

La preeminencia del tiempo laboral está presente en el discurso y en las prácticas de las mujeres. Las exigencias derivadas de la actividad laboral son de este modo percibidas como las que marcan principalmente el calendario, la ordenación temporal de sus decisiones, y la de ser madre -si se toma- debe adecuarse a ellas. Las dificultades para conseguir una inserción laboral aceptable, que garantice una cierta estabilidad, son la norma en el mercado laboral actual y, aunque afectan a todas las personas jóvenes, en el caso de las mujeres son especialmente intensas y están estrechamente vinculadas con la maternidad.

El mercado laboral penaliza a las mujeres y las cargas derivadas de la llegada de los hijos recaen en la mayoría de los casos fundamentalmente en las mujeres y se les atribuye por parte de los empleadores cuando esto no es así. Dos razones relacionadas -aunque de orden distinto- que obligan a aplazar la maternidad si se quiere mantener la coherencia del proyecto vital ‘elegido’. En este marco se sitúa la demora en la elección del momento adecuado, que será potencialmente mayor cuanto más inversión educativa realicen y mayores sean sus aspiraciones profesionales.

El tiempo corre en un sentido lineal y con él la edad de las mujeres. El ajuste temporal de la decisión de tener hijos/as desemboca con frecuencia en que, sin darse cuenta, han alcanzado una edad para ser madres más avanzada de lo que se considera adecuado y a ella se vinculan en gran medida sus problemas reproductores y el modo de vivirlos. Las mujeres deben articular en un sólo trazado temporal, el de su edad, dos líneas disociadas en la organización social. La secuencialidad con la que han ‘resuelto’ los varones su modo de responder a las exigencias de los ámbitos de la producción y de la reproducción no sirve en este caso a las mujeres, puesto que si tardan mucho en decidirse a ser madres quizá se sientan culpables por “haber esperado demasiado”.

Cuando las mujeres son designadas -en la consulta médica- como “mayores para la reproducción” se encuentran atrapadas irremisiblemente en la situación de no poder renunciar a las TRA, y esto ocurre aún en los casos en los que disponen de una perspectiva crítica sobre el discurso médico acerca de la esterilidad, en el que identifican el uso quizá innecesario y abusivo de dichas tecnologías. A pesar de que piensen que es posible conseguir un embarazo espontáneo, puesto que su edad comporta tan sólo un descenso de la fertilidad y no esterilidad, tomar la decisión de no someterse a los tratamientos o de abandonarlos tras algún intento fracasado, implica un riesgo -el de no llegar a ser madres y arrepentirse por ello- que no deja de acrecentarse con el paso del tiempo. De este percepción deriva, asimismo, el hecho de que no osen desaconsejar su uso a otras mujeres, incluso por parte de las que adoptan una actitud más crítica hacia las TRA.

La importancia que ha adquirido la edad en la definición y percepción de los problemas reproductores, pone de manifiesto cómo al analizar las causas de la elevada prevalencia de la infertilidad y el incremento del uso de las TRA, se produce necesariamente un claro desplazamiento desde la dimensión orgánica a la social.

La conclusión a la que se llega en el presente trabajo ratifica las afirmaciones que ya se hicieron desde posiciones feministas críticas a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990: gran parte de los problemas reproductores que las TRA se plantean afrontar y resolver, son -en su base- conflictos sociales que podrían ser abordados -principalmente- de otro modo. Con las TRA se está efectuando un auténtico proceso de medicalización que comporta, además, la relegación de vías colectivas para incidir en los problemas, que deberían ser consideradas, al menos, como complementarias. Puede considerarse, pues, que las TRA emergen como una respuesta tecnomédica a una ‘realidad

social' y sitúan la acción resolutoria en el terreno de las opciones y decisiones de las mujeres individuales.

Desde el punto de vista social y sociológico resulta enormemente significativo el carácter de respuesta individual ante los problemas colectivos que plantea el uso de las TRA, en esta tesitura. Nos encontramos con que la oferta tecnomédica no crea el problema social, pero sí que parte de él para configurar su oferta y ampliar su repertorio y su difusión. En este sentido, las TRA contribuyen a reforzar los esquemas individualistas de interpretación de los problemas sociales y generan en las mujeres representaciones y sentimientos en los que la idea de libertad y de disponibilidad de recursos lleva aparejada la de responsabilidad, obligación y culpa.

Al hilo de esta reflexión puede ponerse en entredicho uno de los argumentos que defienden sin ambages los beneficios sociales y personales que reportan las TRA y su carácter progresista desde el punto de vista de las relaciones de género. Se trata de aquél que plantea la posibilidad que ofrecen a las mujeres de controlar o superar el 'reloj biológico', de modo que puedan ajustar su proyecto vital sin que la maternidad interfiera inevitablemente en sus planes y sin que tengan que renunciar a ella si no lo desean. El argumento puede ser llevado más lejos, hasta afirmar que la tecnología favorece de este modo la libertad de las mujeres y la capacidad de actuar como sujeto -en defensa de sus intereses-. Se alude con frecuencia a la ayuda que el uso y disponibilidad de estas técnicas pueden suponer para extender el periodo formativo o para combinar dedicación y/o carrera profesional con la experiencia de la maternidad.

Una de las críticas que se pueden hacer a este planteamiento es que, en todo caso, la supuesta libertad ganada se hace al precio de la dependencia de la tecnología médica: una tecnología no exenta de riesgos, problemática en su vivencia y resultado, y que no está al alcance -o no del mismo modo- de todas las mujeres. Puede decirse, además que, desde el punto de vista social, refuerza el esquema ideológico dominante que hace recaer sobre los individuos -en este caso las mujeres- los costes que comportan las soluciones a las necesidades de ajuste del sistema social.

El análisis empírico realizado permite comprobar que la vivencia del conflicto y su racionalización discursiva se sitúan básicamente en el terreno individual-privado. El peso de los factores sociales que condicionan la puesta en práctica de su proyecto vital es reconocido como 'contexto' en el que se toman las decisiones, sin llegar a ponerlo en cuestión. El discurso se articula utilizando el lenguaje de la elección, en términos de decisión y de la responsabilidad que conlleva. Ello favorece que la vivencia del problema reproductor se exprese como fruto de haber optado, tomando un camino y no otro, y se afronte desde la resignación de tener que asumir las consecuencias. En este marco las TRA emergen con una cara positiva, puesto que representan un recurso para superar las dificultades. Esta imagen queda ratificada en los casos en los que el tratamiento finaliza con éxito y se enturbia en parte cuando sobreviene reiteradamente el fracaso, aunque aquí siempre pla-

nea sobre ellas la culpa de haber tomado decisiones equivocadas -haber esperado demasiado- y el alivio de haber intentado enmendarlas.

La efectividad demostrada del mensaje que alerta de los riesgos de abordar la maternidad a una edad 'elevada' tiene consecuencias ambivalentes para los centros que administran las TRA. Por un lado contribuye al aumento de la demanda, lo que es claramente positivo -en particular para los centros privados -que son la mayoría-, pero, por otro lado, tiene un efecto negativo, puesto que la tendencia a que en los perfiles de las mujeres que acuden a las TRA predominen las usuarias 'mayores', hace descender las estadísticas de éxito en los tratamientos; esto ocurre, sobre todo, en los ciclos en los que se utilizan óvulos propios, ya que los indicadores son mucho mejores en los de ovodonación.

El conflicto que deriva de la disociación entre el tiempo público-laboral y el tiempo privado-biológico pone de manifiesto la escasa atención real que presta la sociedad a la reproducción y el desigual reparto entre mujeres y hombres de las cargas que comporta de hecho. Esta situación es fruto de la herencia sexista que todavía prevalece en nuestro contexto social; continúa ubicada en el terreno femenino como asunto privado -a pesar de los cambios sociales-, que las mujeres resuelven en la práctica asumiendo los costes que representa.

En el momento actual, la gestión de la capacidad reproductora sigue siendo problemática para todas las mujeres. Además de los obstáculos que sigue habiendo para evitar los embarazos no deseados -en particular la polémica en torno a la interrupción voluntaria del embarazo-, las mujeres que desean ser madres difícilmente podrán encontrar el momento 'adecuado' para ello. El paso del "demasiado pronto" -por estudios, inserción y estabilidad laboral y solvencia económica- al "demasiado tarde"-por edad- se produce, prácticamente, sin solución de continuidad. Pensar que la única o principal solución pasa por tener que elegir entre hipotecar estudios y/o empleo, o por recurrir a las TRA, es socialmente inadmisibles, sobre todo desde una posición política de defensa de la equidad de género.

En el discurso social -en el ámbito de la opinión pública- está presente la idea de que las personas que tienen problemas para conseguir tener un/a hijo/a experimentan un intenso sufrimiento, particularmente las mujeres y encuentran en la reproducción asistida un medio al que recurrir. Esta imagen se suele vincular a la atribución generalizada y unívoca de un sentimiento hacia la maternidad cercano al 'instinto'.

La presente investigación ha intentado mostrar que no todas las mujeres que han pasado por las TRA lo han hecho en respuesta a un irresistible deseo de ser madres. La voluntad de ser madre se configura y manifiesta de diversas maneras. En la construcción de los discursos que dan cobertura a las vivencias de las mujeres está presente -como referente- el legado patriarcal que define la maternidad como mandato y lo significa como componente esencial de la identidad femenina. En el que he denominado "discurso tradicionalis-

ta” su vigencia es clara, pero muestra sus dificultades para coexistir con la opinión -ampliamente extendida- de que la vida de las mujeres esta “llena de otras cosas”. Su presencia, no obstante, tiene mucho que ver con la decisión de recurrir a las TRA y con las vivencias de los procesos de tratamiento. Para las mujeres que lo suscriben en nombre propio, las TRA representan una opción inestimable y las vicisitudes y sufrimientos que pueden comportar los tratamientos son los desencadenantes de una actitud abnegada y heroica que prueba -a ojos de los otros y de ellas mismas- la intensidad y autenticidad de su deseo. Pero, aquellas en las que el tratamiento desencadena un análisis en profundidad de su deseo y descubren en él la coerción, ven erigirse a las TRA como ‘una posibilidad que obliga’, so pena de tener que reconstruir sus esquemas ideológicos y vitales.

En el resto de discursos, se produce un desmarque más o menos explícito y contundente del imaginario patriarcal. Desde el “inercial-adaptativo”, la experiencia conflictiva de la maternidad -derivada de la dificultad para conseguir el embarazo y de los costes de los tratamientos- puede desvelar su carácter coercitivo. Cuando esto se produce, las mujeres pueden marcar una distancia entre la expectativa social y su deseo genuino, interrogando sus propios prejuicios y manejando mejor las presiones del entorno. Desde el “racionalista-conciliador”, la maternidad se inscribe en un proyecto vital en el que siempre está presente la dedicación laboral. Las dificultades para llevarlo a cabo -derivadas del orden social- contribuyen a configurar, más que en los otros discursos, la imagen de las TRA como una herramienta para la gestión -conflictiva y paradójica- del tiempo.

En todos estos casos el deseo de maternidad es variable entre las mujeres y puede llegar a ser intenso, pero incluso cuando es así, se produce una cierta apropiación del modo de sentir la maternidad y su empeño por conseguirla.

Los sentimientos hacia la maternidad pueden experimentar una alteración importante durante los tratamientos. Ello se debe, por un lado, a las dosis de hormonas que se administran, que alteran -en gran parte de los casos- el equilibrio emocional; por otro lado, las dificultades experimentadas y el esfuerzo invertido, tienden a acrecentar el empeño por conseguir el resultado.

El modo de vivir los problemas reproductores, la decisión de recurrir a las TRA, las experiencias durante los tratamientos y las posibilidades de abandonarlos tras el fracaso están claramente influidos -aunque de modo diverso según los casos- por la actitud de la pareja y por el tipo de relación que se mantenga con ella. Parece existir una propensión a que sean los varones los que conceden una importancia mayor al vínculo genético con la descendencia, y el hecho de que las TRA impliquen un mayor coste para las mujeres no siempre actúa como un factor que aumente su poder a la hora de tomar las decisiones. Negarse al uso de las TRA u optar por su abandono requiere elevadas dosis de autoafirmación y ésta no se distribuye homogéneamente por el espacio social. Los recursos culturales e ideológicos adquieren un papel preponderante a la hora de poder sortear los obstáculos derivados del sexismo.

La configuración social de las TRA está condicionada por el modelo hegemónico de la teoría y la práctica médicas y arrastra sesgos sexistas anclados en el pasado. No obstante, todo parece indicar que se están produciendo cambios, y que el modo de proceder no es homogéneo en los diversos centros. Así como en los inicios, por ejemplo, eran relativamente frecuentes los casos en los que la evaluación del varón se producía con posterioridad a la de mujer -a pesar que las pruebas diagnósticas son mucho más invasivas en las mujeres-, en la actualidad esta circunstancia parece superada. El elemento clave para que los rastros del sexismo queden minimizados en los procesos de tratamiento reside en situar en primer plano la consideración de los costes físicos y emocionales que representan para las mujeres. En el ejemplo concreto que se acaba de comentar, pasaría por no sólo evaluar a los varones sino también tomar muy en serio las posibilidades de tratar los problemas que presenten, antes de prescribir el uso de las TRA.

En definitiva, se trataría de visibilizar a las mujeres con el fin de evitar en la medida de lo posible los efectos negativos que derivan de la configuración social de las TRA y que se manifiestan en los modos de proceder en las prácticas concretas. De esta manera, las mujeres podrían dejar de ser las ‘protagonistas ausentes’ de las TRA.

En este sentido, el presente trabajo puede contribuir a dar a conocer las experiencias y las opiniones de las mujeres sobre las dinámicas de aplicación de las TRA, aportando elementos concretos para que las prácticas se puedan acercar un poco más y mejor a los intereses de las mujeres.

En él se ha intentado dar cuenta de cómo algunas de las normas epistémicas que rigen la cultura y la práctica de las TRA²⁶⁵ pueden generar inquietud, desconcierto y dificultades para tomar decisiones en las personas usuarias a lo largo del proceso, sobre todo, si el diagnóstico es incierto y si se pasa por distintos ciclos con tratamientos diferentes y sin resultado. Uno de los rasgos destacables es, precisamente, la dificultad para establecer el momento de poner fin a los tratamientos cuando no se consigue el resultado. La vivencia de las mujeres puede adoptar una forma cercana al ‘sonambulismo tecnológico’²⁶⁶.

Asimismo, se han detallado las principales fuentes de malestar durante cada una de las etapas de aplicación de las técnicas y se han explicado cómo y por qué las mujeres viven de modo diverso su conversión en objeto de la mirada y la intervención médicas²⁶⁷.

