



DESEOS, SEMEN Y BEBÉS. TÉCNICAS REPRODUCTIVAS Y COMATERNIDADES LÉSBICAS

Desires, semen and babies. Reproductive techniques and lesbian motherhoods

Mercè Falguera Ríos*

* Universitat de Barcelona

mercefalguera@gmail.com

Palabras clave

Técnicas de reproducción asistida (TRA)
Lesbiana
Maternidad
Lesboparentalidad
Maternidad lésbica

Keywords

Assisted reproduction technologies (ART)
Lesbian
Motherhood
Lesbian parenthood
Lesbian motherhood

Resumen

En este artículo se presentan algunos ejemplos etnográficos sobre las experiencias de parejas de mujeres lesbianas que acuden a clínicas privadas para poder acceder a su proyecto de maternidad. Sus proyectos de maternidad surgen de sus deseos de ser madres a partir de la experiencia corporal de la gestación de una de ellas. El enfoque de género permitirá explorar la visión binaria y heterosexista que atraviesa los protocolos y la atención biomédica en estos casos y la forma en que las mujeres lesbianas dan significado a sus experiencias de maternidad y cómo gestionan dos identidades que tradicionalmente han sido pensadas como contradictorias: la de madre y la de lesbiana. En esta investigación se abordó la complejidad de las maternidades desde una posición feminista que contempla con otra mirada las relaciones materno-filiales y, al mismo tiempo, rechaza la "institución materna". El artículo se basa en una investigación etnográfica en Catalunya sobre las maternidades lésbicas a partir de técnicas de reproducción asistida. Se hace un recorrido desde el momento en el que las mujeres se imaginan ser madres hasta el inicio de los tratamientos de fertilidad y la consecución de un embarazo.

Abstract

This article presents some ethnographic examples about the experiences of lesbian couples that make use of private clinics in order to achieve their motherhood project. Their motherhood projects arise from their desire to become mothers through the bodily experience of pregnancy one of them. A gender perspective allows exploring the binary and heterosexist vision currently present in the protocols and biomedical care in these cases, and further, the way that some lesbian women give meaning to their experiences of motherhood and how they manage two identities that have traditionally been designed as contradictory: that of mother and lesbian. This research addressed the complexity of maternity from a feminist position that involves maternal-filial relations and, at the same time, rejects the "maternal institution". The article is based in an ethnographic research in Catalonia on lesbian motherhood where reproductive techniques were used. An overview of those experiences is offered, beginning with the moment when women imagine themselves becoming mothers and then following them through fertility treatments and until pregnancy is achieved.

Falguera Ríos, M. (2018). Deseos, semen y bebés. Técnicas reproductivas y comaternidades lésbicas. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, vol. 2018/2, papel 197, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.18862>

Recibido: 12/2017; Aceptado: 04/2018



1. INTRODUCCIÓN

Este artículo parte de mi trabajo doctoral¹ en relación con las comaternidades lésbicas, realizado en la Universitat de Barcelona, que se centró en las experiencias maternas de un grupo de mujeres que tuvieron filiación con otras mujeres, o en solitario, a partir de técnicas de reproducción asistida (TRA).

El objetivo general de la tesis era analizar la construcción cultural y las prácticas de las familias formadas por mujeres lesbianas desde las vivencias de las propias mujeres. La pregunta principal a la que la investigación quería dar respuesta era cómo construían las mujeres lesbianas sus maternidades, cómo las pensaban, cómo las sentían y cómo las vivían. Esta pregunta venía acompañada de otras secundarias como cómo y cuándo se planteaban ser madres, qué técnicas de reproducción asistida utilizaban, cómo vivían ese proceso, cómo elegían al donante, qué papel jugaba la madre social, cómo se producía la salida del armario como familia y cómo gestionaban sus maternidades en una sociedad heteropatriarcal. La hipótesis principal era que las mujeres lesbianas que utilizaron TRA construían sus maternidades más allá del vínculo biológico.

En esta investigación se abordó la complejidad de las maternidades desde una posición feminista que contempla con otra mirada las relaciones materno-filiales y, al mismo tiempo, rechaza la "institución materna" (Rich, 1996). Al reentender la maternidad en un sentido amplio, intenta desligarla de las representaciones hegemónicas que aseguran la permanencia de las mujeres bajo el control masculino y plantea la distinción entre la maternidad como institución y como experiencia (Rich, 1996). En el contexto social actual, una sociedad claramente heteropatriarcal continúa presente en el imaginario colectivo una identificación esencialista de la feminidad con la maternidad, de manera que las mujeres quedan definidas por su función reproductiva (Tubert, 1996; 1991; Saletti Cuesta, 2008). La maternidad en tanto institución ha construido todo un orden simbólico que produce una idealización y ha creado, al mismo tiempo, un patrón de conducta a través de la figura de la madre. En el caso de las madres lesbianas sus dos identidades pueden ser vistas como contradictorias. En la madre

¹ La tesis fue defendida en diciembre de 2016. Se puede consultar en la web de Tesis Doctorales en Xarxa: <http://hdl.handle.net/10803/525828>.



lesbiana confluye una identidad marginada (situada al margen), que es la de lesbiana, con una de las más reverenciadas, la de madre (Hequembourg y Farrell, 1999). Además, socialmente se ha considerado a las mujeres cisgénero lesbianas como mujeres estériles e incapaces de ejercer la maternidad, por su preferencia sexual y sus relaciones sexoafectivas. En este sentido, Ellen Lewin nos dice: “reclamar el derecho a ser madre supone el repudio de las convenciones de género que definen ‘madre’ y ‘lesbiana’ como identidades inherentemente incompatibles, la primera natural e intrínseca a la mujer, organizada en torno al altruismo, la segunda antinatural y organizada entorno al egocentrismo” (Lewin, 1994: 350, citada en Imaz, 2003: 73). Asimismo, como señala esta misma autora “vivir como una madre significa crear otras opciones, y estas opciones rescriben la oposición entre ‘madre’ y ‘lesbiana’” (Lewin, 1994: 350, citada en Imaz, 2003: 73). En nuestro contexto, Silvia Donoso (2002) destaca que “lo que la ideología de parentesco gay-lésbico rechaza es la naturalización de los lazos familiares poniendo en ecuación la conexión biológica con el parentesco *per se*” (2002: 172). En este mismo sentido, Claudia Fonseca señala cómo estas formas de familia “sacuden los cimientos de las creencias acerca de lo que es ‘natural’: la ‘familia nuclear tradicional’, la procreación sexuada y la filiación biogenética” (2007: 1).