El análisis realizado permite concluir que aunque los costes físicos y emocionales son vividos con diferente intensidad por las diversas mujeres, todas coinciden en señalar el peso que han cobrado los problemas emocionales. Uno de los aspectos a destacar es la influencia de los códigos de género en las experiencias ante el dolor y el malestar emo-

²⁶⁵ Las normas aludidas son: “la relativa disociación que existe entre el diagnóstico y la indicación de tratamiento; la dificultad de establecer los motivos del éxito y, sobre todo, del fracaso de un determinado tratamiento en cada caso concreto, y la realización de las proyecciones de éxito de los tratamientos sobre la base de estimaciones estadísticas” (página 350).

²⁶⁶ Concepto definido por Winner (1986: 26).

²⁶⁷ A lo largo del capítulo 10, (páginas 349-437).

cional, así como la -por lo general- fuerte influencia de los tratamientos hormonales tanto en el estado físico como anímico.

A pesar de las dificultades objetivas para jugar un papel activo durante los procesos y, más aún, de tener una -al menos aceptable- sensación de control, las mujeres no pueden ser consideradas como víctimas uniformes de la dominación simbólica. Existe una clara diversidad en las vivencias y en los discursos, que está vinculada a factores que aluden a administradores/as y usuarias. Del lado de la medicina, se refieren, sobre todo, a los modos concretos de proceder. Este trabajo muestra, en particular, en qué medida la vivencia de la relación médico-paciente concreta y la percepción del trato recibido durante todo el proceso y, especialmente, durante los momentos de objetivación²⁶⁸ influyen -además o por encima del resultado final- en la valoración que hacen las mujeres acerca de si se han sentido más o menos alienadas o sujetos en su paso por las TRA. Del lado de las mujeres, la diversidad está relacionada con los recursos de los que disponen para interpretar las situaciones y situarse en ellas. La posición social, los esquemas ideológicos y los rasgos caracteriales condicionan en conjunto -y relacionadamente- sus disposiciones. Así pues, se puede concluir que se trata de una situación que, si bien está conformada desde parámetros estructurales en los que pesan las relaciones de poder, es relativamente abierta y se encuentra en permanente construcción y reconstrucción.

La orientación que tome la práctica médica es fundamental para el futuro de la dinámica de aplicación de las TRA y la información veraz y plural sobre la realidad de las prácticas puede contribuir a que las mujeres tomen un papel más activo en defensa de sus intereses. El modelo tecnocrático de atención médica -que relega a las pacientes a un lugar secundario- constituye una fuente de malestar para las usuarias. Si esto es aplicable a la práctica médica en general, en el caso de las TRA adquiere unas connotaciones especiales, puesto que no se autoperciben como enfermas sino que se sienten embarcadas en el ilusionante -y en ocasiones conflictivo- proyecto de tener un/a hijo/a.

La diversidad entre las mujeres se encuentra también en los balances que éstas realizan sobre su experiencia y en las opiniones que formulan -conclusivamente- sobre las TRA.

Todas las mujeres entrevistadas coinciden en señalar la necesidad de existencia de las TRA. Esta postura favorable se apoya, fundamentalmente, en la consideración de las tecnologías como un recurso para intentar solventar los problemas reproductores. Pero, más allá de este acuerdo general, existe una clara diversidad de opiniones.

La opinión abierta y rotundamente favorable hacia las TRA está relacionada con el hecho de haber logrado tener hijos/as mediante ellas y con el reconocimiento de un fuerte deseo de maternidad -aunque no hayan conseguido el objetivo-. En el caso de las mujeres que han optado por acceder a la maternidad en solitario o en el seno de una pareja homosexual la valoración positiva se vincula, además, a que permiten el acceso a los gametos

²⁶⁸ Momentos en que su cuerpo o partes de él son el objeto central de la mirada y la intervención.

masculinos -de modo seguro- y a que contribuyen a normalizar socialmente su acceso a la maternidad.

Pero la mayoría de las mujeres entrevistadas formula algún tipo de crítica hacia las TRA. Aún así, no se produce, en ningún caso, un rechazo frontal, y prácticamente ninguna mujer se atreve a desaconsejar a otras su utilización. Como se ha comentado en el capítulo 11, la versión más extrema de expresión de la prevención que suscitan las TRAS se formula en los siguientes términos: “yo no le diría que no fuera”. En ello interviene tanto el respeto que despierta la voluntad de maternidad -que se reconoce variable entre las mujeres-, como el hecho de que, en realidad, ellas abogan por unas tecnologías mejor configuradas y aplicadas, que se ajusten más a lo que -en su opinión- se supone que son o deberían ser. Aquellas que movilizan los recursos capaces de desvelar la estructura, toman la posición de agentes que elaboran un discurso crítico sobre la dinámica de las TRA, opinando sobre los aspectos positivos y negativos de su configuración y formulando propuestas de transformación.

En definitiva, la investigación realizada ha querido mostrar la realidad de las TRA desde los ojos de las mujeres que han vivido la experiencia. Estas mujeres no responden ni a la imagen mediática que se suele transmitir sobre ellas -mujeres felices gracias a los avances tecnomédicos-, ni a la de personas atrapadas por el mandato patriarcal que prescribe la maternidad a cualquier precio, convirtiéndolas en víctimas pasivas del poder tecnomédico. La realidad es mucho más compleja y las voces de las mujeres que se han hecho oír en este trabajo merecen ser tenidas muy en cuenta por los proyectos feministas de formación e intervención social, por los/as profesionales de la medicina y por los poderes públicos.

12.2. ALGUNOS OBJETIVOS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN:

Las propuestas que se presentan a continuación parten de las conclusiones a las que se ha llegado en este trabajo y recogen, en gran medida, las formuladas por las propias mujeres entrevistadas. Las líneas de actuación incluyen medidas de largo alcance social, propuestas de formación e información divulgativa e indicaciones sobre los aspectos mejorables en la aplicación de las TRA por parte de los centros y los/as profesionales.

Entre las primeras destacan, como imprescindibles, aquellas encaminadas a conseguir que la sociedad y los poderes públicos reconozcan el valor social de la reproducción y el lastre que todavía supone para la equidad entre mujeres y hombres. El auge de las TRA ha puesto de manifiesto los conflictos de tiempo en los que se ven atrapadas las mujeres que quieren ser madres y los costes que comporta su utilización. Las medidas deberían ir orientadas a arbitrar políticas de tiempo que lo tuvieran en cuenta, así como a impulsar -o recuperar- la implantación de procedimientos que faciliten la corresponsabilidad de los

varones. Gran parte del retraso en la edad reproductiva viene motivado por la carga -real o atribuida por los empleadores- que el hecho de tener hijos/as representa para las mujeres, y que sería menor si la corresponsabilidad social se acercara a la realidad. Este tipo de reivindicación ha sido sustentado por el feminismo desde hace mucho tiempo y el presente trabajo no hace sino -quizá- aportar un argumento más.

Las segundas deberían encaminarse a varios objetivos:

Uno de ellos consistiría en mejorar la información y el conocimiento sobre salud sexual y reproductora, complementando la información ya existente sobre cómo prevenir un embarazo no deseado con la de cómo conseguirlo cuando se pretende.

Asimismo, se debería ofrecer una información más completa y plural sobre la realidad de las TRA. Ello pasaría por dar a conocer los procesos de inducción de la demanda que se realzan en la práctica desde los centros, así como por explicar los motivos de la aparente 'epidemia de infertilidad' que nos aqueja. Por otro lado, la información mediática sobre las TRA tiende a presentar una imagen de las mismas en la que quedan resaltados sus aspectos positivos y minimizados los espacios de sombra. En este sentido, la intervención debería pasar por ofrecer una visión que se ajustase mejor a la realidad y que no generara falsas expectativas.

Otro de los recursos que se podría utilizar para evitar el uso precoz y a veces innecesario de las TRA podría ser el de ofrecer a la población la información adecuada para que pueda discernir cuándo las TRA se destinan a solucionar problemas de fertilidad y cuándo constituyen, fundamentalmente, una herramienta para la gestión del tiempo. La vinculación de las TRA a la esterilidad hunde sus raíces en sus orígenes y primeras etapas de su aplicación. La evolución que ha experimentado las ha ido acercando, cada vez más, a la prestación de servicios reproductores, haya o no motivos de infertilidad. Pero la imagen social que trasciende puede generar confusión entre las mujeres. Si las TRA fueran inocuas, eficaces y accesibles, quizá el único problema fuera el de que se está favoreciendo una cultura de la inmediatez que genera dependencia de la tecnología. Pero, en la medida en que los costes que representan son elevados y el resultado relativamente incierto, la cuestión cobra mayor importancia.

Las terceras, podrían ser las siguientes:

En la línea de la recomendación anterior -y como muestra de la confusión aludida-, conviene recordar que uno de los núcleos centrales en la construcción de las opiniones críticas parte de la constatación de que la utilización de las TRA no responde, en muchos casos, a la existencia de un 'verdadero' problema reproductor. El máximo exponente de la 'prueba' de que se incurre en un uso que podría ser calificado de abusivo, reside en la elevada frecuencia con la que se producen embarazos espontáneos, antes, durante o después de los tratamientos. Además de mejorar la información pública, en los centros se

deberían tomar medidas destinadas a establecer con mayor claridad y transparencia las indicaciones, mejorando los diagnósticos y evaluando mejor los casos.

Otra de las líneas de actuación que se proponen se basa en la persistencia de un claro desajuste entre la centralidad que adquiere el cuerpo femenino y el papel que se le concede y asigna a la mujer durante los tratamientos. De ello se derivan varias recomendaciones. En el terreno físico se debería seguir intentando reducir la agresividad de los tratamientos. Asimismo, se debería prestar mayor atención a la paciente y mejorar el trato haciéndolo más humano y tomando en mayor consideración la vulnerabilidad emocional en la que se encuentra la mayoría de las mujeres²⁶⁹. También resultaría pertinente ampliar el campo de actuación incorporando los aspectos psicológicos. No tanto, o no sólo para mejorar la atención -haciendo los tratamientos más llevaderos- sino para hacerlos más efectivos. Ello pasaría, no por ‘añadir’ este servicio, sino por adoptar una perspectiva integral en la terapéutica. La información proporcionada por los centros debería estar regida por un criterio de transparencia, evitando la inducción de una preocupación injustificada en muchas parejas.

La tesis finaliza con la sugerencia de algunas de las posibles líneas de investigación que se desprenden de ella.

12.3. POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

La complejidad del tema tratado en el presente trabajo permite abrir un repertorio relativamente amplio de líneas de investigación futuras en el campo de la Sociología, algunas de las cuales se han ido mencionando a lo largo del texto. Son, por ejemplo:

- La distribución cuantitativa de las experiencias, actitudes y opiniones analizadas en el presente trabajo.
- Las representaciones y actitudes de los varones que han participado en procesos de reproducción asistida. Imágenes de la paternidad e importancia atribuida a los lazos biológicos.
- La adopción como opción ante la experiencia de la infertilidad.
- La profundización en el conocimiento de las experiencias de mujeres que se plantean la maternidad en solitario y las que lo hacen en el seno de una pareja homosexual.
- Las actitudes, opiniones y planteamientos de los/as profesionales implicados en la aplicación y prescripción de las TRA. Especialistas en salud pública, atención

²⁶⁹ Tal y como se ha explicado en las páginas precedentes existen diferencias entre los centros. La recomendación enuncia lo que sería deseable que se produjera en todos los casos.

primaria, andrología, ginecología y obstetricia, así como en los campos de la biología y la medicina que trabajen en centros en los que se administran las TRA.

- Las sinergias entre reproducción asistida e investigación en biomedicina regenerativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLÁN, Fernando (2009) «Los efectos de la reforma del aborto sobre la reproducción asistida». *Boletín SEF. Sociedad Española de Fertilidad*, nº. 8. 5.

ALBERDI, Inés y ESCARIO, Pilar (2007) *Los hombres jóvenes y la paternidad*. Fundación BBVA. Bilbao.

ALCAÑIZ, Mercedes (2004) «Conciliación entre las esferas pública y privada ¿Hacia un nuevo modelo en el sistema de géneros? » *Sociología. Problemas e Prácticas*.Nº 44. 47-70.

--- (2010) *Cambios y continuidades en las mujeres*. Icaria. Barcelona

ALEMANY, Carme (1999) «Tecnología y género. La reinterpretación de la tecnología desde la teoría feminista» en BARRAL , María José, MAGALLÓN, Carmen, MIQUEO, Consuelo y SÁNCHEZ, M. D. (Coord.) *Interacciones ciencia y género: discursos y prácticas científicas de mujeres*. Icaria. Barcelona.

--- (2001) «Les principals aportacions feministes a l'anàlisi de la tecnologia» *Asparkia*. Nº 12. 9-18

ALONSO BENITO, Luis Enrique (1994) «Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa» en DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan (Coord.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis. Madrid.

--- (2005) *La era del consumo*. Siglo XXI. Madrid.

ÁLVAREZ PLAZA, Consuelo (2008) *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Alcalá. Alcalá la Real.

AMORÓS, Celia (1987) «Espacio de los iguales, espacio de las idénticas. Notas sobre poder y principio de individuación». *ARBOR*, nº. 503-504. 113-127.

- (1997) *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*. Cátedra. Universitat de València. Instituto de la mujer. Madrid.
- ANDREWS, Lori (1986) « My Body, My Property » *Hastings Center Report*, vol 16, nº 5. 28-38
- (1989) «Feminist Perspectives on New Reproductive Technologies» en COHEN, Sherrill & TAUB, Nadine (Eds) *Contemporary issues in biomedicine, ethics, and society*. Humana Press. Clifton, N.J.
- ARDITTI, Rita; KLEIN, Renate Duelli & MINDEN, Shelley (Eds.) (1985) *Test-Tube Women*. Pandora Press. London.
- ARIÉS, Philippe y DUBY, George (dirs.) (2000) *Historia de la vida privada*. V. Madrid. Taurus.
- ARMS, Suzanne (1975) *Immaculate deception: a new look at women and childbirth in America*. San Francisco Book Company.
- ATHÉA, Nicole (1990) «La esterilidad: une entité mal définie» en TESTART, Jacques (1990) *Le magasin des enfants*. Gallimard. François Bourin. Paris.
- BADINTER, Elisabeth (1981) *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona. Paidós.
- BALBO, Laura (1990) «El tiempo es un perro que muerde sobre todo a las mujeres ». *Mientras Tanto*, nº 42. 43-51.
- BALSAMO, Anne Marie (1996) *Technologies of the gendered body: reading Cyborg women*. Duke University Press. Durham
- BALLESTER, Rosa (2009) «Del 'regiment de les prenyades' a la ciència obstétrica» *Mètode*, nº 62.
- BARBERCHECK, Mary (2009) «Science, Sex, and Stereotypical Images in Scientific Advertising» en WYER, Mary, BARBERCHECK, Mary, GIESMAN, Donna, ÖRÜN ÖZTÜRK, Hatice & WAYNE, Marta (Eds.) *Women, science, and technology: a reader in feminist studies*. Routledge. New York.
- BATESON, Gregory (1977) *Doble vínculo y esquizofrenia*. Ediciones Carlos Lohlé. Buenos Aires.

- BELAISCH-ALLART, J.; DEVAUX, A.; AYEL, J. P et DE MOUZON, J. (2004) «La femme de 40 ans et plus en FIV et en ICSI: données FIVNAT». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. vol. 32, n°. 9. 730-736.
- BENGOECHEA, Mercedes (1996) «Postfacio a la edición española » en RICH, Adrienne (1996) *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Cátedra. Madrid.
- BERG, Anne-Jorunn & LIE, Merete (1995) «Feminism and Constructivism: Do Artifacts Have Gender?». *Science Technology Human Values*. vol. 20, n°. 3. 332-351.
- BERRYMAN, Julia C. (1991) «Perspectives on later motherhood» en PHOENIX, Ann, WOOLLETT, Anne & LLOYD, Eva (Eds.) *Motherhood: meanings, practices, and ideologies*. Sage Publications. London; Newbury Park. 103-122.
- BIRKE, Lynda; HIMMELWEIT, Susan y VINES, Gail (1992) *El niño del mañana*. Pomares-Corredor. Barcelona.
- BIJKER, Wiebe E.; HUGHES, Thomas Parke; PINCH, Trevor.J. (1987) *The Social construction of technological systems : new directions in the sociology and history of technology*. MIT Press. Cambridge, Mass.
- BLECH, Jörg (2005) *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*. Destino. Barcelona.
- BOCK, Gisela (1993) «Pobreza femenina, derechos de las madres y estados del bienestar (1890-1950)» en DUBY, George y PERROT, Michelle (dirs.) *Historia de las mujeres*. Vol.5. Taurus. Madrid. 399-435.
- BOCK, Gisela y THANE, Pat (Eds). (1991) *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Cátedra. Universitat de València. Instituto de la mujer. Madrid.
- BOCOCK, Robert (1995) *El consumo*. Talasa. Madrid.
- BONINO, Luis, (2003a) «Masculinidad hegemónica e identidad masculina» *Dossiers Feministes*, n° 6. 7-36. Seminari d'Investigació Feminista, Universitat Jaume I. Castelló.
- (2003b) « Las nuevas paternidades » *Cuadernos de Trabajo Social*, n° 16. 171-17-82.

- BOSTON WOMEN S HEALTH BOOK COLLECTIVE (2005) *Our bodies, ourselve: A New Edition for a New Era*. Simon & Schuster Adult.
- BOURDIEU, Pierre (1988) *Cosas dichas*. Gedisa. Buenos Aires.
- (1991) *El sentido práctico*. Taurus. Madrid.
- (2000) *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona.
- BUTLER, Judith (1990) *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Routledge. New York etc. Traducción española: (2001) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós. Barcelona.
- (2006) *Deshacer el género*. Paidós. Barcelona.
- CAMBRÓN, Ascensión (2001) «Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos» en CAMBRÓN, Ascensión (Coord) *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*. Trotta. Madrid. 165-210.
- CARRASCO, Cristina (Coord.) (2001) *Tiempos, trabajos y género*. Barcelona. Universitat de Barcelona.
- (2003) *Tiempos, trabajos y flexibilidad: una cuestión de género*. Madrid. Instituto de la Mujer.
- CARRASQUER, Pilar (2009) *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas*. UAB. Barcelona.
http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0406110-152629//pco1de1.pdf
- CIS (1996) *Actitudes ante los avances científicos y tecnológicos*. Estudio nº 2213.
- (2001) *Opiniones y actitudes de los españoles hacia la biotecnología*. Estudio nº 2412.
- (2008) *Religiosidad*. Estudio nº 2752.
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9200&cuestionario=10754&muestra=16325
- CLARKE, Adele (1998) *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and «the Problems of Sex»*. Berkeley, University of California Press

COMISIÓN NACIONAL ESPAÑOLA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (1998) «Primer Informe Anual, 1998. Conclusiones».

<http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2291/3.pdf>.

COCKBURN, Cynthia (1993) *Gender and technology in the making*. Sage. London.

CONDE, Rosa (1982) *Familia y cambio social en España*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

COREA, Gena (1985) *The mother machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*. Harper & Row. New York.

COREA, Gena; HANMER, Jalna; KLEIN, Renate Duelli; RAYMOND, Janice G. and ROWLAND, Robyn (1987) «Prologue» en SPALLONE, Patricia & STEINBERG, Deborah Lynn. *Made to order: the myth of reproductive and genetic progress*. Pergamon. Oxford.

COREA, Gena; KLEIN, Renate Duelli; HANMER, Jalna; HOLMES, Helen; HOSKINS, Betty; KISHWAR, Madhu; RAYMOND, Janice G. & ROWLAND, Robyn. *Man-made women: how new reproductive technologies affect women*. Hutchinson. London.

CUSSINS, Charis (1996) «Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics». *Social Studies of Science*. vol. 23, n°. 3. 575-610.

--- (1998) «Producing Reproduction. Techniques of Normalization and Naturalization in an Infertility Clinic» en FRANKLIN, Sarah & RAGONE, Helena (Eds.) *Reproducing Reproduction*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia.

DALY, Mary (1978) *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*. Beacon Press. Boston, MA.

DARLING, Marsha J. Tyson (2008) «Gender and Justice in the Gene Age: The challenges Presented by Reproductive and Genetic Biotechnologies» en MOLFINO, Francesca & ZUCCO, Flavia (Eds.) *Women in biotechnology: creating interfaces*. Springer.

DAVIS-FLOYD, Robbie (2001) «The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth» *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n°75, supplement. 1. S5-S23.

DE BEAUVOIR, Simone (1949) *Le Deuxieme Sexe*. Gallimard.

- DE MELO MARTÍN, M^a Inmaculada (1996) «Investigación biomédica y tecnologías de reproducción: caso de estudio y bibliografía» en GONZÁLEZ GARCÍA, Marta I., LÓPEZ CERESO, José A. y LUJÁN LÓPEZ, José Luis (Coord.) *Ciencia, tecnología y sociedad: una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*. Tecnos. Madrid.
- DE MIGUEL, Jesús (1979) *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona. Anagrama.
- DELGADO, Margarita; ZAMORA, Francisco y BARRIOS, Laura (2006) «Déficit de fecundidad en España: factores demográficos que operan sobre una tasa muy inferior al nivel de reemplazo». *REIS*, nº. 115. 197-222.
- DONNISON, Jean (1977) *Midwives and medical men: a history of inter-professional rivalries and women's rights*. Heinemann Educational. London.
- DURÁN HERAS, María Angeles (Dir.) (1988) *De puertas adentro*. Instituto de la Mujer. Madrid.
- DURKHEIM, Émile (1987) *Las reglas del método sociológico*. Akal. Torrejón de Ardoz, Madrid.
- DWORKIN, Andrea (1983) *Right-wing women: the politics of domesticated females*. Women's Press. London.
- EHRENREICH, Barbara y ENGLISH, Deirdre (1981) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras; Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*. La Sal. Barcelona.
- (1990) *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Taurus. Madrid.
- ELLUL, Jacques (1960) *El siglo XX y la técnica: análisis de las conquistas y peligros de la técnica de nuestro tiempo*. Labor. Barcelona.
- ESTABLIER PÉREZ, Helena (2005) «La teoría de la maternidad en el contexto del feminismo español» en CAPORALE BIZZINI, Silvia (Coord) *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es)*. Entinema. Madrid.
- FAUSTO-STERLING, Anne (1992) *Myths of gender: biological theories about women and men*. BasicBooks. New York.

- FINGER, Ann (1985) «Claiming all of our bodies: preproductive rights and disabilities» en ARDITTI, Rita, KLEIN, Renate Duelli & MINDEN, Shelley (Eds.) *Test-Tube Women: what future for motherhood?* Pandora Press. London.
- FIRESTONE, Shulamith (1976) *La dialéctica del sexo: en defensa de la revolución feminista*. Kairós. Barcelona.
- FOUCAULT, Michel (1985) *Saber y verdad*. Ediciones de La Piqueta. Madrid.
- FOUCAULT, Michel (1978) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. México.
- FOX, Mary Frank; JOHNSON, Deborah G. & ROSSER, Sue Vilhauer (Eds.) (2006) *Women, gender, and technology*. University of Illinois Press; Combined Academic distributor. Chesham.
- FRANKLIN, Sarah (1990) «Deconstructing desperateness: the social construction of infertility in popular representations of the new reproductive technologies» en MCNEIL, Maureen, VARCOE, Ian & YEARLEY, Steven (Eds.) *The New reproductive technologies*. St. Martin's Press. New York.
- (2006) «The Cyborg Embryo: Our Path to Transbiology». *Theory, Culture & Society*. vol. 23, n°. 7-8. 167-187.
- (2008) «Embryo Transfer: A View from the United Kingdom» en MOLFINO, Francesca & ZUCCO, Flavia (Eds.) *Women in biotechnology: creating interfaces*. Springer.
- FRIEDAN, Betty (1974) *La mística de la feminidad*. Júcar. Madrid.
- FRYDMAN, Rene (1986) *L'irresistible desir de naissance*. Presses Universitaires de France. Paris.
- GAÍNZA VELOSO, Álvaro (2006) «La entrevista en profundidad individual» en CANALES CERÓN, Manuel (Coord) *Metodologías de la investigación social: introducción a los oficios*. Lom. Santiago de Chile.
- GALIMBERTI, Umberto (1996) «La enfermedad, entre el cuerpo y el organismo». *Archipiélago*, n°. 25. 11-14.
- GARRIDO, Luis J. (1993) *Las dos biografías de la mujer en España*. Instituto de la Mujer. Madrid.

- GILLIGAN, Carol (1985) *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica. México.
- GLENN, Evelyn Nakano; CHANG, Grace & FORCEY, Linda Rennie (Eds.) (1994) *Mothering: ideology, experience, and agency*. Routledge. New York.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ FERNÁNDEZ, María Asunción (1998) *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- (1999) *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Siglo XXI. Madrid.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Marta I.; LÓPEZ CERESO, José A.; LUJÁN LÓPEZ, José Luis; DE MELO MARTÍN, M^a Inmaculada y MITCHAM, Carl (Coord) *Ciencia, tecnología y sociedad: una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*. Tecnos. Madrid.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Marta I. y PÉREZ SEDEÑO, Eulalia (2002) «Ciencia, tecnología y género». *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*. Nº 2. <http://www.oei.es/revistactsi/numero2/varios2.htm>.
- GRIFFIN, Susan (1978) *Woman and nature: the roaring inside her*. Harper & Row. New York.
- GUILLOT, Patrick (2008) *Cuando los hombres hablan*. Barcelona. Icaria.
- GUTIÉRREZ, Alicia B. (2002) *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Tierradenadie.
- HANMER, Jalna (1985) «Transforming consciousness: women and the new reproductive technologies» en COREA, Gena, KLEIN, Renate Duelli, HANMER, Jalna, HOLMES, Helen, HOSKINS, Betty, KISHWAR, Madhu, RAYMOND, Janice G. & ROWLAND, Robyn. *Man-made women: how new reproductive technologies affect women*. Hutchinson. London.
- HARAWAY, Donna Jeanne (2004) *Testigo_Modesto@Segundo_Milenio. HombreHembra_Conoce_Oncorotón: feminismo y tecnociencia*. Editorial UOC. Barcelona.
- HARDING, Sandra G. (1996) *Ciencia y feminismo*. Morata. Madrid.
- HARWOOD, Karey (2007) *The Infertility Treadmill. Feminist Ethics, Personal Choice, and the Use of Reproductive Technologies*. The University of North Carolina Press. Chapel Hill.

- HAYS, Sharon (1998) *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós. Barcelona.
- HOLMES, H., HOSKINS, B. & GROSS, M. (1985) «The custom-made child?: women-centered perspectives » en HOLMES, H., HOSKINS, B. & GROSS, M. *Ethical Issues in Human Reproduction Technology: Analysis by Women (Conference)* (1985) Humana Press. Clifton, N.J.
- IBÁÑEZ, Jesús (1979) *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica*. Siglo XXI. Madrid.
- (1985) *Del algoritmo al sujeto: perspectivas de la investigación social*. Siglo XXI. México.
- ILLICH, Iván (1987) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Planeta. México.
- INHORN, Marcia C. (2007) *Reproductive Disruptions: Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium*. Berghahn Books. Oxford.
- IRIGARAY, Luce (1985) *El cuerpo a cuerpo con la madre*. Lasal. Barcelona.
- IZQUIERDO, María Jesús (1988) «¿Son las mujeres objeto de estudio para las ciencias sociales?». *Papers*, nº. 30. 51-66.
- JARA, Miguel (2009) *La salud que viene. Nuevas enfermedades y el marketing del miedo*. Península. Barcelona.
- JUAN PÉREZ, Montserrat (1991) «Crear el nacimiento. La medicalización de los conflictos en la reproducción». *REIS*, nº. 53. 29-51.
- KELLER, Evelyn Fox (1983) *A feeling for the organism: the life and work of Barbara McClintock*. Freeman. San Francisco.
- (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Ed. Alfons el Magnànim. València.
- (1995) *Refiguring life: metaphors of twentieth-century biology*. Columbia University Press. New York; Chichester.
- KITZINGER, Sheila (1978) *Women as mothers*. Martin Robertson. Oxford.
- (1980) *Sheila Kitzinger's birth book: a journal of your thoughts and feelings about childbirth*. Fontana Paperbacks. London.