El trabajo de campo se realizó en la provincia de Barcelona entre diciembre de 2011 y mayo de 2013. La técnica utilizada en el trabajo de campo fue la historia de vida, como herramienta que profundiza en las trayectorias vitales de cada una de las mujeres. El número de familias entrevistadas fue 16, de las cuales 14 eran biparentales (una de ellas era familia reconstituida), una era madre soltera por elección y otra madre divorciada. Nueve de ellas residían en ciudades de más de 20.000 habitantes y siete de ellas en pueblos o ciudades de menos de 20.000 habitantes. La mitad del grupo de familias formaba parte de una asociación de familias homoparentales y la otra mitad no, con la idea de diferenciar experiencias maternas dentro y fuera del activismo LGBTQI². La búsqueda de las informantes se hizo a partir de un proceso de bola de nieve, partiendo de unos contactos personales iniciales. Se realizaron 44 historias de vida a 30 mujeres, de edades comprendidas entre los 30 años, la más joven, y los 60 la mayor, con una media de 43 años. Con relación al perfil socioeconómico la muestra resultó ser

2 Acrónimo de Lesbianas, Gais, Transgéneros, Bisexuales, Queer e Intersexuales.



bastante homogénea, sin que este fuera un objetivo previo. Las informantes eran mujeres cisgénero, blancas, de clase media o media-alta y tenían un nivel cultural alto (la mayoría con estudios superiores finalizados). Todas ellas habían accedido a las TRA en clínicas privadas, ya que no se permitía en esos momentos en los centros de la Seguridad Social³, y accedieron a donantes de semen anónimo. Las entrevistas se realizaron en catalán y la mayoría de las informantes se expresó en este idioma, pero para este artículo se han traducido para facilitar su mejor comprensión⁴. Se hizo una aproximación a la maternidad lésbica desde una posición feminista, visibilizando esta realidad a veces invisible y marginada en una sociedad heteropatriarcal. Ese acercamiento también se hizo a partir de la biografía de la autora⁵.

3 En el momento del trabajo de campo, en Catalunya, las TRA para mujeres lesbianas o solteras no se podían realizar en la Seguridad Social. En 2014 se aprobó en Catalunya la Ley 11/2014, que garantiza los derechos de lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales (LGTBI), pero no fue hasta 2016 que se puso en marcha un nuevo protocolo sanitario de reproducción humana asistida. Este protocolo permite que todas las mujeres tengan acceso a la cartera de servicios de la reproducción humana asistida (RHA) en los centros sanitarios públicos, independientemente de si tienen pareja o de si esta es masculina o femenina.

4 Tanto durante el contacto con las informantes como durante las entrevistas y el análisis posterior se tuvieron en cuenta criterios éticos y de confidencialidad en el tratamiento de la información, así como las orientaciones deontológicas de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAEE), aprobadas en Tarragona en septiembre de 2014, y que se pueden consultar en: <https://faaeeantropologia.wordpress.com/acerca-de/orientaciones-deontologicas/>. Última consulta: 28/11/2017.

5 Aunque quizás para algunas personas esta opción pueda parecer poco científica, se plantea siguiendo el argumento que describe Carmen Gregorio Gil: "En nuestro contexto académico, en donde es difícil sustraerse a las políticas de conocimiento y reconocimiento, no es infrecuente que los trabajos que se presenten desde enfoques feministas sean tachados de no-científicos o pseudocientíficos, esgrimiendo, precisamente, la no neutralidad de la investigadora, la excesiva implicación emocional, moral o política que le lleva a convertir sus etnografías en una especie de autobiografías personales. Por ejemplo, si la investigadora se autodefine como lesbiana y aborda cuestiones relacionadas con la construcción de la identidad lésbica, o si su relación con los 'otros' ha sido tan cercana que franquea la supuesta línea divisoria entre una relación distante-neutral y una relación personal-afectiva, incluso sexual.

Curiosamente, la cercanía con frecuencia es aplaudida cuando quien investiga mantiene, por ejemplo, una misma pertenencia étnica con su objeto de estudio. Ser 'gitano', 'mapuche' o 'quiché', se argumentará desde algunas posiciones epistemológicas, nos cualificaría como antropólogos en mayor medida para acceder al mundo del 'otro'. Sin embargo, si somos antropólogas nuestra investigación será puesta en entredicho, porque se dirá que solo mostrará una realidad parcial: 'el mundo de las mujeres'" (2014: 299-300).



Algunas de las informantes se autoidentificaron como lesbianas y otras no; ninguna de ellas se autodefinió como bisexual. Con relación a la definición de la identidad sexual se partió de los modelos socioconstructivistas, que reflejan la manera como las personas se perciben a sí mismas y a sus principales características. Desde ahí se plantean las identidades como construidas, fluidas y múltiples (Brubaker y Cooper, 2000). La identidad de cada persona es el producto de su autocategorización y de la relación del individuo y su mundo social. Es por ello que se describe a las informantes a partir de su autoidentificación, de su identidad sentida, aunque en este artículo, y por una cuestión meramente descriptiva, se hablará en genérico de mujeres lesbianas.

En este artículo, en el que aparecen de manera parcial algunos aspectos de la tesis doctoral, se hace un recorrido desde la proyección del deseo de ser madre hasta la decisión del embarazo y la elección de la técnica reproductiva para poder gestar. Un recorrido en el que la voz principal será la de las protagonistas, a quienes se agradece que hayan ofrecido su confianza y testimonio para poder realizar esta investigación.

2. QUEREMOS EMBARAZARNOS

Anne Cadoret ya hablaba de la construcción del homoparentesco y apuntaba que el que gays y lesbianas quieran y tengan filiación no es un hecho nuevo, aportando la disociación entre el parentesco y la biología:

“La disociación entre parentesco y biología permite instituir un orden simbólico que puede evolucionar a medida que se modifique el orden familiar. El homoparentesco forma parte de tal modificación. Pone en entredicho el lugar de la sexuación de la sociedad. Hasta ahora, se podía pensar que la familia constituía el lugar inicial e ineludible de la complementariedad sexual. Las familias homosexuales nos dicen que la complementariedad podría plantearse de otro modo. Un modo todavía no definido que está por inventar” (2003: 179).

Al decidir que quieren ser madres, con quién quieren serlo (en pareja o solas), llega el momento, para algunas de las informantes, de querer embarazarse, de querer sentir dentro de su propio cuerpo cómo crece y cómo llega a la vida su criatura, de tener la experiencia corporal de la maternidad.



En el caso de Miranda⁶, el paso del tiempo y la edad de cada una de las mujeres de la pareja fueron los elementos que decidieron plantearse un embarazo:

(...) el primer año intentamos decidir quién sí, quién no, quién primera, las dos tenemos ganas de gestar, de estar embarazadas. Todo eso de la gestación, parto y embarazo. De vivir la experiencia y pasarlo. Y sabíamos que lo haríamos una primera y hacía el tic-tac el reloj, porque ya habíamos cumplido los 35, mientras lo pensábamos cumplimos los 36, y bueno, son estas fechas bueno un poco de referencia, que te dicen bueno la fertilidad disminuye, no sé qué, no sé cuánto. Y finalmente en un momento hemos dicho, entonces, que iría yo primero, pero después, claro, Susan tiene un año y medio más que yo, entonces tuvimos que tomar una decisión.

Así podemos ver que, en su caso, como en el de la mayoría de las informantes, la primera que se embaraza (en el caso de que las dos lo deseen) es la de mayor edad. En el caso de otra informante, Virgi⁷, ella también era la mayor de la pareja y quería quedarse embarazada pero finalmente no pudo. En el momento de la entrevista estaba entrando en la menopausia:

—¿Tú sí que te veías embarazada?

—Yo... sí. Y todavía me veo, si me diesen el ok, la menopausia no es un problema. En principio cogen un óvulo de fuera, se tiene que coger en principio, si todo está bien. Tengo buenas matrices, y con la regla... Bueno, ahora con la menopausia no sé. Aunque me han dicho que una señora de 65 años parió, pero no tiene nada que ver. Sí. Lo haremos, un día lo haremos...