- KLEIN, Renate Duelli (1989) *Infertility: women speak out about their experiences of reproductive medicine*. Pandora.
- LABORIE, Françoise (1992a) «Les dones, els embrions i els metges de les noves tecnologies de reproducció» en ALTAIÓ, Vicenç i VEIGA, Anna (Coord.) *In vitro a debat*. Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Barcelona. 179-187.
- (1992b) «Rapports sociaux de sexe dans le nouvelles technologies de la reproduction». *Cahiers du GEDDIST*, n°. 3. 27-34.
- LADD-TAYLOR, Molly & UMANSKY, Lauri (1998) *"Bad" mothers: the politics of blame in twentieth-century America*. New York University Press. New York.
- LAPASSADE, Georges y LOURAU, René (1973) *Claves de la sociología*. Laia. Barcelona.
- LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steve (1979) *Laboratory life: the construction of scientific facts*. Sage Publications. Beverly Hills.
- LATOUR, Bruno (1987) *Science in action : how to follow scientists and engineers through society*. Harvard University Press Cambridge, Mass.
- (1992) «Where are the missing masses?» en BIJKER, Wiebe E. & LAW, John (Eds.) *Inside technology*. MIT Press. Cambridge, Mass.
- LAYNE, Linda L. (2006) «Some Unintended Consequences of New Reproductive and Information Technologies on the Experience of Pregnancy Loss» en FOX, Mary Frank, JOHNSON, Deborah G. & ROSSER, Sue Vilhauer (Eds.) *Women, gender, and technology*. University of Illinois Press; Combined Academic distributor. Chesham.
- LAYNE, Linda L. (2003) *Motherhood lost: a feminist account of pregnancy loss in America*. Routledge. New York.
- LERIDON, Henri (1991) «Sterilite et hypofertilite: du silence a l'impatience?». *Population (French Edition)*. vol. 46, n°. 2. 225-247.
- LEY 14/2006 de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida (27 de mayo de 2006) . BOE núm 126. 19947-19956
- LIPOVETSKY, Gilles (2007) *La felicidad paradójica: ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Anagrama. Barcelona.

- LIPOVETSKY, Gilles y ROUX, Elyette (2004) *El lujo eterno*. Anagrama. Barcelona.
- LORDE, Audre (1984) *Sister outsider: essays and speeches*. Crossing Press. Trumansburg. New York.
- LOURAU, René (1975) *El análisis institucional*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- LOZANO ESTIVALIS, María (2007) *La maternidad en escena: mujeres, reproducción y representación cultural*. Prensas Universitarias de Zaragoza. Zaragoza.
- (2009) «Comunicar la maternitat. Paraules entre la ciència i les dones» *Mètode, Revista de difusió de la investigació*, vol. 62. 47-51.
- LUBLIN, Nancy (1998) *Pandora's box: feminism confronts reproductive technology*. Rowman & Littlefield Publishers. Lanham, Md. Oxford.
- MACKENZIE, Donald A. & WAJCMAN, Judy (1985) *The Social shaping of technology*. Open University Press. Milton Keynes. Philadelphia.
- MARINA, S.; MARINA, D.; MARINA, F.; FOSAS, N.; GALIANA, N. & JOVÉ, I. (2010) «Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication». *Human Reproduction*. vol. 25, n°. 4. 938-941.
- MARQUETA, J.; HERNÁNDEZ, J.; COROLEU, B.; SIMÓN, C.; PÉREZ MILÁN, F.; Arnott I.; BLANES, R.; MONZÓ, A.; CABELLO, Y. y MATORRAS, R. (2005) «Registro FIV-ICSI. Sociedad Española de Fertilidad. Año 2001». *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. vol. 22, n°. 4. 237-248.
- MARQUETA, J.; HERNÁNDEZ, J.; MATORRAS, R.; COROLEU, B.; SIMÓN, C.; PÉREZ MILÁN, F.; BÁEZ, D.; LÓPEZ VILLAVERDE, V.; CABELLO, Y. y ROMEU, A. (2004) «Registro FIV-ICSI. Sociedad Española de Fertilidad. Año 2000». *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. vol. 21, n°. 3. 133-143.
- MARTÍ, Ana y PERELLÓ, Fátima (1988) «Las mujeres en la Comunidad Valenciana» en VV AA *Las mujeres en la Comunidad Valenciana. Informe sociológico 1986*. Institut Valencià de la Dona, Generalitat. Valencia. 113-186.
- MARTIN, Emily (1998) «The Fetus as Intruder» en DAVIS-FLOY, Robbie; DUMIT, Joseph (Eds.) *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Routledge. New York
- (2009) «Premenstrual Syndrome, Work Discipline, and Anger» en WYER, Mary, BARBERCHECK, Mary, GIESMAN, Donna, ÖRÜN ÖZTÜRK, Hatice & WAYNE,

- Marta (Eds.) *Women, science, and technology: a reader in feminist studies*. Routledge. New York.
- MARUANI, Margaret , ROGERAT, Chantal; TORNS, Teresa (Dirs.) (2000) *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Icaria. Barcelona.
- MATORRAS, Roberto (2006) *Epidemiología de la esterilidad conyugal*.
http://nuevo.sefertilidad.com/descargas/programa_final.pdf.
- MATORRAS, Roberto; BALLESCÁ, Jose Luis; PEINADO, J. A.; ROMEU, Alberto; COROLEU, B.; CUADRADO, C. y PALUMBO, A. (2002) «Registro FIV-ICSI. Sociedad Española de Fertilidad. Año 1999». *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. vol. 19, nº. 1. 33-39.
- MCNEIL, Maureen (2007) *Feminist cultural studies of science and technology*. Routledge. London; New York.
- MCNEIL, Maureen; VARCOE, Ian y YEARLEY, Steven (1990) *The New reproductive technologies*. St. Martin's Press. New York.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1983) : u-
) en salud. Secretaria de Educacion Publica, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México D.F.
- MERCHANT, Carolyn (1979) *The death of nature: women, ecology, and the scientific revolution*. Harper & Row. San Francisco ; London.
- MIES, Maria (1987) «Why do we need all this? A call against genetic engineering and reproductive technology» en SPALLONE, Patricia & STEINBERG, Deborah Lynn (Eds.) *Made to orde: the myth of reproductive and genetic progress*. Pergamon. Oxford. 34-47.
- MIES, Maria & SHIVA, Vandana (1993) *Ecofemnism*. Zed Books. London.[Traducción española, *Ecofeminismo*. Barcelona. Icaria. 1997]
- MIRANDA, M^a Jesús (1987) *Crónicas del desconcierto*. Instituto de la Mujer. Madrid.
- MOLFINO, Francesca & ZUCCO, Flavia (2008) *Women in biotechnology: creating interfaces*. Springer.

- MONTES MUÑOZ, M^a Jesús (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Universitat Rovira y Virgili. Tarragona. <http://www.tdx.cbuc.es/>
- MONZÓ, Ana y ROMEU, Alberto (2004) «Riesgos y complicaciones de las técnicas de reproducción asistida». *Viure en Salut*, nº 65. 14-15.
http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/PROMO_SALUD/EDUCACION/2004_VES_065.PDF [última consulta: 19/02/2011]
- MORACE, Francesco (1993) *Contratendencias*. Celeste. Madrid.
- MORELL SIXTO, M. E.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C. y QUINTANA GÓMEZ, J. L. (2009) «Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades.». *Revista Pediatría de Atención Primaria*. vol. XI, nº. 43. 491-512.
- MORENO HERNÁNDEZ, Amparo (2000) «Los debates sobre la maternidad» en FERNÁNDEZ-MONTRAVETA, Carmen, MONREAL REQUENA, Pilar, MORENO HERNÁNDEZ, Amparo y SOTO RODRÍGUEZ, Pilar (Coord) *Las representaciones de la maternidad*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- MOSSE, Julia (1990) *The fertility and contraception book*. Faber Nursing. London
- MURANO, Luisa (1995) *EL orden simbólico de la madre*. Horas y Horas. Madrid.
- NADAL, Mònica (2000) «Les noves tecnologies de reproducció i els reptes de la maternitat/paternitat». *Revista Catalana de Sociologia*, nº. 12. 215-244.
- NADESAN, Majia Holmer (2008) *Governmentality, biopower, and everyday life*. Routledge. New York.
- OAKLEY, Ann (1977) *La mujer discriminada: biología y sociedad*. Debate. Madrid.
- (1984) *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. Basil Blackwell. Oxford.
- (1992) *Social support and motherhood: the natural history of a research project*. Blackwell. Oxford
- O'BRIEN, Mary. (1976) *The politics of reproduction*. York Univ. Toronto
- O'RIORDAN, Kate y HARAN, Joan (2009) «From reproduction to research. Sourcing eggs, IVF and cloning in the U. K.». *Feminist Theory*. vol. 10, nº. 2. 191-210.

- ORTEGA, José Antonio y KOHLER, Hans-Peter (2001) «¿Está cayendo realmente la fecundidad española? Separación de los efectos intensidad, calendario y varianza en el Índice Sintético de Fecundidad». *REIS*. vol. 96. 95-122.
- ORTÍ, Alfonso (1986) «La apertura y el enfoque cualilativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo» en GARCÍA FERRANDO, Manuel, IBÁÑEZ, Jesús y ALVIRA, Francisco (Coord.) *El análisis de la realidad social*. Alianza. Madrid. 153-186.
- OSBORNE, Raquel (1993) *La construcción sexual de la realidad*. Cátedra. Madrid.
- OUDSHOORN, Nelly (1994) *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones* Routledge. London
- PAYER, Lynn (1992) *Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. J. Wiley. New York.
- PÉREZ, M^a Dolores (2008) «Registro FIV-ICSI. Sociedad Española de Fertilidad. Año 2005». *Publicación electrónica*. vol. <http://www.registrosef.com/index.asp?opc=2>.
- PÉREZ MUÑOZ, Francisco (1995) «Las parejas sin hijos en Portugal y en España». *REIS*. vol. 70. 39-66.
- PÉREZ SEDEÑO, Eulalia (2005). *Ciencia, tecnología y valores desde una perspectiva de género*. *Arbor*. Vol 181, N° 716.
- (2006) «Las lógicas que nunca nos contaron (y las que nunca serán)». *Clepsydra*. Vol.5.
- (2007) «La cultura científica y las mujeres». *Crítica*. Vol.57, N° 948.
- PERROTTA, Manuela (2008) «The Organitacional Construction of the Body» en MOLFINO, Francesca & ZUCCO, Flavia (Eds.) *Women in biotechnology: creating interfaces*. Springer.
- PFEFFER, Naomi (1987) «Artificial insemination, in-vitro fertilization and the stigma of infertility» en STANWORTH, Michelle (ed.) *Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine*. Polity in association with Blackwell. Cambridge.
- PHOENIX, Ann and WOOLLETT, Anne (1991) «Motherhood: social construction, politics and psychology» en PHOENIX, Ann, WOOLLETT, Anne & LLOYD, Eva (Eds.) *Motherhood: meanings, practices, and ideologies*. Sage Publications. London.

- PLOEG, Irma van der (1995) «Hemaphrodite Patients: in vitro fertilization and the transformations of the male infertility». *Science Technology Human Values*. vol. 20, nº. 4. 460-481.
- 1998, *Prosthetic Bodies: Female Embodiment in Reproductive Technologies*, Universiteit van Maastrich.
- POVEDA ROSA, María M. (2008) «Desprovistas de poder pero nunca olvidadas. Las desigualdades de género como elemento estructurante de la organización del trabajo». *Arxius*, nº 19. 115-128.
- PRIETO, Carlos (Coord.) (2007) *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid. Ed. Complutense.
- PULEO, Alicia (2002) «Feminismo y ecología. Un repaso a las diversas corrientes del ecofeminismo». *El Ecologista*, nº. 31. 36-39.
- RAPP, Rayna (1985) «XYLO: a true story» en ARDITTI, Rita, KLEIN, Renate Duelli & MINDEN, Shelley (Eds.) *Test-Tube Women: what future for motherhood?* Pandora Press. London.
- RICCIARELLI, Elisabetta (2008) «Grupo de Interés: Salud Embrionaria». *Boletín SEF. Sociedad Española de Fertilidad*, nº. 6. 6-7.
- (2009) «Grupo de Interés: Salud Embrionaria». *Boletín SEF. Sociedad Española de Fertilidad*, nº. 8. 8.
- RICH, Adrienne (1996) *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Cátedra. Madrid.
- RICHARDSON, Diane (1993) *Women, motherhood and childrearing*. Macmillan. London.
- RIVERA GARRETAS, María Milagros (1997) *El fraude de la igualdad*. Planeta. Barcelona.
- ROBERTS, Dorothy (1997) *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*. Pantheon. New York.
- RODRÍGUEZ, Josep A. y DE MIGUEL, Jesús (1990) *Salud y poder*. CIS. Madrid.

- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Pilar (coord.) (2008) *Mujeres, trabajos y empleos*. Barcelona. Icaria.
- ROMEU, M.; HERRERO, G.; MONTAÑANA, V.; MONZÓ, A. y ROMEU, A. (2008) «Panorama actual de la reproducción asistida en mujeres lesbianas». *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, vol. 25, nº. 3. 177-186.
- ROMEU, Alberto y MONZÓ, Ana (2004) «Riesgos y complicaciones de las técnicas de Reproducción Asistida» *Viure en Salut*, nº 65. 14-15. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. València.
- ROSSER, Sue Vilhauer (2006) «Using the Lenses of Feminist Theories to Focus on Women and Technology» en FOX, Mary (Ed.) *Women, gender, and technology* University of Illinois Press; Combined Academic distributor. Urbana, Ill.; Chesham.
- ROSSER, Sue Vilhauer (ed) (1988) *Feminism within the science and health care professions: overcoming resistance*. Pergamon. Oxford.
- ROTHMAN, Barbara Katz (1985) «"The Meaning of Choice in Reproductive Technology"» en ARDITTI, Rita, KLEIN, Renate Duelli & MINDEN, Shelley (Eds.) *Test-Tube Women*. Pandora Press. London.
- (2006) «Genetic Technology and Women» en FOX, Mary Frank, JOHNSON, Deborah G. & ROSSER, Sue Vilhauer (Eds.) *Women, gender, and technology*. University of Illinois Press; Combined Academic distributor. Chesham.
- ROTHMAN, Barbara Katz (1982) *In labor: women and power in the birthplace*. W.W. Norton. New York ; London.
- (1986) *The tentative pregnancy: prenatal diagnosis and the future of motherhood*. Viking Penguin. New York.
- (1989) *Recreating motherhood: ideology and technology in a patriarchal society*. Norton. New York.
- (1993) *The tentative pregnancy: how amniocentesis changes the experience of motherhood*. Norton. New York ; London.
- ROWLAND, Robyn (1992) *Living laboratories: women and reproductive technologies*. Indiana University Press. Bloomington.

RUDDICK, Sara (1989) *Maternal thinking: toward a politics of peace*. Beacon Press. Boston.

RUIZ-SALGUERO, Magda Teresa (2001) *Aspectos demográficos de la infecundidad, la infertilidad y la esterilidad en España*. Comunicación presentada en la 1ª Reunión Paramédica de la Sociedad Española de Fertilidad, Atención centrada en el paciente: consejo y apoyo emocional en reproducción humana. Madrid 2001. Centre d'estudis demogràfics. <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text197.pdf>

SÁEZ BUENAVENTURA, Carmen (1993) *¿La liberación era esto?*. Temas de Hoy. Madrid.