6 Miranda. Entrevista 5-2, ref. 5. Miranda y Susan son madres de dos niñas. Miranda tiene, en el momento de la entrevista, 40 años y Susan, 41. Son originarias de América Latina y parte de su proceso migratorio viene motivado por vivir en libertad su preferencia sexual. Sus hijas han nacido a partir de un embarazo de cada una de ellas. Viven en un piso de un pueblo de la provincia de Barcelona. Nos vemos en su casa y hablamos en el comedor, con las niñas jugando por allá.

7 Virgi. Entrevista 15-1, ref. 5. Virgi e Isabel son madres de una niña. Isabel tiene, en el momento de las entrevistas, 38 años y Virgi, 45. Isabel ha sido la madre gestante aunque es Virgi quien prueba primero a partir de inseminación artificial de donante anónimo (IAD), pero no queda embarazada. Ellas hicieron una lactancia inducida, compartiendo unos meses de lactancia, a partir de un proceso hormonal de inducción de la lactancia. Viven en un pueblo de la provincia de Barcelona. Me citan en el lugar de trabajo de una de ellas y hacemos las entrevistas entre jarrones y flores.



Virgi intentó quedar embarazada pero no le fue posible. Explicaba que tanto ella como su pareja querían engendrar: “La idea era tener uno cada una y como yo era la más mayor, tenía que empezar yo. Y a mí el reloj biológico me iba... *pim-pam, pim-pam*, pero las dos queríamos”. Aquí podemos observar cómo el deseo de embarazarse es de las dos mujeres, pero para Virgi no ha sido posible y no haberlo conseguido, no haber podido gestar, le genera una sensación de haber fallado como mujer. En este sentido, Marcela Lagarde dice: “mujer es la que es madre. Por eso al parir —al “dar a luz”, al “dar la vida”, al “traer hijos al mundo”—, la mujer nace como tal para la sociedad y para el Estado, en particular para la familia y el cónyuge (existente o ausente), y para ella misma. La sociedad y la cultura patriarcales engendran a la mujer a través del parto, por la mediación del otro, del hijo” (2011: 399). Otra informante, Mar⁸, también menciona la idea que plantea Lagarde:

(...) probablemente he tenido la historia esa de ser mujer y ser madre. Con el tiempo lo he estado pensando: mi trabajo de investigación en el instituto fue sobre el parto natural. Ya en aquella época yo sabía que quería poner mi cuerpo en aquella situación, tenía ganas de parir y ahora ya está, ya he parido. También llegó un punto en que si no era así, hubiera tenido que vivir un duelo, porque era un deseo que había vivido durante mucho tiempo.

Mar comparte en la cita anterior su deseo de quedar embarazada, de hacer pasar la maternidad por su cuerpo. Algunas mujeres lesbianas que quieren ser madres, a partir de las TRA, ponen la reproducción al margen de la relación sexual: el médico o la médica serán parte de esta procreación producida en una consulta sanitaria. Podríamos decir que así, el personal médico sustituye al *macho* y la relación sexual procreadora es sustituida por la acción médica, por una tecnología. Así se puede observar cómo las técnicas reproductivas generan una desvinculación entre la concepción y la relación sexual. La gestación de una de las mujeres de la pareja puede ser vista como *natural*, ya que la decisión fue gestar y no adoptar. Existe la percepción social en nuestro contexto de que el uso de las técnicas reproductivas está al servicio de la realización de un deseo que es *natural*, que es el deseo de ser madre. La

8 Mar. Entrevista 2-1, ref. 25. Mar y Roser son madres de una nena. Mar tiene 33 años en el momento de la entrevista y Roser, 30. Son una pareja joven vinculada profesionalmente a la educación y con unos valores e ideales que se podrían considerar “alternativos”. Viven en un pequeño piso de una gran ciudad. Hacemos las entrevistas entre la sala de estar y el comedor, antes y después de que me invitaran a almorzar.



concepción de lo que es *natural*, en este caso, está fundamentada en el deseo por la maternidad.

Hay parejas de mujeres que eligen la adopción como primera opción para acceder a su maternidad, mientras que otras primero prueban una IAD, bajo el imaginario de tener *un hijo o hija de verdad*, una criatura con una vinculación biológica, naturalizando el proceso de la maternidad. Este es el caso de Ester⁹, quien, aunque inició procesos de adopción internacional, decidió que quería quedar embarazada. Y, a pesar de que hizo varios tratamientos de fertilidad, nunca consiguió embarazarse. Nos lo explica así:

(...) nosotras íbamos intercalando procesos de adopción con inseminación artificial, al final ya con hormonación y con una prueba superinvasiva, que ni me acuerdo cómo se llama, para ver si las trompas funcionaban, con la desilusión de cada mes ver que no te has quedado. Yo recuerdo aquellos cuatro años como... ¡buff! Ya estábamos a punto de abandonar, pues ya está... Pues no seremos madres, ya no podemos hacer nada más...

Ester vivía los procesos de adopción transnacional, hechos junto con su pareja, realizando paralelamente tratamientos de IAD sin resultado positivo. Hizo tratamientos de IAD entre proceso de adopción y proceso de adopción, por eso ella recuerda un período de unos cuatro años de tratamientos de reproducción asistida. Explica que no recordaba el número de inseminaciones que hizo, pero se puede deducir de su relato que fueron probablemente más de cuatro o cinco inseminaciones. Según explicaba, el resultado de la prueba que le realizaron fue que no tenía problemas de fertilidad, a pesar de lo cual nunca consiguió embarazarse¹⁰. Cuando se le preguntó por el número de tratamientos, respondió lo siguiente¹¹:

9 Ester. Entrevista 12, ref. 1. Ester y Dèlia son madres de una familia numerosa. Sus tres hijos provienen de procesos de adopción internacional de dos países diferentes. Una de ellas, en paralelo a los procesos de adopción, se sometió a tratamientos de TRA. Ester tiene 46 años en el momento de la entrevista y Dèlia, 49. Viven en un piso espacioso de una gran ciudad. Hacemos las entrevistas en la sala de estar y el comedor de su casa, una tranquila mañana.

10 Probablemente fuera una histerosalpingografía (HSG), que se realiza después de unos cuantos tratamientos de IAD con resultado negativo. La HSG es una técnica radiológica utilizada para la exploración del útero y las trompas de Falopio mediante el uso de contraste. Es la técnica radiológica de cribaje más utilizada en la actualidad en el estudio de la infertilidad femenina (Consultado en Roma, Úbeda y Nin Garaizabal, 2007).

11 Ester, 46 años. Entrevista 12-2, ref. 2 y 3.



—¿Hicisteis muchos? (pregunto por tratamientos de IAD)

—¡Ay! En total, bueno... Es que hemos ido haciendo procesos de inseminación, ya teníamos a Meri y todavía hacíamos... ¿O ya no? Eran muy espaciados en el tiempo. Al inicio más seguidos...

(...) Después llegó Martí. Volvemos, supongo, después de un tiempo a probarlo y no me quedo. Cuando ya era cuestión de decidir si hacíamos reproducción asistida o fecundación *in vitro*, o tal, ya estamos hablando de que ya teníamos a Joan. Ya dijimos... "Bueno... pues probamos si nos conceden una tercera adopción", porque, claro, una *in vitro* ya es muy cara y mucho más complicada. Por lo tanto, llega Joan y entonces ya digo que abandonamos totalmente la reproducción asistida.

Ester explicó que finalmente decidió no iniciar un proceso de fecundación *in vitro* (FIV), dijo que por su elevado coste económico. Lo que se evidenció en su relato es que realizó diversas IAD y que para ello tuvo que invertir una considerable cantidad de dinero. Finalmente asumió su *no embarazo*, como señala Roca de Bes:

"Tanto las pacientes que acuden con expectativas desmesuradas como las que muestran escasas o nulas expectativas van a experimentar desajuste emocional. Mientras las primeras pueden hundirse psicológicamente tras un 'inesperado' resultado fallido, las segundas ya parten de un sentimiento de fracaso por lo que no se implican emocionalmente para minimizar el sufrimiento" (2012: 52).

En el relato de Ester se puede observar cómo ella entra en todo el proceso médico de hormonación e incluso en una prueba para valorar su esterilidad por el deseo de ser madre, yendo de un menor a un mayor intervencionismo médico. El hecho de no quedar embarazada, después de todo este proceso, le produce una gran desilusión y acaba renunciando a su maternidad, pero en realidad su renuncia era a una maternidad biológica, porque ella ya era madre por adopción.

3. NOS HAREMOS UNA INSEMINACIÓN

Las técnicas de reproducción asistida que se utilizan mayoritariamente son la IAD y la FIV. También hay parejas de mujeres lesbianas que utilizan el método ROPA (que es la recepción de óvulos de la pareja). Esta técnica es una FIV que consiste en que una de ellas gesta a la criatura con el embrión fecundado con óvulos de su esposa, ya que la



donación se permite dentro del matrimonio. A veces el uso de las TRA puede suponer para las mujeres una importante medicalización (tratamientos hormonales, pruebas de fertilidad en algunos casos, etc.), con el objetivo de conseguir la deseada gestación. Las TRA presentan sesgos de género en su diseño en tanto que han sido construidas con un diseño sexista, es decir entenderse como una solución médica a una “función biológica fallida” o un “tratamiento para los casos de infertilidad”¹². Además, la infertilidad es presentada por la medicina patriarcal como una carencia, como aquello que impide a las mujeres desarrollar plenamente su identidad, de tal manera que “la mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone fin a aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre otro” (Tubert, 1991: 221). En la investigación de referencia, estas técnicas eran utilizadas por mujeres que, en principio, no presentaban problemas físicos para concebir. Además, sus prácticas sexuales no tenían fines reproductivos, de modo que se producía en ellas una escisión entre la sexualidad y la maternidad.

Las TRA se pueden inscribir en el campo de la biomedicina pero como una parte de las tecnologías de optimización. Estas últimas no son tecnologías únicamente médicas, sino que son *tecnologías de la vida* (Rose, 2012: 46). Las transformaciones biomédicas actuales plantean nuevas visiones de la naturaleza y de la biología abiertas a la modificación tecnológica, desdibujando la línea divisora entre lo social y lo natural, como ya Rose señalaba:

“(…) en el pasado, la función de la medicina no radicaba en transformar capacidades humanas sino en restaurar una normatividad perdida. El cuerpo tenía sus normas naturales, la enfermedad era la pérdida de esas normas y las intervenciones médicas procuraban restaurar las normas o imitarlas de alguna manera. (...). Pero esas normas ya no parecen tan normalizadoras: en principio, las normatividades

12 Para acceder a las TRA se necesitaba un diagnóstico de esterilidad. La definición de esterilidad se hacía desde parámetros sexistas: “Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos” (BOE, 6 de noviembre de 2014, 269, 91373), Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>.



parecen susceptibles de manipulación consciente; la creación de nuevas normas mediante el artificio biomédico es una realidad. Las nuevas tecnologías reproductivas superan las limitaciones naturales de la edad, la infertilidad o la sexualidad" (2012: 174).

En este apartado se presentarán experiencias de mujeres lesbianas en relación con la IAD. El objetivo de esta técnica es depositar los espermatozoides de un donante dentro del útero de la futura gestante. Los donantes son sometidos a un riguroso examen para evitar la posible transmisión de enfermedades a la descendencia. El día de la ovulación se carga la muestra de espermatozoides en una fina cánula y se introduce en el útero para inyectarlos. Es un proceso sencillo, indoloro y muy similar a cualquier revisión ginecológica. Se realiza en la misma consulta, sin necesidad de ingreso en la clínica ni anestesia. Hay clínicas que aconsejan a las mujeres recibir un tratamiento estimulador de la ovulación (comprimidos orales o inyecciones subcutáneas) para asegurar que la ovulación se produzca correctamente y aumentar las posibilidades de éxito del embarazo.

Carla, una de las informantes, fue madre por primera vez a partir de una IAD. Ella se planteó ser madre cuando estaba sin pareja. Explicó que eligió la IAD porque le parecía que era la manera más sencilla para acceder a la maternidad. En aquel momento, en las adopciones nacionales había una larga lista de espera y ella también descartó la adopción internacional. Fue así, y con la referencia de una clínica privada, que inició el proceso de la IAD. Carla¹³ hablaba así de la sencillez de la técnica:

(...) una inseminación. Yo conocía a gente que se la había hecho y era una cosa muy segura y muy, muy... Todo muy puesto, es un proceso médico, digamos, y, por tanto, estaba todo muy pautado, muy protocolizado y, bueno, me pareció que era el más fácil.

Aquí puede observarse cómo el hecho de que las TRA estén dentro de la biomedicina, y estén reguladas y protocolizadas, ofrece seguridad a la informante, a pesar de que precisamente podríamos decir que es la biomedicina, con sus reglas y protocolos, quien ejerce el control sobre

13 Carla. Entrevista 11, ref. 2. Carla es madre de un niño y una niña. Sus hijos provienen de un embarazo, a partir de TRA y de un proceso de adopción nacional. En el momento de la entrevista tiene 47 años. Es madre soltera por elección. Vive en un piso con una bonita terraza de una gran ciudad del área metropolitana de Barcelona.



nuestros cuerpos, quien decide quién puede hacer qué. La biomedicina se posiciona desde una postura heteronormativa, marcando las relaciones físicas y morales de las personas y de la sociedad en general, apropiándose de nuestros cuerpos y decidiendo por nosotras... La misma biomedicina define qué es infertilidad y no contempla una —podríamos llamar— *infertilidad estructural*, es decir, la infertilidad producida por causas estructurales como por ejemplo la ausencia de semen en parejas de mujeres cisgénero lesbianas. Es así que, hasta hace muy poco, excluía a las mujeres lesbianas de los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública, evidenciando que lo hacía desde una mirada binaria y heterosexista. Ejemplo de ello son las palabras de la ministra de Sanidad en 2013, Ana Mato, cuando dijo: “La falta de varón no es un problema médico”¹⁴, para señalar que ni mujeres solteras ni parejas de lesbianas podían acceder a las TRA de la sanidad pública.

Otra informante, Mar¹⁵ explicó la rapidez con la que se puede entrar en un proceso de fertilidad con técnicas reproductivas y cómo a veces esta rapidez del proceso y la dinámica médica hace que no sea consciente de todo lo que está implícito en ese proceso. Ella lo explicó así:

Llego a la clínica y me ponen el esperma... Pero hasta que no lo puedes verbalizar quiere decir que no lo tienes tan claro y veremos el día que llegue cómo lo haremos. Total que al final decidimos que nos haríamos una inseminación.

(...) empezamos a ver todo este mundo qué rápido va, que empiezas un proceso médico y acabas haciendo cosas muy complicadas, solo por tener un hijo, y muy caras.