SAMPEDRO, Rosario; GÓMEZ, M^a Victoria y MONTERO, Mercedes (2002) «Maternidad tardía: incidencia, perfiles y discursos». *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, n.º. 5. 11-36.

SÁNCHEZ, Ana. (2005). «Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas» *Arbor*, Vol 181, n.º716. 523-530

SANDEL, Michael (2007) *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Marbot. Rubí (Barcelona).

SAU, Victoria (1995) *El vacío de la maternidad: madre no hay más que ninguna*. Icaria. Barcelona.

--- (2001) *Diccionario ideológico feminista..* Icaria. Barcelona.

SAXTON, Marsha (1985) «Born and unborn: the implications of reproductive technologies for people with disabilities» en ARDITTI, Rita, KLEIN, Renate Duelli & MINDEN, Shelley (Eds.) (1985) *Test-Tube Women: what future for motherhood?* Pandora Press. London.

SEGURA BENEDICTO, Andreu (2008) «Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas. El lado oscuro de la fuerza». *Humanitas. Humanidades médicas*, n.º. 31. 10-24.

SERVEI D'INFORMACIÓ I ESTUDIS (2006) *FIVCAT.NET. Sistema d'informació sobre reproducció humana assistida. Catalunya 2003*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

--- (2009) *FIVCAT.NET. Sistema d'informació sobre reproducció humana assistida. Catalunya 2006*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

- SHIVA, Vandana (2001) *Protect or plunder: understanding intellectual property rights*. Zed Books. London.
- SIMÓN RODRÍGUEZ, M^a Elena (2002) *Democracia vital: mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*. Narcea. Madrid.
- SPALLONE, Patricia (1989) *Beyond conception: the new politics of reproduction*. Macmillan Education.
- (1992) *Generation games: genetic engineering and the future for our lives*. Women's Press.
- (1996) «Salud y tecnología reproductiva» en WILKINSON, Sue & KITZINGER, Celia (Eds.) (1996) *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Paidós. Barcelona. 57-73.
- SPALLONE, Patricia & STEINBERG, Deborah Lynn (1987) *Made to order: the myth of reproductive and genetic progress*. Pergamon. Oxford.
- STABILE, Carol A. (1994) *Feminism and the technological fix*. Manchester University Press. Manchester.
- STACEY, Meg (1992a) «Social dimensions of assisted reproduction» en STACEY, Meg (1992a) *Changing human reproduction: social science perspectives*. Sage. London.
- (1992b) *Changing human reproduction: social science perspectives*. Sage. London.
- STANWORTH, Michelle (1987) *Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine*. Polity in association with Blackwell. Cambridge.
- STEINBERG, Deborah Lynn (1990) «The despersonalitation of women through the administration in vitro fertilisation» en MCNEIL, Maureen, VARCOE, Ian & YEARLEY, Steven (Eds.) (1990) *The New reproductive technologies*. St. Martin's Press. New York.
- STOLCKE, Verena (2007) «Óvulos de oro: de Dolly, la oveja clónica, a las células madre». *Mujer y Salud*, n° 21. 14-19.
- STRATHERN, Marilyn (1992) «The meaning of assisted kinship» en STACEY, Meg (1992) *Changing human reproduction: social science perspectives*. Sage. London.
- SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (2009) «Las maternidades y el pensamiento feminista. De Simone de Beauvoir a los feminismos de los años sesenta y setenta del siglo XX» en

- SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (Coord) *Maternidades. (De)construcciones feministas*. KRK Ediciones. Oviedo.
- SVENDSEN, Mette N. (2007) «Between Reproductive and Regenerative Medicine: Practising Embryo Donation and Civil Responsibility in Denmark». *Body & Society*, vol. 13, nº 4. 21-45.
- TABOADA, Leonor (1986) *La maternidad tecnológica*. Icaria. Barcelona.
- (1992) «Si observem la FIV des d'una societat corrupta» en ALTAIÓ, Vicenç i VEIGA, Anna (Coord.) *In vitro a debat*. Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Barcelona.
- (2005) «El contubernio de la medicalización al desnudo» *Mujer y Salud*, nº 15. 16-18.
- TESTART, Jacques (1988) *El embrión transparente*. Juan Granica. Barcelona.
- (1990) *A la recherche du cobaye idéal*. Le Monde Diplomatique. 15/Mai.
<http://jacques.testart.free.fr/pdf/texte308.pdf> [última consulta: 19 /02/2011]
- (1992) «Ètica i reproducció» en ALTAIÓ, Vicenç i VEIGA, Anna (Coord.) *In vitro a debat*. Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Barcelona.
- THOMPSON, Charis (2005) *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. MIT Press. Cambridge, MA.
- THROSBY, Karen (2004) *When IVF fails: feminism, infertility, and the negotiation of normality*. Palgrave Macmillan. New York.
- TOBÍO, Constanza (2005) *Madres que trabajan. Dilemas y estrategias*. Cátedra.Madrid.
- TOFFLER, Alvin (1982) *La tercera ola*. Plaza & Janés. Barcelona.
- TONE, Andrea (2009) «A Medical Fit for Contraceptives» en WYER, Mary, BARBERCHECK, Mary, GIESMAN, Donna, ÖRÜN ÖZTÜRK, Hatice & WAYNE, Marta (Eds.) *Women, science, and technology: a reader in feminist studies*. Routledge. New York.
- TORNS, Teresa (2005) «De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos». *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 23, nº. 1. 15-33.

--- (2007) «El tiempo de trabajo y las relaciones de género: las dificultades de un cambio ineludible» en PRIETO, Carlos (Coord.) *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid. Ed. Complutense.

--- (2008) «El trabajo y el cuidado: cuestiones-teórico metodológicas desde la perspectiva de género». *Empiria*, nº 15. 53-73.

TORRES GALLACH, José V. (2009) *Esterilidad e Infertilidad I*.
www.uv.es/jvtorres/Tema15.pdf.

TRABA, Graciela (2009) «Calidad y calidez en la atención sanitaria a las mujeres » *Mujer y Salud*, nº 25. 22-24

TUBERT, Silvia (1991) *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Siglo XXI. México.

--- (1993) «La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre» en GONZÁLEZ DE CHAVES, María Asunción. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Siglo XXI. Madrid.

--- (1996) *Figuras de la madre*. Cátedra. Madrid

--- (2004) «La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas» en CONCHA, Ángeles de la y OSBORNE, Raquel (Coord) *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Icaria. Barcelona.

--- (2009) «El desig de ser mare. Maternitat i tècniques reproductives». *Mètode, Revista de difusió de la investigació*, vol. 62. 53-59.

VALERO, Ángeles (1997) «La fecundidad en España. ¿Caida sin límites o recuperación? Hacia un nuevo régimen demográfico». *Política y Sociedad*. vol. 26. 25-39.

VALLÉS, Miguel (2002) *Entrevistas cualitativas*. CIS, Cuadernos Metodológicos. Madrid.

VALLS LLOBET, Carme (2006) *Mujeres invisibles*. Random House Mondadori. Barcelona.

--- (2009) *Mujeres, salud y poder*. Cátedra. Madrid.

VERDÚ, Vicente (2003) *El estilo del mundo*. Anagrama. Barcelona.

- WAJCMAN, Judy (2006) *El tecnofeminismo*. Instituto de la Mujer; Universitat de València; Cátedra. Madrid.
- WALDBY, Catherine (2006) *Tissue economies: blood, organs, and cell lines in late capitalism*. Duke University Press. Durham ; London.
- WALDBY, Catherine & COOPER, Melinda (2008) «The Biopolitics of reproduction: Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour». *Australian Feminist Studies*. vol. 23, nº. 55. 57-73.
- WHELAN, Emma (2001) «Politics by other means: feminism and mainstream science studies», *Canadian Journal of Sociology*, 26, nº 4. 535-581
- WINNER, Langdon (1986) «¿Tienen política los artefactos?» en WINNER, Langdon, *La ballena y el reactor*. Barcelona. Gedisa.
- (1995) «Constructivismo Social. Abriendo la caja negra y encontrándola vacía», en IRANZO, Manuel J. (coord.), *Sociología de la Ciencia y la Tecnología*. Madrid: CSIC.
- ZEGERS-HOCHSCHILD, F.; ADAMSON, G. D.; DE MOUZON, J.; ISHIHARA, O.; MANSOUR, R.; NYGREN, K.; SULLIVAN, E. & VAN DER POEL, S. (2009) «The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009». *Fertility and Sterility*. vol. 92, nº. 5. 1520-1524.
- ZERILLI, Linda M. G. (1996) «Un proceso sin sujeto: Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad» en TUBERT, Silvia (Coord) *Figuras de la madre*. Cátedra. Madrid.

ANEXO I
DISEÑO DE LAS ENTREVISTAS

A) MUESTRA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Cuadro resumen de perfiles. Entrevistas de la 1ª fase (1998-1999)

Edad inicio	N. Estudios			C.Social			Hijos/as tec.	
	Básicos	Medios	Superiores	Media-baja; baja	Media	Alta;Media-alta	Sí	No
≤ 30 años	E19; E20; E23; E24	E13; E14; E16	E1; E6; E7; E10	E19; E20; E23; E24	E6; E7; E10; E 13; E 14; E 16	E1	E1; E14	E6; E7; E10; E13; E16; E19; E20; E23; E24
31-34 años	E18; E22	E 12; E17; E21	E3; E4; E8; E9	E18; E21; E22	E4; E8; E9; E 12; E 17	E3	E3; E17; E22	E4; E8; E9; E12; E18; E21;
35-39 años		E15	E2; E5; E11		E5; E11; E 15	E2	E11	E2; E5; E 15
TOTAL	6	7	11	7	14	3	6	18

Cuadro resumen de perfiles. Entrevistas de la 2ª fase.

Edad inicio	N. Estudios			C.Social			Hijos/as tec.	
	Básicos	Medios	Superiores	Media-baja; baja	Media	Alta;Media-alta	Sí	No
≤ 30 años	E40; E41		E 30; E34; E36	E40; E41	E34; E36;	E30	E36;	E30; E34; E40; E41
31-34 años	E39	E32;	E27; E37	E39	E32; E37	E27	E27; E32; E39	E37
35-39 años		E31; E33;	E25; E28; E38		E31; E33; E38	E25; E28	E25; E31; E38	E28; E33;
≥40 años			E26; E29; E35		E35	E26; E29	E26; E29; E35	
TOTAL	3	3	11	3	8	6	10	7

PERFILES INDIVIDUALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN LA 1ª FASE (1998-1999)

ENTREVISTA E1	
Edad (entrevista): 38 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 10 ciclos de IA; 6 ciclos de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Agnóstica	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E2	
Edad (entrevista): 40 años	Inicio tratamientos: 37 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2 ciclos de IA; 4 ciclos de FIV, 1 de ellos con ovodonación
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: Sí, tras abandono de las técnicas
Ideología: No se define	
Religiosidad: Católica no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E3	
Edad (entrevista): 36 años	Inicio tratamientos: 33 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2 ciclos de IA; 2 ciclos de FIV.
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hijo
Clase Social: Alta	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E4	
Edad (entrevista): 33años	Inicio tratamientos: 31 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 2 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Derecha	
Religiosidad: Católica practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E5	
Edad (entrevista): 47 años	Inicio tratamientos: 35 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2 ciclos de IA; 1 ciclo de FIV,
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: Sí, tras abandono de las técnicas, finaliza en nacimiento
Ideología: No se define	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E6	
Edad (entrevista): 42años	Inicio tratamientos: 24 años, de forma discontinua
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 6 ciclos de IA; 3 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: Sí, 1 hijo
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E7	
Edad (entrevista): 34años	Inicio tratamientos: 30años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 4 ciclos de IA; 1 ciclo de ICSI
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E8	
Edad (entrevista): 34 años	Inicio tratamientos: 32 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2ciclos de IA; 1 ciclo de FIV; 1 ciclo de ICSI
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E8	
Edad (entrevista): 34 años	Inicio tratamientos: 32 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 6 ciclos de IA
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E10	
Edad (entrevista): 31 años	Inicio tratamientos: 27años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 6 ciclos de IAD
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E11	
Edad (entrevista): 37años	Inicio tratamientos: 32 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 4ciclos de IA; 2 ciclos de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Sí, un hijo
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: Sí, tras la 1ª FIV, finaliza en aborto
Ideología: Centro	
Religiosidad: Católica practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E12	
Edad (entrevista): 34 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 4 ciclos de IA; 2 ciclos de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E13	
Edad (entrevista): 33 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 2 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Centro-Derecha	
Religiosidad: Católica no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E14	
Edad (entrevista): 42 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 2 ciclos FIV
Situación Laboral: Inactiva	Resultado: Sí, trillizos
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E15	
Edad (entrevista): 37 años	Inicio tratamientos: 35
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 3 ciclos de IA, sin estimulación; 2 ciclos de IA
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: 1 hija antes de los tratamientos
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E16	
Edad (entrevista): 31años	Inicio tratamientos: 29 años
Estudios: Graduado Escolar	Tratamientos: 2 ciclos de IA ; 2 ciclos FIV; 1 ciclo ICSI
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Apolítica	
Religiosidad: Católica practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E17	
Edad (entrevista): 32 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Graduado Escolar	Tratamientos: 2 ciclos FIV
Situación Laboral: Parada	Resultado: Sí, una hija
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E18	
Edad (entrevista): 39años	Inicio tratamientos: 33 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 1 ciclo de IA; 3 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Consigue un embarazo, pero la criatura muere en el parto.
Clase Social: Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E19	
Edad (entrevista): 43años	Inicio tratamientos: 27 años, de forma discontinua
Estudios: Graduado Escolar	Tratamientos: 9 ciclos de IA; 1 ciclo FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E20	
Edad (entrevista): 30años	Inicio tratamientos: 28años
Estudios: Graduado Escolar	Tratamientos: 4 ciclos de IA; 2 ciclos FIV
Situación Laboral: Inactiva	Resultado: No
Clase Social: Media Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Derecha	
Religiosidad: Católica	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E21	
Edad (entrevista): 37años	Inicio tratamientos: 34 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 6 ciclos de IA
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No.
Clase Social: Media-Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E22	
Edad (entrevista): 36años	Inicio tratamientos: 32 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 3 ciclos de IA; 3 ciclos FIV
Situación Laboral: Parada	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media Baja	Embarazo espontáneo: Sí, un hijo
Ideología: -	
Religiosidad: -	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y privada

ENTREVISTA E23	
Edad (entrevista): 28 años	Inicio tratamientos: 26 años
Estudios: FP	Tratamientos: 2 ciclos de IA,
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: No se define	
Religiosidad: Católica no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E24	
Edad (entrevista): 32años	Inicio tratamientos: 25años
Estudios: Graduado Escolar	Tratamientos: 4 ciclos de IA; 4 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: No
Clase Social: Media Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Derecha	
Religiosidad: Católica practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

PERFILES INDIVIDUALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN LA 2ªFASE 2009-2010

ENTREVISTA E25	
Edad (entrevista): 46 años	Inicio tratamientos: 38 años, de forma discontinua
Estudios: Doctorado	Tratamientos: 1 ciclo de IA: 1 ciclo ICSI
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Mellizos
Clase Social: Alta	Embarazo espontáneo: 2 veces, que finalizan en aborto.
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: Sí, un hijo
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E26	
Edad (entrevista): 47 años	Inicio tratamientos: 41 años
Estudios: Doctorado	Tratamientos: 1 ciclo de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hijo
Clase Social: Alta	Embarazo espontáneo: 1, 1que finaliza en nacimiento
Ideología: Centro-Izquierda	
Religiosidad: Católica, no practicante	Adopción: Sí, un hijo
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E27	
Edad (entrevista): 37 años	Inicio tratamientos: 33 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 1 ciclo de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Mellizos
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: 1que finaliza en aborto
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Creyente, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E28	
Edad (entrevista): 41 años	Inicio tratamientos: 36 años
Estudios: Licenciatura y Diplomatura	Tratamientos: 3 ciclos de IA; 1 ciclo de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Negativo
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: 1, 1 que finaliza en nacimiento
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Atea	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E29	
Edad (entrevista): 46 años	Inicio tratamientos: 43 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2 ciclos de FIV con esperma de donante
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Derecha	
Religiosidad: Creyente, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Soltera	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E30	
Edad (entrevista): 37 años	Inicio tratamientos: 28 años
Estudios: Ingeniería Técnica	Tratamientos: 5 ciclos de IA; 5 ciclos de FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Negativo
Clase Social: Media-Alta	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Centro	
Religiosidad: Creyente, no practicante	Adopción: Sí, dos hijos
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada, privada con seguro médico

ENTREVISTA E31	
Edad (entrevista): 42 años	Inicio tratamientos: 36 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 1 ciclo de ICSI
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: 1, 1 que finaliza en nacimiento
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Atea	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Pareja	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E32	
Edad (entrevista): 39 años	Inicio tratamientos: 31 años
Estudios: Bachillerato	Tratamientos: 5 ciclos de de IA ;1 ciclo de FIV con ovodonación
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hijo
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Católica	Adopción: Sí, un hijo
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública y Privada

ENTREVISTA E33	
Edad (entrevista): 42 años	Inicio : 36 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 1 inseminación casera
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Atea	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Pareja homosexual	Titularidad Centros: No procede

ENTREVISTA E34	
Edad (entrevista): 42 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 6 ciclos de de IAD ; 3 ciclos de FIV con donación de esperma
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 embarazo que finaliza en aborto.
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: Sí, dos hijos
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E35	
Edad (entrevista): 43 años	Inicio tratamientos: 41 años
Estudios: Licenciatura	Tratamientos: 2 ciclos de FIV
Situación Laboral: Ocupada en excedencia.	Resultado: 1 hija
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Centro	
Religiosidad: Católica, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E36	
Edad (entrevista): 33 años	Inicio tratamientos: 30 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 2 ciclos de IAD
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hijo
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Apolítica	
Religiosidad: Creyente, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Soltera	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E37	
Edad (entrevista): 34 años	Inicio tratamientos: 34 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 2 ciclos de IAD sin estimulación
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: Negativo
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Pareja homosexual	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E38	
Edad (entrevista): 43 años	Inicio tratamientos: 36 años
Estudios: Diplomatura	Tratamientos: 3 ciclos de IA; 3 ciclos FIV
Situación Laboral: Ocupada	Resultado: 1 hijo
Clase Social: Media	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Apolítica	
Religiosidad: No creyente	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E39	
Edad (entrevista): 37 años	Inicio tratamientos: 33 años
Estudios: Graduado escolar	Tratamientos: 5 ciclos de IA
Situación Laboral: Parada.	Resultado: 2 hijas, 1 aborto
Clase Social: Media-baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Centro-Izquierda	
Religiosidad: Católica, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Privada

ENTREVISTA E40	
Edad (entrevista): 36años	Inicio tratamientos: 29 años, discontinuo.
Estudios: FPI	Tratamientos: 2 ciclos de IA y 2 ciclos de IAD
Situación Laboral: Parada	Resultado: Negativo
Clase Social: Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Católica, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada con pareja homosexual. Anteriormente : casada con pareja heterosexual.	Titularidad Centros: Pública

ENTREVISTA E41	
Edad (entrevista): 36 años	Inicio tratamientos: 26 años, discontinuo.
Estudios: Sin estudios	Tratamientos: 3ciclos de FIV/ICSI
Situación Laboral: Parada	Resultado: Negativo
Clase Social: Baja	Embarazo espontáneo: No
Ideología: Izquierda	
Religiosidad: Católica, no practicante	Adopción: No
Estado civil/ situación convivencia: Casada	Titularidad Centros: Pública

B) GUÍA DE LAS ENTREVISTAS

Se presenta a continuación el esquema temático que ha constituido el cuerpo central de la guía utilizada durante la realización de las entrevistas. El papel que ha desempeñado ha sido orientativo y su uso flexible, tanto en el sentido de adecuarlo al perfil de cada entrevistada y situación concreta, como en el de no imponer un orden secuencial en su aplicación.

Todas las entrevistas han comenzado con una ‘consigna inicial’ con la finalidad de propiciar el inicio de la conversación de forma cómoda para la entrevistada y manteniendo la coherencia con el contrato comunicativo establecido en el contacto para la concreción de la cita. El contenido es el siguiente: “Como te comenté, se trata de una investigación sobre las técnicas de reproducción asistida...y uno de los temas que más me interesa es precisamente el de las experiencias de las personas que habéis utilizado estas técnicas. Cuáles son vuestras vivencias, vuestras opiniones...Se trata de una entrevista abierta, en la que prácticamente yo no haré preguntas...y...me gustaría que me contaras tu experiencia...”

Esquema temático:

- La construcción del tema (problema):
 - La idea de tener hijos. Cuando y por qué intentaron quedarse, sentimientos al ver que el embarazo no llegaba, actitud de la pareja, grado de preocupación, tiempo transcurrido hasta la consulta médica, el entorno: presiones, apoyos, consultas...efectos sobre su imagen y sus relaciones...
 - Maternidad y proyecto vital. Importancia atribuida a la maternidad. Factores decisivos en la elección del momento, actitud de la pareja...
 - Información sobre las TRA. Conocimiento previo de las técnicas, opciones consideradas, la iniciativa, la decisión, las expectativas iniciales.
- Inicio del proceso:
 - Contacto con el equipo médico, público o privado; información recibida acerca de los tratamientos y del proceso, de las posibilidades de éxito, consejos sobre la actitud que debían adoptar; decisiones tomadas, sensaciones experimentadas...
- Vivencia del proceso de tratamiento:
 - Fase de pruebas y diagnóstico; fase de tratamiento, en qué consistió, tiempo, nº de intentos por procedimiento.
 - Cambios en la percepción de su cuerpo y su identidad; cambios en su vida: la pareja, el sexo, el trabajo, la vida cotidiana.
 - Control sobre el proceso y protagonismo, la información buscada y la información recibida; la autoestima, sensaciones y sentimientos; decisiones que tuvo que adoptar; actitud de la pareja y del entorno, apoyos recibidos. La relación con el equipo médico, trato recibido.
- Los resultados:
 - Éxitos y fracasos; reacciones ante ellos, explicaciones e información recibida.
 - La experiencia maternal (en su caso)
- El balance:
 - Valoración retrospectiva; sentimientos hacia la técnica y sus administradores, aspectos positivos y negativos.
 - Opiniones sobre las TRA, información y opinión sobre la regulación social de las TRA, sobre las nuevas modalidades que van apareciendo. Aspectos y temas conflictivos. Propuestas de mejora.
 - Consejos a las mujeres que se lo están planteando.

ANEXO II

DESCRIPCIÓN DIVULGATIVA DE TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS

En el glosario de términos elaborado por el Comité de Supervisión Internacional de Tecnologías de Reproducción Asistida (ICMART), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que forman parte de la Tecnología de Reproducción Asistida: “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen el manejo in vitro de ovocitos humanos y espermatozoides o de embriones con el fin de establecer un embarazo...no incluye la inseminación asistida (inseminación artificial) usando el espermatozoide de uno de los cónyuges de una mujer o de un donante de espermatozoide”, a la que se considera un procedimiento de “Concepción Médicamente Asistida”²⁵⁹.

1. La Inseminación Artificial (I.A.)

Es el tratamiento más sencillo. Consiste en introducir el semen (convenientemente preparado) en el interior del útero (en el momento adecuado: ovulación), para favorecer la fecundación del/os ovocito/s.

La inseminación se efectúa en pocos minutos y no requiere hospitalización ni anestesia. Pero el proceso es más largo ya que se inicia con las pruebas diagnósticas que acrediten su indicación y continúa siguiendo distintas etapas y procedimientos. Son los siguientes:

- Estimulación ovárica mediante hormonas folículo estimulantes. Aunque es posible prescindir de esta etapa y aprovechar un ciclo natural, los centros consultados la recomiendan argumentando que permite el desarrollo de varios folículos, favoreciendo así las posibilidades de fecundación. Suelen advertir del riesgo de embarazo múltiple, aunque indican que su incidencia no es mayoritaria (15-20%) y habitualmente gemelar. La administración hormonal se realiza mediante inyecciones subcutáneas durante varios días.

²⁵⁹ <http://www.icmartivf.org/ivf-glossary.html>. El Comité de Supervisión Internacional de Tecnología de Reproducción Asistida (ICMART) es una organización independiente sin fines de lucro internacional que ha asumido un papel preponderante en la elaboración, recopilación y difusión de datos a nivel mundial en la tecnología de reproducción asistida (ART). Ofrece información sobre la disponibilidad, la eficacia y seguridad a los profesionales sanitarios, autoridades sanitarias y al público.

- Control de la ovulación y maduración de ovocitos. Se realiza mediante ecografía vaginal y análisis hormonales de sangre. El primer control (tras 4-6 días de haber iniciado la estimulación) se realiza para evaluar la respuesta ovárica, ajustando, si se considera necesario, la dosis de hormonas que se está administrando. Una vez constatado un grado de desarrollo suficiente de uno o varios folículos se administra una dosis de hormona luteoestimulante para completar su maduración.
- Obtención, preparación y selección del semen. El mismo día en el que se va a realizar la inseminación, el semen (obtenido por masturbación) es sometido a un proceso de lavado y selección mediante centrifugado, con el fin de eliminar los restos celulares y los espermatozoides muertos o poco móviles.
- Realización de la inseminación. El semen es introducido en el interior de la cavidad uterina utilizando una fina cánula. Algunos centros recomiendan realizar una sola inseminación²⁶⁰ y otros dos, en días consecutivos²⁶¹.
- Tras la inseminación la mujer debe permanecer en reposo durante varios minutos, tras los que puede abandonar el centro observando algunas precauciones durante los días siguientes.
- El tratamiento completo suele ocupar entre 15 y 20 días. (Contados desde el inicio de la estimulación, sin incluir las pruebas diagnósticas previas)

Indicaciones

Todos los centros ofrecen información divulgativa acerca de los casos en los que se considera indicada la I.A.:

- Alteraciones leves de la calidad y/o cantidad de los espermatozoides (astenozoospermia u oligozoospermia). Anomalía en los genitales masculinos que impidan el coito y/o dificulten la eyaculación.
- Casos en los que la mujer no ovula normalmente (lo que ocurre con mayor frecuencia en las que padecen el síndrome de ovario poliquístico) o bien presenta alteraciones en el moco cervical que impide la supervivencia de los espermatozoides.²⁶² Alteraciones en el cuello del útero que impiden el paso de los espermatozoides desde la vagina hacia el interior del aparato genital.
- Aquellas situaciones en las que tras el estudio básico de esterilidad (que incluye seminograma del varón y hormonas basales, ecografía e histerosalpingografía a la mujer) no se ha encontrado una causa que justifique la esterilidad de la pareja (esterilidad de origen desconocido).

²⁶⁰ Por ejemplo, el Instituto Dexeus.

²⁶¹ Por ejemplo, el IVI.

²⁶² En la información que ofrece el IVI esto se expresa literalmente como: la mujer presenta **defectos** en el moco cervical que lo convierten en un **medio hostil** para los espermatozoides. (Énfasis de la autora)

Una modalidad del tratamiento de inseminación artificial es la que se realiza utilizando semen de donante (I.A.D.). Se considera indicada en:

- Casos en los que el varón presente una alteración grave o irreversible del semen.
- Casos en los que el varón presente un riesgo de transmitir alguna enfermedad hereditaria.
- Mujeres sin pareja masculina que desean un embarazo.

2. La Fecundación in Vitro (FIV)

2.1. Fecundación in Vitro convencional

Es la técnica central de la reproducción asistida y ha supuesto un salto cualitativo en la medicina reproductiva. Es la que se aplica en la mayoría de los casos y la que ha dado lugar al desarrollo de otras que parten de ella como el Diagnóstico Genético Preimplantacional o alguna de las denominadas Técnicas de Preservación de la Fertilidad.