En la cita de Mar se puede ver cómo ella expresa la facilidad para “dejarse llevar” por el procedimiento médico, cómo la voluntad personal a veces puede quedar de lado delante del protocolo médico de las TRA. En este sentido, se muestra también cómo la voluntad —el deseo de ser madre es la motivación principal para acceder a las TRA. Esa voluntad, que nos señalaba Elixabete Imaz, en la que los deseos de maternidad “tienen como novedoso que se constituyen en propuestas alternativas a la familia nuclear y tienen como rasgo fundamental la voluntad de crear familia, el deseo de hacer familia o elegir hacer familia” (2014: 9). En este

14 Declaraciones de la ministra de Sanidad publicadas en el periódico *El País* el 23/7/2013: https://elpais.com/sociedad/2013/07/23/actualidad/1374575386_841886.html. Última consulta: 13/09/2017.

15 Mar, 33 años. Entrevista 2-1, ref. 3 y 4.



sentido, se podría decir que las TRA hacen posibles y visibles maternidades que contravienen las normas heteropatriarcales y rompen con el modelo tradicional de familia.

Como ya se ha comentado anteriormente, las IAD se pueden realizar con hormonación o sin ella. Esta cuestión también fue mencionada por Roser¹⁶, una informante. Ella y su pareja (Mar) se habían planteado hacer una IAD sin tratamiento hormonal ya que no querían medicalizar la fecundación y también querían limitar el número de técnicas:

Nos planteamos primero sin hormonar y después, siempre con información, ya se verá. Es una escalada de pelas, nosotras nos habíamos planteado hasta dónde queríamos llegar, porque teníamos amigas que no habían quedado embarazadas y habían estado en procesos muy bestias y desgastantes. Y entonces dijimos que en frío lo queríamos tener claro, que después en caliente... lo que sea. Pero en frío lo queríamos tener claro, a la *in vitro* no queríamos llegar.

Cuando Roser explicó que quería hacer un proceso sin hormonación enfatizó el proceso como "natural", con la menor interferencia exterior posible, con la menor intervención médica. Para ella, la inseminación podía ser artificial, como su nombre indica, pero el proceso biológico que viene después le da una connotación "natural" (gestar, parir, lactar, etc.). Ana María Rivas Rivas (2009: 13), al referirse a la tensión entre lo biológico y lo social en el parentesco, explica que no se establece en términos excluyentes, sino que mientras que en algunos contextos se denuncia e impugna la modalidad biológica de emparentamiento, en otros se le asigna el papel fundamental en la construcción del parentesco. La idea de Roser de tener un hijo o hija "natural", a partir de TRA pero sin hormonación y habiéndolo parido, parece que refuerza la autenticidad de la relación madre-hijo/a. De esta forma, lo que se considera *natural* puede moverse de un lugar a otro en función de las miradas. En el caso de las familias lesboparentales, la búsqueda del vínculo biológico, caracterizando a los hijos y las hijas como *naturales*, ha aparecido como un hecho relevante aunque vinculado estrechamente con la heteronormatividad, tal y como Pontes, Féres-Carneiro y Magalhães señalan en su investigación. Esta vinculación biológica puede atrapar a estas familias en la heteronormatividad:

16 Roser, 30 años. Entrevista 2-2, ref. 5.



“En nuestra sociedad regida por normas heteronormativas, el verdadero vínculo entre la madre y el niño estaría garantizado por el lazo biológico. Percibimos esta misma búsqueda en las mujeres aquí estudiadas. Según Miskolci (2009), aquellos considerados como pervertidos y desviados, por el orden social actual, son los mismos individuos, a menudo, enredados en la heteronormatividad” (2015: 196).

Aunque en el caso de la madre social (la no gestante) el vínculo se construye a partir de las interacciones y pone en cierto cuestionamiento el “poder” de la vinculación biológica —al igual que lo hacen las familias adoptantes o las que optan por la gestación por sustitución—, reforzando la idea de la intencionalidad voluntaria como constitutiva de parentesco. De esta visión construccionista del parentesco nos habla Joan Bestard:

“Los lazos de parentesco no vienen dados al nacimiento — incluso podríamos decir que ni el “nacimiento”, como acto social, viene dado por el “nacimiento”, como hecho biológico—, sino que son creados por actos deliberados de alimentación, afecto y cuidado. La acción de compartir afectos, memorias y cuidados se pone en el centro del parentesco. En este modelo constructivista el cuidado aparece como el hecho constitutivo de la consanguinidad humana” (2009: 87).

Otra anécdota ilustrativa del sesgo sexista de las TRA es la que vivieron Mariajo y Carme en la clínica de fertilidad a la que acudieron. Fue Mariajo, más joven que Carme, quien decidió someterse al tratamiento reproductivo. Decidieron la clínica a partir de su mutua privada de salud. Mariajo¹⁷ lo explicaba así: “Lo preguntamos en la mutua porque teníamos un descuento. Eran unos 300 euros de descuento por inseminación”. Durante la entrevista destacan que, según ellas, para no discriminarlas por ser una pareja de lesbianas, les aplicaron el mismo protocolo que aplicaban a las parejas heterosexuales cuando acudían a

17 Mariajo. Entrevista 4, ref. 1. Mariajo y Carme son madres de una nena a partir de un proceso de adopción nacional. Antes de la adopción una de ellas se sometió a un tratamiento de reproducción asistida. En el momento de las entrevistas, Mariajo tiene 47 años y Carme, 56. Viven en un piso de una gran ciudad. Nos vemos en una cafetería cercana a su casa y mientras desayunamos hacemos las entrevistas: primero con una y luego con otra. La entrevista conjunta la dejamos para después de un almuerzo familiar en su segunda residencia.



hacerse un tratamiento de reproducción asistida. Mariajo lo explicaba así¹⁸:

—MJ: (...) yo no tenía que ir a la clínica a explicar mi vida, que era mi mujer... O sea que esta información yo la puedo dar cuando me dé la gana, no me gusta que me obliguen. Y se portaron muy bien en la clínica porque a ella [Carme] le hicieron una analítica.

—Carme: ¿Y puedes pensar por qué? Y es porque no querían hacer diferencias, ni discriminación...

—Y te hicieron una analítica? ¿Y de qué?

—Carme: De todo.

—MJ: Si va una pareja heterosexual les hacen analíticas a los dos.

—Carme: Si va una pareja heterosexual, a él le hacen un análisis y a ella también le hacen un análisis... O sea que nos trataron *de coña*.

—¿Y para qué sirvió tu analítica?

—Carme: Para nada, para saber si tenía colesterol.

—Pero tú semen no tienes, ¿verdad? (le pregunto porque ella se define como una mujer cisgénero)

—Carme: No, hicieron una analítica de sangre, pero nos hicieron el mismo protocolo que a una pareja hetero.

La pareja explicaba con normalidad que se aplicase el mismo protocolo que a una pareja heterosexual. La idea que refuerzan durante la entrevista era que el trato había sido igual al de una pareja heterosexual. En su relato se evidencia que ellas no se sintieron discriminadas, aunque se podría pensar que aplicar el mismo protocolo, desde una visión heterosexista, podría ser sentido y visto como discriminatorio por otras parejas de lesbianas. Durante la entrevista, Mariajo¹⁹ también explicaba qué supuso para ella el proceso de hormonación:

—¿Hiciste tratamiento hormonal? ¿Te pinchaste?

—Sí, la pasé muy mal, era como *una putada* aquello, me dormía. Fue en la navidad de 2005 que empecé a inseminarme.

18 Mariajo, 47 años. Carme, 56 años Entrevista 4, ref. 2.

19 Mariajo, 47 años. Entrevista 4-1, ref. 2, 3 y 4.



—¿Y lo hiciste tres veces?

—Sí, pero es que, claro, conociéndome, los espermatozoides bajaban rodillas abajo. Es que soy muy nerviosa y luego de inseminarme me iba a trabajar al despacho. Yo creo que si hubiera querido quedarme embarazada hubiera estado así, quieta.

Mariajo explicó que ella era muy nerviosa y justificaba el hecho de no quedar embarazada por esa característica suya. Como Roca explica en su estudio, la carga psicológica y el estrés influyen en el éxito del embarazo cuando se utilizan las TRA: “La CP (carga psicológica) en los TRA existe y afecta a diferentes áreas de la vida de los individuos, y está indisociada a los sentimientos que produce la infertilidad, siendo la alta tasa de abandonos por causas psicológicas una de sus mayores implicaciones” (2012: 54). Roca también habla del estrés que producen los tratamientos de TRA y que se viven como una pesada carga, tal y como Mariajo señalaba en su testimonio.

A diferencia de Mariajo y Carme, otras parejas que realizan procesos de reproducción no se presentaban como pareja. Este es el caso de Lola y Cinta, que para su primer hijo —era el año 1997— fue sola Cinta a la clínica. Lola²⁰ explicaba los motivos:

—Fuimos a la clínica y preguntamos. Lo hicimos allí y ya está.

—¿Os presentasteis como pareja?

—No. Para Eudald no. Para Marc ya sí, y para el Pere, seguro que sí.

—¿Por qué?

—Porque eran otros tiempos y la madre de la Cinta dijo que había escuchado un programa de la radio y dijo que no lo dijéramos. Debía haber escuchado algún programa de esos más homófobos, nos acojonó y dijo que no lo dijéramos y no dijimos nada.

En las palabras de Lola se puede observar cómo describe las dificultades para mostrarse como pareja en la clínica de fertilidad. Esta invisibilidad está influida por la opinión que tenía su familia extensa (su suegra) y el

20 Lola. Entrevista 6-1, ref. 2. Cinta y Lola son madres de tres niños. La madre de Cinta vivió con ellas durante un tiempo y hasta su muerte. En el momento de la entrevista, Cinta tiene 47 años y Lola, 43. Se conocen por temas laborales y están vinculadas profesionalmente al mundo sanitario. Viven en un espacioso piso de una ciudad mediana de la provincia de Barcelona. Hacemos las entrevistas en su habitación, sentadas en la cama, con intimidad.



miedo a ser rechazada o recibir algún comentario lesbofóbico en el centro médico. Se podría decir también que existe una cierta lesbofobia interiorizada²¹ y que el hecho de que en aquel momento no hubiera un contexto legal favorable (matrimonio igualitario y coadopción) podría haber influido en su decisión de que se presentara solo una de ellas a la clínica, como mujer soltera. En ese sentido, parafraseando a José Ignacio Pichardo Galán (2009), cuando se da un caso de discriminación hacia personas homosexuales, generalmente se obvia el carácter homolesbofóbico de la violencia, en ocasiones por vergüenza de las víctimas y sus personas cercanas, en otras para que no se acreciente el estigma social o simplemente para negar la evidencia de que hoy se discrimina a las personas gays y lesbianas en las instituciones (escuelas, colegios, hospitales, iglesias, universidades, etc.). En términos del autor, “este es precisamente uno de los principales sistemas de legitimación de las desigualdades” (Pichardo Galán, 2009: 27). Y en el caso de Lola se suman las desigualdades: por un lado, el contexto social heteronormativo y con ausencia de derechos legales en relación con el matrimonio y la filiación de familias homoparentales; por el otro, su propia lesbofobia interiorizada, reforzada por su experiencia previa con su familia política.

Es necesario insistir en que en casi todos los casos son los recursos económicos los que permiten acceder a las técnicas de reproducción asistida, cuando no se ha podido acceder a ellas por la Seguridad Social. Así, claramente, el acceso a las clínicas privadas es una cuestión de sesgo de clase social y nivel socioeconómico y seguramente no les permitió acceder a la maternidad a todas las mujeres solteras o en pareja lésbica que lo deseaban. Kath Weston ya lo apuntaba en su etnografía:

“No cometamos el error, sin embargo, de pensar que por el hecho de que las lesbianas y los gays quieran tener ahora sus familias se trata una elección libre. La elección está sujeta a limitaciones. El color de la piel, la solvencia monetaria y las

21 La lesbofobia interiorizada es aquella que se refiere a una mujer con deseos afectivos hacia otras, pero con comportamientos de rechazo o miedo hacia su propia preferencia sexual. Es la incorporación que hace la persona lesbiana de la hostilidad social hacia su preferencia sexual. Según la United States Agency for International Development (USAID), “es un proceso complejo, que es afectado por la percepción que la persona tiene de sí misma, así como por las influencias de la sociedad en general y el contexto inmediato” (2006: 9).



conexiones sociales limitan más a unos que a otros” (2003: 17).

4. TENEMOS QUE IR A LA *IN VITRO*

Cuando después de un tratamiento de IAD el embarazo esperado no se produce, una posibilidad es acceder a una fecundación *in vitro*. La FIV es una técnica de reproducción asistida que consiste en extraer los óvulos de la mujer, fecundarlos con los espermatozoides en el laboratorio para obtener un embrión que, posteriormente, se transfiere al útero de la gestante. El coste varía en función de las clínicas de fertilidad y de si se necesita muestra de semen o donación de óvulos. También hay que tener presente el coste de la medicación (que puede ser entre 1000 y 1200 euros). Este tratamiento puede oscilar entre 3000 y 5000 euros aproximadamente²². Esta técnica se utiliza cuando por un tema de edad ya no se recomienda una IAD o bien cuando después de probar diversas IAD no hay un embarazo. Marga²³ explicaba su experiencia con la FIV:

- Y elegimos la clínica... me costó como un año, hicimos cuatro *in vitro*.
- ¿Y por qué no hicisteis inseminación?
- Por mi edad y por las pruebas y todo... ya nos recomendaron *in vitro* directamente.

Marga²⁴ narraba lo que supuso para ella tanto a nivel económico como emocional el hecho de someterse a cuatro FIV:

- ¿Y qué tal todo el proceso, cuando pruebas y no funciona?
- Recuerdo un año muy frustrante. Primero fue un año con todos los recursos económicos para esto, ahorrando. Todo el proceso es muy caro, en total nos hemos gastado unos 17.000 euros.
- ¿Una *in vitro* son 5 o 6?

22 Información extraída de: <https://www.reproduccionasistida.org/precios-de-tratamientos-de-reproduccion-asistida/>.

23 Marga. Entrevista 10, ref. 1 y 2. Marga es madre de una niña. Ella fue quien la gestó y es la que tiene la guarda y custodia de su hija. En el momento de la entrevista tiene 45 años, estaba divorciada y no tenía pareja. Su expareja no quiso participar en mi investigación. Ella y su hija viven en un piso de una gran ciudad. Hacemos una larga entrevista en el comedor de su casa, con un té.