Desde el punto de vista descriptivo la característica principal de esta técnica es, como su nombre indica, que realiza la fecundación fuera del cuerpo de la mujer, en el laboratorio. Resumidamente consiste en extraer los óvulos de la mujer, que previamente ha sido estimulada con un tratamiento hormonal, ponerlos en contacto con los espermatozoides en el laboratorio con el fin de lograr la fecundación y obtener cierto número de embriones. Los embriones son sometidos a evaluación descartando los no aptos y seleccionando los de mejor calidad. Algunos, entre 1 y 3 serán transferidos al cuerpo de la mujer; el resto pueden ser criopreservados reservándolos para futuras transferencias o destinarlos a donación. El proceso es el siguiente:

- Tras la realización de las pruebas diagnósticas, comienza la estimulación ovárica de la mujer. El procedimiento es similar al descrito en la I.A., aunque conviene señalar que su uso es más imperativo que en el caso anterior y que el número de ovocitos considerado necesario o conveniente es mayor²⁶³. El motivo es que se aspira a conseguir varios embriones y que al menos algunos de ellos puedan ser considerados “de calidad”. Alguno de los ovocitos no conseguirá la fecundación y es probable que alguno de los embriones logrados se reconozca no apto para la transferencia. Esta fase

²⁶³ En la información que proporciona la clínica EUGIN en su página web, dice literalmente: “la mujer debe someterse a un tratamiento hormonal para estimular la ovulación, cuyo objetivo es obtener **el mayor número** de folículos”. <http://www.eugin.net/es/tratamientos-de-reproduccion-asistida/fiv-fecundacion-in-vitro-con-ovulos-propios-y-semen-de-la-pareja-fiv-propia/1/3/> [última consulta: 16/11/2009]

puede durar “entre 12 y 20 días, en función del protocolo utilizado y de la velocidad de respuesta de cada paciente”. (IVI)

- El control de la ovulación y la maduración de folículos se efectúa de modo similar al descrito en el caso de I.A.
- Extracción²⁶⁴ de ovocitos mediante punción folicular. Unas 36 horas después de la administración inyectada de la hormona que favorece la maduración final de los ovocitos, se procede a su extracción. Ésta se efectúa por vía vaginal y consiste en la punción (guiada por ecografía) de los folículos que contienen los ovocitos, y en la aspiración del líquido de su interior. Esta operación se realiza en quirófano y requiere anestesia o sedación.
- Obtención, preparación y selección del semen. En la modalidad convencional se procede del modo descrito en la Inseminación Artificial.
- Fecundación in vitro. Los líquidos obtenidos son llevados al laboratorio donde el personal biólogo procede a la localización y obtención de los ovocitos. Se procede a su cultivo durante algunas horas en un medio adecuado, tras lo que se lleva a cabo la inseminación colocando los espermatozoides (entre 50.000 y 100.000), previamente seleccionados y preparados, en la placa de cultivo en la que están los ovocitos. Al día siguiente se comprueba cuantos ovocitos han sido fecundados convirtiéndose en cigotos.
- Cultivo embrionario en laboratorio. Los cigotos comenzarán su división celular convirtiéndose en preembriones²⁶⁵. Durante dos o tres días su evolución “es observada y serán clasificados según su morfología y capacidad de división. Algunos embriones pueden llegar a bloquearse en su desarrollo, y serán descartados al ser considerados no viables. Lo más frecuente es realizar la transferencia en el día 3 de desarrollo embrionario (3 días después de la punción), aunque en algunas ocasiones se prolonga el cultivo hasta estadio de blastocisto (día 6 de desarrollo) para realizar una mejor selección embrionaria” (IVI)
- Transferencia. Tras la selección de los mejores embriones se procede a su transferencia. Ésta se realiza en quirófano, sin sedación pues se considera indolora, mediante la utilización de un catéter que, guiado por ecografía abdominal, permitirá depositarlos en el fondo de la cavidad uterina. Habitualmente se transfieren uno o dos embriones aunque se considera que un mayor número favorece las probabilidades de que alguno se implante, aunque incrementa el riesgo de gestación múltiple. La mujer puede, por lo general, abandonar el centro el mismo día y se le dan una serie de recomendaciones sobre reposo y hábitos de vida para los días siguientes. Debe seguir un tratamiento hormonal para favorecer la implantación.

²⁶⁴ Frecuentemente el término extracción es sustituido por el de obtención o el de recuperación, mucho más suaves fonéticamente y expresivamente.

²⁶⁵ Esta precisión terminológica no se observa en todos los centros. Es relativamente habitual en la información divulgativa que tras producirse la fecundación de los ovocitos se pase a hablar de embriones.

- Criopreservación de los embriones sobrantes. Los embriones no transferidos son depositados en el banco de embriones donde se congelan quedando disponibles (mediante consentimiento) para su utilización posterior (utilización si el ciclo falla; nuevo ciclo para tener otro hijo/a; donación reproductiva y/o donación para investigación). El procedimiento de criopreservación puede ser convencional o por vitrificación (congelación rápida).
- Evaluación de la implantación y logro del embarazo. Se efectúa a las dos semanas aproximadamente de la punción folicular (Instituto Dexeus) o de la transferencia embrionaria (IVI). Se realiza mediante un análisis para evaluar los niveles de la hormona β HCG en sangre. Si hay indicios de implantación se realizará a la semana siguiente una prueba ecográfica.

2.2. Modalidades de la Fecundación In Vitro. Técnicas complementarias

El procedimiento descrito responde a la denominada “FIV convencional”. Existen otras modalidades que representan variaciones de la misma y que están vinculadas bien al procedimiento técnico en alguna de sus fases, bien a la procedencia de los gametos o de los embriones.

En relación con el procedimiento técnico se pueden reseñar las siguientes:

- La maduración de ovocitos in vitro (MIV). Consiste en la punción y aspiración de folículos con ovocitos inmaduros y su posterior cultivo en laboratorio hasta su maduración. No se realiza estimulación ovárica, lo que permite indicarla específicamente en algunos casos.²⁶⁶
- La obtención del espermatozoides puede ser realizada en algunos casos mediante las técnicas denominadas TESA MESA y TESE. (Extracción Espermática Testicular). Todas consisten en localizar y obtener espermatozoides móviles de los testículos o de las vías seminales. En las dos primeras se realiza una aspiración espermática percutánea del testículo o de una estructura perteneciente a la vía seminal, próxima al testículo, denominada epidídimo. La tercera consiste en una biopsia testicular. Las técnicas se aplican con sedación ligera y anestesia local. Las muestras obtenidas (fluido o tejido testicular) son analizadas en el laboratorio para ver si hay espermatozoides, en cuyo

²⁶⁶ Es una técnica bastante reciente y pocos centros la realizan. La información se ha extraído del Instituto Dexeus que comenta en su página web la conveniencia de extremar las precauciones: “los niños nacidos hasta la actualidad tras la MIV, no han presentado mayores tasas de anomalías que en la población general. Sin embargo, debido a que es una técnica relativamente novedosa, en caso de embarazo, se recomienda realizar diagnóstico prenatal.” Este centro fue pionero en España al conseguir en diciembre de 2006 el nacimiento del primer bebé tras la aplicación de esta técnica. http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=57 [última consulta: 16/11/2009]

caso se recuperan. En los casos en que no existe certeza sobre la posibilidad de obtener espermatozoides la operación se realiza antes de la estimulación ovárica de la mujer. En el caso de que el resultado sea positivo, los espermatozoides se congelan hasta el momento de su utilización. Cuando existe mayor certeza, por ejemplo en casos de una vasectomía previa, se puede realizar el mismo día de la punción folicular.²⁶⁷ La fecundación in vitro se realizará mediante la modalidad ICSI.

- En la fase de inseminación (fecundación) cada vez se utiliza con mayor frecuencia la modalidad denominada ICSI (Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides) y que consiste en introducir un espermatozoide vivo seleccionado dentro del ovocito mediante punción del mismo con la ayuda de una pipeta. También se describe una variedad mejorada de la misma denominada IMSI (intra-cytoplasmic morphologically-selected sperm injection). La diferencia estriba en el procedimiento utilizado para seleccionar los mejores espermatozoides, un microscopio de mayor potencia que el utilizado habitualmente y que permite detectar defectos o alteraciones de los espermatozoides con mayor precisión (Ginefiv).
- Tras la obtención de embriones es posible aplicar las siguientes técnicas complementarias:
 - Co-cultivo de embriones. Como se señalaba anteriormente consiste en prolongar el cultivo hasta el estadio de blastocisto (día 5 o 6 de desarrollo) para realizar una mejor selección embrionaria.
 - Extrusión asistida (Assisted Hatching). Tiene como finalidad realizar en el laboratorio, minutos antes de la transferencia, el proceso que los embriones realizan en un proceso natural para conseguir la implantación: el adelgazamiento y desprendimiento de la zona pelúcida que los rodea. La técnica consiste en realizar un adelgazamiento y una incisión en la zona pelúcida del embrión con el fin de facilitarle el desprendimiento.²⁶⁸
- En ninguno de los centros consultados se ofrecen como tratamientos posibles los que implican la transferencia de gametos (GIFT), cigotos (ZIFT) o embriones (TET) a las trompas en lugar de a la cavidad uterina. Todos ellos están reseñados como tratamientos de reproducción asistida en diversas fuentes informativas y publicaciones sobre infertilidad y tecnologías de reproducción. La principal ventaja señalada por alguna de ellas es que la trompa de falopio es una “incubadora mejor” y más natural, que la

²⁶⁷ Información obtenida de las clínicas AndroFiv http://www.androFiv.com/Biopsia_Tesa.html Ginefiv http://www.ginefiv.com/tecnicas_fertilidad_inseminacion_in_vitro.htm#tres y CEFIVA [última consulta: 16/11/2009] http://www.cefiva.com/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3Aamesa&catid=35%3Atecnicas&Itemid=53&lang=es. [última consulta: 16/11/2009]

²⁶⁸ Basado en la información consultada en la página web: la infertilidad.com <http://www.lainfertilidad.com/content/extrusi%C3%B3n-asistida-assisted-hatching> [última consulta: 16/11/2009]

que ofrece el laboratorio. Como inconvenientes se apuntan el mayor coste, la posibilidad de complicaciones, como el embarazo tubario, y el carácter más invasivo del procedimiento, ya que requiere cirugía laparoscópica y anestesia general (Cooper & Glazer, 1998: 40-42)

La procedencia de los gametos permite una combinatoria diversa:

- Se puede realizar la FIV con ovocitos de donante y espermatozoides del varón de la pareja de la mujer a la que se va a realizar la transferencia. La evaluación de la calidad del semen decidirá la forma de inseminación más adecuada: FIV convencional o ICSI. La mujer recibirá tratamiento hormonal para preparar la recepción y favorecer la implantación del embrión tras la transferencia. Las parejas implicadas en la recepción deberán firmar un consentimiento informado en el que, en el caso de España se declaran conocedores de la normativa vigente que regula el proceso: la confidencialidad y anonimato de esta técnica, la imposibilidad de impugnar la filiación matrimonial de los hijos nacidos; el reconocimiento de que la elección de la donante corresponde al equipo médico-biológico²⁶⁹.
- Puede utilizarse espermatozoides de donante para fecundar los ovocitos de la mujer sometida a tratamiento. Como en el caso anterior, la mujer recibirá tratamiento hormonal previo a la transferencia.
- Ambos gametos pueden proceder de donantes, aunque en los casos en que se requeriría esta modalidad, es más frecuente el recurso a embriones procedentes de donación (también denominado “adopción” de embriones). Se utilizan y transfieren embriones procedentes de parejas del programa de FIV que los han donado con fines reproductivos.

2.3. Indicaciones de la FIV en sus distintas modalidades

La FIV presenta una amplia gama de indicaciones. Inicialmente la indicación principal, casi la única, fueron las mujeres que presentaban obstrucción tubárica. Rápidamente fue aumentando el repertorio de indicaciones incluyendo factores femeninos, masculinos,

²⁶⁹ La elección de la donante se suele realizar atendiendo a criterios de similitud fenotípica entre la donante y los receptores. La ley española no permite la elección por parte de los receptores ni la utilización de otros criterios de preferencia. Esto supone una diferencia notable con otros países, por ejemplo Estados Unidos, en los que los centros ponen a disposición de los consumidores auténticos catálogos de donantes en los que además de los rasgos físicos se pueden llegar a proporcionar datos como los años de formación, el nivel de formación alcanzado y los centros en los que se han cursado estudios, las habilidades y aficiones y los hábitos de vida.

mixtos y los casos de esterilidad indeterminada. En la información ofrecida por los centros consultados la relación actualizada es la siguiente²⁷⁰:

- Obstrucción de las trompas de Falopio
- Factor masculino
- Factor ovulatorio
- Endometriosis.
- Factor cervical
- Factor inmunológico
- Esterilidad sin diagnóstico

La modalidad FIV con maduración de ovocitos “in Vitro” (MID) se considera indicada en los casos en los que se desaconseja la estimulación ovárica y/o ésta resulte arriesgada, o en mujeres que presenten oposición a la misma:

- Mujeres con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico y/o patrón ecográfico de ovarios poliquísticos.
- Ciclos previos de FIV con antecedente de hiperestimulación ovárica.
- Contraindicación o no deseo de estimulación ovárica.
- Indicación de FIV por factor masculino en mujeres menores de 30 años
- Ciclos FIV en curso, con riesgo de hiperestimulación ovárica.
- Mujeres con baja reserva folicular.²⁷¹

La obtención del espermatozoides por aspiración o por biopsia testicular se recomienda en los casos en que no es posible el eyaculado o no existen espermatozoides en él (azoospermia secretora u obstructiva, derivada, por ejemplo, de una vasectomía).

La técnica ICSI, a diferencia de la FIV convencional, puede realizarse con muestras de semen de bajísima calidad. Esta técnica está especialmente pensada para varones cuya calidad o cantidad seminal es deficiente e incluso para pacientes azoospermicos. Otras personas que se benefician de esta modalidad de tratamiento son los que sufren paraplejias que les ocasionan trastornos de eyaculación, y hombres que, tras haberse sometido a una vasectomía, se plantean tener un hijo²⁷². También esta indicada en casos de esterili-

²⁷⁰ Esta lista corresponde a la proporcionada por el la Unidad de Medicina Reproductiva del Instituto-Dexeus.http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=56. Otros centros ofrecen un detalle menor pero sus indicaciones son igualmente inclusivas. La FIV está indicada en todos los casos de infertilidad sea cual sea la causa. En algunos centros la insistencia en intentar primero inseminación artificial, cuando ésta teóricamente puede funcionar, es más intensa que en otros (hasta 6 intentos, por ejemplo, en la clínica Eugin) y puede variar, por ejemplo dependiendo de la edad de la mujer (es habitual que cuando la mujer tiene más de 35 años se le aconseje directamente la fecundación in vitro). [última consulta: 16/11/2009]

²⁷¹ http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=57

²⁷² http://www.ivf.es/infertilidad/glosario-ICSI_54.aspx [última consulta: 16/11/2009]

dad sin diagnóstico o en fallos anteriores de fecundación²⁷³. Con el paso de los años se ha constatado un aumento muy notable en la utilización de esta técnica en casos en los que no existe infertilidad masculina.²⁷⁴

El co-cultivo de embriones se indica en los casos de fracaso repetido de la FIV, aún cuando los embriones transferidos eran considerados de buena calidad.

La extrusión asistida se suele recomendar en:

- Mujeres de más de 37 años
- En los casos en los que los embriones presenten zona pelúcida engrosada o altamente fragmentados.
- Cuando se utilizan embriones descongelados.
- En pacientes con fallos previos de FIV en las que se transfirieron embriones aparentemente de buena calidad y no implantaron.

La FIV con ovocitos procedentes de donante está indicada en una amplia gama de casos:²⁷⁵

- Mujeres que presenten algún problema que les impida producir regularmente ovocitos: mujeres con fallo ovárico sin menstruaciones espontáneas por menopausia, fallo ovárico precoz o cirugía ovárica.
- Mujeres con función ovárica que no puedan utilizar sus propios ovocitos, bien por mala calidad de los mismos, por enfermedades hereditarias transmisibles a la descendencia que no puedan ser detectadas por técnicas de Diagnóstico Genético Preimplantacional
- Mujeres con fallos repetidos en fecundación in vitro:
 - Bajas respondedoras: que no responden a la estimulación ovárica.
 - Fallo de fecundación en repetidas ocasiones con ICSI.