24Marga, 45 años. Entrevista 10, ref. 4.



—Entonces una *in vitro* estaba en 4.000 euros, ahora es más. Esto fue en 2005-2006. Al final yo me quedo embarazada a finales de 2007. Empezamos en 2005 y al final fue todo el 2006 dedicado, todas las pagas extra, hacer vacaciones económicas, todo dedicado a esto. Es un año frustrante porque cada dos o tres meses haces un intento, o cada cuatro, depende, pero durillo.

Aquí puede observarse que las mujeres lesbianas que querían acceder a un tratamiento de FIV debían contar con recursos económicos suficientes, ya que debían recurrir a tratamientos de reproducción en las clínicas privadas de fertilidad, que tenían un coste elevado. Así se puede constatar que estos tratamientos solo estaban al alcance de un perfil socioeconómico medio-alto, de modo que se producía un sesgo de clase social que excluía de la maternidad a aquellas mujeres que no se lo podían permitir económicamente²⁵.

Otra pareja de informantes, Mercè y Mònica, también tuvo que recurrir a la FIV. Actualmente tienen dos criaturas. Por la edad en la que se plantearon su segunda maternidad, acabó siendo necesaria una donación, no solo de semen sino también de óvulos. Mònica²⁶ explicaba cómo fue el proceso del segundo embarazo:

Volvemos a la misma ginecóloga, al principio sí y allí no funcionó. Lo probamos unas cuantas veces, no sé... cuatro o cinco (*se refiere a IAD*). Entonces lo dejamos durante un tiempo en *stand by*... y también te planteas cómo... realmente quizás no pasa nada... ya tienes una hija y... ¿por qué debes seguir persiguiendo una cosa que no da el resultado que querías? Después de un tiempo nos lo volvimos a plantear y ya fuimos a un centro especializado en reproducción, con unas macroinstalaciones y muy profesionalizado en eso. Allá ya no es así un sistema artesanal, sino que todo es mucho más científico y tal... Y allí ellos mismos te hacen unas orientaciones a partir de pruebas y tal y tal... Ya nos propusieron directamente la opción de fecundación *in vitro* con donante porque les parecía que las otras opciones no darían su fruto.

25 Desde 2016 y con la legislación actual en Catalunya, los tratamientos de reproducción asistida ya se pueden realizar en la Seguridad Social, con fondos públicos, aunque la lista de espera varía en función del centro hospitalario (de unos 6 meses a 2 años).

26 Mònica. Entrevista 7-2, ref. 3. Mònica y Mercè son madres de un niño y una niña. En el momento de la entrevista, Mònica tiene 46 años y Mercè, 43. Se definen como lesbianas feministas. Viven en una gran ciudad.



Como se puede observar en las palabras de Mònica, ella hacía una distinción entre el tratamiento de las IAD realizados con su ginecóloga, diciendo que era un “tratamiento artesanal” y la FIV con ovodonación hecha en un centro de fertilidad, según ella, un centro “más científico”. Con esta comparación ella valoraba un tratamiento de reproducción asistida con más intervencionismo médico como más científico, con más prestigio, más fiable. Ese intervencionismo médico se vinculaba con el control y poder que tiene la biomedicina sobre nuestros cuerpos. Podríamos decir que en algún momento ese poder no solo ha pretendido suprimir estas sexualidades periféricas, sino definirlas, dotarlas de identidad, para transformarlas en objeto de intervención (*individuos peligrosos*) por parte de la ciencia médica, de la ley... Así podríamos decir que se ha consolidado toda una “tecnología del sexo” cuyo accionar se enmarca dentro de lo que Foucault (2009) denomina “biopoder”, un poder que tomó a su cargo la regulación de la vida, cuestión estrechamente vinculada con los saberes médicos (que poseen la autoridad de nominar quién ingresa y quién no en los patrones de normalidad). Un ejemplo de ese control del biopoder fue la restricción del acceso a la sanidad pública a mujeres solteras y a parejas de lesbianas en un pasado no tan lejano.

Ya hemos visto que el coste económico de la FIV es más elevado que el de una IAD. Por este motivo hay parejas que después de una FIV exitosa deciden congelar los embriones sobrantes para futuras fecundaciones. Pilar y Lourdes hicieron una primera FIV y después congelaron los embriones, que volvieron a utilizar para un segundo embarazo, que fue gemelar. Después de ese segundo embarazo les quedaron embriones congelados y ya habían decidido no tener más hijos o hijas. Pilar²⁷ explicaba cuántos embriones tenían y su próxima FIV:

- ¿Cuántos embriones te implantaron?
- Me implantaron dos. Hice ocho embriones.
- ¿Y los tienes guardados?
- Uno se murió, quedan siete y dos me los ponen y cinco los tenemos congelados.
- ¿Te los ponen?
- El martes que viene me hacen una transferencia.

27 Pilar, 38 años. Entrevista 16-2, ref. 6



Así es como Pilar explicaba que le iban a hacer otra FIV. En el momento en que les confirmaron su embarazo les surgió la duda de qué hacer con los embriones congelados, y, al final, decidieron donarlos a la investigación²⁸:

—¿Tenías embriones congelados?

—Pilar: Sí, los hemos dado. Los hemos dado para la investigación... Era una cosa que tenía muy clara.

—¿Y por qué?

—Lourdes: Era un tema que tuvimos que consensuar, una decisión. Era que los eliminásemos, darlos a otras parejas o darlos para investigación, y ella no lo veía claro, no veía el hecho de donar sus embriones a otras parejas...

—Pilar: Bueno... no sé...no lo acababa de ver claro y tirarlos no quería. Pero yo no me acordaba de que había esta opción y cuando nos lo dijeron dijimos que sí. Yo no quiero saber que tengo un hijo... fuera de mí...

—¿Tú lo verías como un hijo?

—Pilar: Total.

—¿Para ti la biología tiene peso?

—Pilar: Sí, mucho. Es lo que hablábamos el primer día²⁹.

En las palabras de Pilar, la madre gestante, se puede observar cómo continúa vigente la idea de que la biología genera parentesco. Ella recibió un biomaterial (semen) para tener a sus hijas y, de entrada no se planteaba que el hombre que donó el semen fuese el padre. En cambio, cuando pensaba en la donación de los embriones congelados a otras parejas, expresaba que no lo quería hacer porque era como si fuera un hijo suyo. Le surgió la duda, como si el hecho de donarlos no fuera

28 Pilar y Lourdes. Entrevista 16, ref. 1 y 2. Pilar y Lourdes son madres de tres nenas, las mellizas nacieron una vez acabada la investigación pero me enviaron un correo electrónico para decírmelo. En el momento de las entrevistas, Pilar tiene 38 años y Lourdes, 41. La madre gestante ha sido Pilar, ya que Lourdes no deseaba quedar embarazada. Viven en un pueblo de la provincia de Barcelona. Me convocan en una cooperativa, que dispone de tienda de productos bio, una cafetería y un espacio para charlas. Acabamos haciendo las entrevistas sobre el escenario de una de las salas, como si de una obra de teatro se tratara, con la grabadora y las infusiones.

29 Se refiere a la primera entrevista que hicimos, que fue individual, en la que destacó la importancia del vínculo biológico con su hija, por ejemplo, y que para ella eran importantes los lazos biológicos.



posible porque *podrían formar parte de su familia*, eran una parte de ella. Podríamos decir que así le otorgaban a ese biomaterial un valor simbólico de pertenencia, de propiedad, de lazo biológico, de familia, que no se puede compartir y, por tanto, prefería que fuese a la investigación y no a otras parejas que, como ellas, habían necesitado de una FIV para acceder a su maternidad.

Con este ejemplo podemos observar la tensión entre lo cultural y lo biológico. Las TRA son un claro exponente de esta tensión (Bestard, 2009: 93). Las sustancias biogenéticas que hacen posible la descendencia no tienen capacidad de crear por sí mismas relaciones de filiación (los donantes de esperma y las donantes de óvulos son anónimas) y se ponen al servicio del deseo parental que surge del individuo. En este sentido, tanto los aspectos naturales (sustancias biogenéticas) como los culturales (proyecto parental) son susceptibles de ser esencializados y convertirse en los símbolos centrales del parentesco. La tensión entre las sustancias biogenéticas y el proyecto parental son los dos ejes que definen el parentesco euroamericano contemporáneo. En este sentido, podríamos afirmar que las familias lesboparentales, al utilizar las nuevas posibilidades legislativas y tecnológicas, recrean ideologías de parentesco, ya que, como afirma Claudia Fonseca, "estos nuevos arreglos familiares introducen un giro en los viejos debates del lazo consanguíneo versus la antropología del parentesco" (2007: 3).

5. IDEAS GESTADAS

En este apartado final se presentan algunas de las ideas producidas durante el artículo, algunas conclusiones o reflexiones en relación con las comaternidades lésbicas y el acceso y uso de las técnicas de reproducción asistida.

En primer lugar, se ha observado que la lesboparentalidad está caracterizada por una clara separación entre reproducción y sexualidad, por una filiación surgida a partir del deseo, de una decisión querida, pensada y reflexionada y por una construcción social de la filiación. Se produce una separación del cuerpo: dividido entre el cuerpo como carne, como cuerpo maternal, y el cuerpo como deseo sexual (deseo lésbico).



En segundo lugar, para las informantes, el lesboparentesco que construyeron pasó por sus cuerpos a partir de diversas técnicas reproductivas. Con las TRA se puede hablar perfectamente de la medicalización de la reproducción. Sin embargo, en el momento actual podría decirse que se ha medicalizado el parentesco, paralelamente a una genetización y biologización de este.

En tercer lugar, en el relato de las informantes se ha visibilizado el control que ejerce la biomedicina sobre nuestros cuerpos, regulando las relaciones sociales, morales y físicas de los sujetos (Foucault, 2009). Un claro ejemplo de ese control se ha producido en el caso de las mujeres lesbianas y el acceso a las TRA. Bajo la definición clásica de *infertilidad* se excluyó a las mujeres lesbianas y solteras de los tratamientos de fertilidad en centros públicos, haciendo evidente que se hacía bajo una mirada binaria y heterosexista. Se ha podido observar durante la investigación que a veces los protocolos médicos no están adaptados a las realidades familiares de las informantes.

En cuarto lugar, hay que destacar el coste que implican las TRA, tanto el económico como el psicológico y emocional. Acceder a ciertas TRA implica disponer de recursos económicos suficientes, ya que había que recurrir a centros de fertilidad privados, por lo que en ese momento existía un sesgo de clase social hasta que se permitió en Catalunya el acceso a las TRA en centros públicos. También hay que destacar el coste psicológico y emocional de acceder a las TRA y no conseguir un embarazo.

Para finalizar, las TRA hacen posibles y visibles maternidades que contravienen las normas heteropatriarcales y rompen con el modelo tradicional de familia. Como señalan Gabriela Bacin y Florencia Gemetro: "la comaternidad llevada a cabo mediante las técnicas reproductivas implica el reconocimiento de la naturaleza social del proceso reproductivo" (2011: 9). El acceso de las mujeres cisgénero lesbianas a las TRA implica profundas transformaciones en los valores, las creencias y representaciones tradicionales y comúnmente aceptadas en relación con el parentesco y a la maternidad. Así se valora la maternidad lésbica como un proceso cultural, que necesita de la creación de nuevos parámetros para identificarse y reconocerse. En este sentido, que una mujer que no cumple con el ideal maternal decida y ejerza la maternidad supone una ruptura de las normas heteropatriarcales.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Bacin, G., y Gemetro, F. (2011). Comaternidad: experiencias, autodefiniciones y derechos. En K. Felitti, (Coord.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 93-109). Buenos Aires: Ciccus.
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social*, 18, 83-95.
- Brubaker, R., y Cooper, F. (2000). Beyond "identity". *Theory and Society*, 29, 1-47.
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa.
- Donoso, S. (2002). La familia lésbica. En G. Herdt y B. Koff (Comps.). *Gestión familiar de la homosexualidad* (pp. 171-214). Barcelona: Bellaterra.
- Fonseca, C. (2007). Homoparentalidad: O ponto alfa do parentesco? En *VII RAM, Desafios Antropológicos*. Porto Alegre, Brasil. 23 al 26 de julio de 2007.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Gregorio Gil, C. (2014). Traspasando las fronteras dentro-fuera: reflexiones desde una etnografía feminista. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 9(3), 297-322. doi: 10.11156/aibr.090305.
- Hequembourg, A., y Farrell, M. (1999). Lesbian Motherhood: Negotiating Marginal-Mainstream Identities. *Gender & Society*, 13, 540-557. doi: 10.1177/089124399013004007.
- Imaz, E. (2003). Estrategias familiares y elección reproductiva: notas acerca de la maternidad en las parejas lesbianas. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, 7, 67-77.
- Imaz, E. (2014). Maternidades lesbianas, nuevas formas familiares y derecho a elegir. *GRAFO Working Papers*, 3(3), 6-17.
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: UNAM.
- Lewin, E. (1994). Negotiating lesbian motherhood: The dialectics of resistance and accommodation. En E. N. Glenn, G. Chang y L. R. Forcey (Eds.). *Motheri,g: Ideology, experience and agency*, (pp. 333-353). Nueva York-Londres: Routledge.



- Pichardo Galán, J. I. (2009). *Adolescentes ante la diversidad sexual. Homofobia en los centros educativos*. Madrid: Catarata.
- Pontes, M. F., Féres-Carneiro, T., y Magalhães, A. S. (2015). Familias homoparentais e maternidade biológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 189-198.
- Rich, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia y como institución*. Madrid: Cátedra.
- Rivas Rivas, A. M. (2009). Pluriparentalidades y parentescos electivos. Presentación del volumen monográfico. *Revista de Antropología Social*, 18, 7-19.
- Roca de Bes, M. (2012). Carga psicológica en los tratamientos de reproducción asistida y sus implicaciones. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 29(1), 51-55.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.
- Roma, A., Úbeda, B., y Nin Garaizabal, P. (2007). Histerosalpingografía: ¿cómo, cuándo, para qué? *Radiología*, 49(1), 5-18. doi: 10.1016/S0033-8338(07)73710-4.
- Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183.
- United States Agency for International Development (USAID) (2006). *Romper el ciclo. Estigma, discriminación, estigma interno y VIH*. Washington: Editorial Project.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- Tubert, S. (Ed.). (1996). *Figuras de la madre*. Valencia: Cátedra.
- Weston, K. (2003). *Las familias que elegimos: lesbianas, gays y parentesco*. Barcelona: Bellaterra.