²⁷³http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica_detalle.aspx?a=3&t=56&c1=5#l2 [última consulta: 16/11/2009]

²⁷⁴En la revista Jano On-line, 24/07/2007 aparece una nota informativa titulada "Incremento del uso de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en Estados Unidos" en el que se señala: "De acuerdo con las conclusiones alcanzadas en el estudio coordinado por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Illinois, Estados Unidos... publicado en la revista "The New England Journal of Medicine", en el que se analizaron datos sobre los tratamientos de fertilidad entre 1995 y 2004... Los investigadores hallaron que aunque la proporción de pacientes que recibieron tratamiento para infertilidad de factor masculino se ha mantenido estable, el porcentaje de ciclos de FIV que se valió de la ICSI aumentó del 11% al 57,5% durante un período de 10 años. En palabras del Dr. Tarun Jain, director del estudio, "a pesar de su mayor costo y sus riesgos y eficacia inciertos, el uso de la ICSI incluye ahora a pacientes que no tienen infertilidad documentada de factor masculino".

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=50227> [última consulta: 18/11/2009]

²⁷⁵Listado extraño básicamente del IVI. http://www.ivi.es/tratamientos/donacion-de-ovocitos_20.aspx [última consulta: 18/11/2009]

- Fallo repetido de implantación de los embriones (fallo de gestación repetido).
- Otros casos en los que se recomienda la recepción de óvulos donados son cuando la mujer tiene ovarios inaccesibles para la obtención de ovocitos, si ha sufrido abortos de repetición, al observar alteraciones cromosómicas en la mujer o los embriones, mujeres mayores de 40 años con probabilidad de gestación muy reducida o alto riesgo de Síndrome de Down.

La FIV con semen de donante se utiliza en los siguientes casos²⁷⁶:

- Mujeres sin pareja masculina en las que hayan fracasado los intentos de Inseminación Artificial o bien que decidan recurrir directamente a ella.
- Cuando se han realizado varios intentos previos sin éxito de fecundación in vitro con semen de la pareja.
- En los casos de azoospermia (cuando el varón no tiene espermatozoides) o, más raramente, cuando el varón es portador de una anomalía cromosómica y, por motivos éticos, la pareja no contempla someterse al diagnóstico genético preimplantacional.
- En el caso de anomalías espermáticas como la oligozoospermia (baja concentración de espermatozoides), la astenozoospermia (baja movilidad) o la teratozoospermia (pocos espermatozoides con la morfología adecuada), también puede recurrirse a la FIV con semen de banco en el caso de que los intentos previos de ICSI (fecundación in vitro con microinyección intracitoplasmática de un espermatozoides) no hayan dado lugar a una gestación.

La FIV con embriones procedentes de donación. Se contempla como recurso para:

- Casos en los que ambos miembros de la pareja están afectados por algún problema de esterilidad.
- Mujeres o parejas con fallos repetidos en alguna otra modalidad de FIV.
- Mujeres menopáusicas.
- Mujeres solas o sin pareja masculina que elijan esta opción o hayan experimentado sin éxito otros tratamientos

²⁷⁶ Información extraída básicamente de la página web de Clínica Eugin <http://www.eugin.net/es/tratamientos-de-reproduccion-asistida/fiv-fecundacion-in-vitro-con-ovulos-propios-y-semen-de-banco/1/5/> [última consulta: 18/11/2009]

3. El Diagnóstico Genético Preimplantacional

Esta tecnología, si bien se sitúa en el terreno de la reproducción asistida, tiene como objetivo principal la prevención de enfermedades en la descendencia y sólo secundariamente puede considerarse como un tratamiento de fertilidad.

Su desarrollo es deudor de la fecundación in vitro ya que sólo a partir de ella se pudo plantear como posibilidad. A pesar de que su aplicación concreta como “tratamiento” requiere la FIV como paso previo, se ha decidido presentarla como tecnología específica y no como una modalidad más de ésta.

La técnica permite estudiar las características genéticas de los embriones antes de su transferencia al útero para detectar eventuales anomalías cromosómicas o génicas. También permite la determinación del sexo de los embriones lo que posibilita la elección de aquellos que no se vayan a ver afectados por la transmisión de una enfermedad hereditaria ligada al sexo, aunque no se haya identificado el gen alterado que la produce Proceso²⁷⁷:

- El primer paso es la realización de una fecundación in vitro, aún en el caso de que la mujer o la pareja no presenten problemas de fertilidad.
- Obtención de la biopsia. Tras la generación de los embriones, al tercer día tras la inseminación en el que el embrión se encuentra en la fase de 6-10 células, se procede a la extracción de una de ellas en cada embrión mediante el empleo de un láser acoplado al microscopio con el que se practica una disección de la cubierta externa del embrión (zona pelúcida). El embrión se devuelve y mantiene en el medio de cultivo in vitro para que siga su desarrollo.
- La biopsia es procesada y analizada mediante la técnica de Hibridación In Situ Fluorescente (FISH) o la de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) según la patología a analizar. La combinación de ambas técnicas permite detectar alteraciones cromosómicas tanto numéricas como estructurales y enumerar los cromosomas analizados detectando posibles aneuploidias (ausencia o exceso de algún cromosoma) así como detectar la presencia del gen alterado a partir de la amplificación de secuencias específicas de DNA (para el diagnóstico de enfermedades monogénicas)
- Selección de embriones y transferencia. “Con el resultado del análisis genético y las características de viabilidad embrionaria se decide qué embriones van a ser transferidos. En caso de existir preembriones viables sobrantes que no se transfieran en este ciclo se criopreservarán para ciclos posteriores. Después de un ciclo de DGP se acon-

²⁷⁷ El Servicio de Medicina Reproductiva del Instituto Dexeus ofrece una información bastante detallada del procedimiento y es la que se ha tomado como base para la redacción de este punto. http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=50&c1=3 [última consulta: 18/11/2009]

seja la realización de un Diagnóstico Prenatal en las primeras semanas de gestación.” (Instituto Dexeus)

Indicaciones del DGP

- Mujeres o parejas afectadas por un “elevado riesgo genético” tengan o no problemas de fertilidad:
 - Aquellas que padecen o pueden transmitir una enfermedad de la que se ha identificado la mutación genética que la produce.
 - Aquellas con antecedentes familiares de una enfermedad hereditaria ligada al sexo, aunque no se haya identificado el gen alterado que la produce.
 - Cuando se estima una predisposición genética a desarrollar a lo largo de la vida alguna enfermedad, como por ejemplo el cáncer de mama o la neurofibromatosis²⁷⁸.
- Mujeres o parejas que tengan un familiar en primer grado afectado por una enfermedad hematopoyética grave que podrían beneficiarse de un trasplante de células de cordón o médula ósea histocompatibles. El DGP permite la determinación de los antígenos de histocompatibilidad con fines terapéuticos para terceros²⁷⁹.
- Mujeres o parejas con dificultades de reproducción. El Diagnóstico Genético Preimplantacional permite el cribaje de los cromosomas más frecuentemente implicados en anomalías en estados prenatales y en pérdidas de primer trimestre. Se indica por tanto en los casos :
 - Historia clínica de aborto recurrente.
 - Fallo de implantación tras varios intentos de FIV.
 - Alteraciones de la meiosis²⁸⁰ de los espermatozoides.
 - Mujeres de edad avanzada (mayores de 37 años)

4. Técnicas destinadas a la preservación de la fertilidad

Constituyen un nuevo campo de actuación dentro de la Reproducción Asistida:

- **Vitrificación de ovocitos.** La rapidez con la que se produce el proceso de congelación se evita la formación de cristales de hielo, que puede dañar el óvulo al lesionar las estructuras celulares. Ello permite su preservación en condiciones óptimas hasta el

²⁷⁸ La aplicación de la técnica requiere aquí, según la legislación española, la aprobación previa por parte de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

²⁷⁹ Al igual que en el caso anterior es prescriptiva su aprobación por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

²⁸⁰ Fase del proceso de espermatogénesis durante el cual las células originarias primarias pasan a convertirse en espermatozoides maduros.

momento en que se desee utilizarlos con fines de reproducción. El procedimiento es similar al descrito anteriormente para la extracción de ovocitos: estimulación ovárica, punción folicular, etc. Cuando no es posible la estimulación ovárica se puede proceder a la criopreservación de ovocitos inmaduros, a los que para su utilización se les aplicará la técnica Maduración in Vitro anteriormente descrita.

- **Criopreservación de tejido ovárico.** Consiste en la obtención de fragmentos de tejido ovárico mediante cirugía laparoscópica. Estos fragmentos de tejido se criopreservan para ser utilizados posteriormente mediante autotransplante o mediante la técnica de Maduración in Vitro.
- **Crioconservación de espermatozoides o de tejido testicular.**
- **Crioconservación de embriones** obtenidos a través de un ciclo FIV.

Indicaciones

Los servicios y técnicas de preservación de la fertilidad se ofrecen a diversos tipos de pacientes:

- Mujeres o parejas que quieran posponer la edad de reproducción por motivos personales o sociales evitando la pérdida de fertilidad que se produce a medida que avanza la edad. En estos casos se recomienda:
 - La vitrificación de ovocitos a las mujeres sin pareja masculina que no quieran recurrir por el momento a semen de donante. Se sugiere hacerlo antes de la edad límite de 38 años.
 - La crioconservación de embriones a las parejas o a mujeres que deseen la utilización de semen de donante. En esta recomendación se parte del supuesto de que puede ser más eficaz que la anterior ya que se ha dado un paso más en el proceso y a la relativa incertidumbre sobre la eficacia práctica (pocas referencias empíricas) del procedimiento anterior.
- Personas con cáncer, como medio para evitar los efectos de las terapias oncológicas:
 - Mujeres²⁸¹:
 - Vitrificación de ovocitos.
 - Criopreservación de tejido ovárico. Necesariamente en niñas que no han alcanzado la pubertad, aunque también puede hacerse en jóvenes y adultas.
 - Además de las descritas también se ofrece la posibilidad de utilizar terapia hormonal para bloquear la ovulación durante los tratamientos de quimioterapia y radioterapia; y la cirugía de transposición ovárica (ooforo-

²⁸¹ Información extraída básicamente del Instituto Dexeus.

http://www.dexeus.com/es_ES/salud-mujer-informacion-medica-detalle.aspx?a=3&t=78&c1=1#11 [última consulta: 18/11/2009]

pexia) con el fin de alejar los ovarios de la zona en mujeres que van a ser irradiadas en el abdomen.

- Crioconservación de una muestra de semen en los varones.
- La vitrificación de ovocitos también se considera indicada en²⁸²:
 - Mujeres con enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide) que vayan a ser tratadas con citotóxico.
 - Mujeres jóvenes con endometriosis severa

²⁸² Información extraída del Instituto Valenciano de Infertilidad. [última consulta: 18/11/2009]
http://www.ivi.es/tratamientos/vitrificacion_de_ovocitos_21.aspx [última consulta: 18/11/2009]

ANEXO III
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Número medio de hijos/as por mujer	158
Gráfico 2. Edad media al nacimiento del primer hijo/a y edad media a la maternidad.....	159
Gráfico 3. Distribución porcentual anual de los ciclos FIV/ICSI	188
Gráfico 4. Tasa de embarazos. Ciclos FIV/ICSI	192
Gráfico 5. Tasa de embarazos. Ciclos DCT.	195
Gráfico 6. Tasa de embarazos. Ciclos de ovodonación.....	198
Gráfico 7. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Porcentajes..	202
Gráfico 8. Porcentaje de ciclos de ovodonación sobre el total de ciclos, por año y grupo de edad de la mujer.....	204
Gráfico 9. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Ciclos FIV/ICSI. Porcentajes anuales.....	205
Gráfico 10. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Ciclos de ovodonación. Porcentajes anuales.....	207
Gráfico 11. Tasa de embarazos por edad y año. Ciclos FIV/ICSI.....	208
Gráfico 12. Evolución de la política de transferencia embrionaria..	213

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Edad media a la maternidad.....	158
Tabla 2. Edad media al nacimiento del primer/a hijo/a.	159
Tabla 3. Número de hijos de la mujer generadora del núcleo familiar.	161
Tabla 4. Tipo de autorización a los Centros y/o Servicios sanitarios acreditados relacionados con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, por Comunidad Autónoma.....	179

Tabla 5. Centros y/o Servicios Sanitarios autorizados y homologados, por Comunidad Autónoma, según dependencia patrimonial.....	180
Tabla 6. Centros participantes en el registro SEF.	183
Tabla 7. Número de ciclos iniciados por procedimiento. Absolutos.....	186
Tabla 8. Número de ciclos iniciados por procedimiento. Porcentajes.....	186
Tabla 9. Número de ciclos FIV-ICSI iniciados. Absolutos.....	187
Tabla 10. Número de ciclos FIV-ICSI iniciados. Porcentajes.....	187
Tabla 11. Procesos en los ciclos FIV/ICSI. Absolutos.....	190
Tabla 12. Tasa de embarazos. Ciclos FIV/ICSI.....	191
Tabla 13. Tasa de partos. Ciclos FIV/ICSI..	192
Tabla 14. Partos y embarazos en los ciclos DCT. Absolutos..	194
Tabla 15. Tasa de embarazos. Ciclos DCT.....	195
Tabla 16. Tasa de partos. Ciclos DCT..	196
Tabla 17. Procesos en los ciclos de ovodonación. Absolutos.....	197
Tabla 18. Tasa de embarazos. Ciclos de ovodonación.....	197
Tabla 19. Tasa de partos. Ciclos de ovodonación.....	198
Tabla 20. Procesos en los ciclos de DGP. Absolutos.....	199
Tabla 21. Resultados comparativos..	200
Tabla 22. Tasa de embarazos. Ciclos DGP..	200
Tabla 23. Tasa de partos. Ciclos DGP.....	200
Tabla 24. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Porcentajes.....	202
Tabla 25. Porcentaje de Ciclos FIV/ICSI y Ovodonación por año y grupo de edad.....	203
Tabla 26. Distribución por edad en ciclos de ovodonación. Porcentajes..	206
Tabla 27. Tasa de embarazos por edad. Ciclos FIV/ICSI.....	208
Tabla 28. Tasa de embarazos por edad. Ciclos de Ovodonación..	209
Tabla 29. Evolución de la política de transferencia embrionaria FIV/ICSI. % anuales.....	212
Tabla 30. Complicaciones..	215