

REPRODUCCIÓN ASISTIDA
UNA LIBERACIÓN O UN RETROCESO
EN LA IGUALDAD

Carmen Montón Giménez

Para todas las madres que incansables trabajan por los derechos de las mujeres y que tienen prisa por que sus hijas, por fin, puedan vivir en igualdad. Y para todas las hijas que orgullosas recogen el testigo del feminismo para hacer un mundo más justo y mejor.

Siglas y abreviaturas utilizadas:

INE: Instituto Nacional de Estadística

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

DGP: Diagnóstico Genético Preimplantacional

FIV: Fecundación In Vitro

ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (Intracytoplasmic Sperm Injection)

OVODON: Ovodonación

SEF: Sociedad Española de Fertilidad

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

DESARROLLO

1. El triunfo del Patriarcado.
2. La Familia
3. La Maternidad
4. Situación de la fecundidad en España
5. Reproducción asistida:
 - I. Medicalización de la Reproducción
 - II. Medicalización de la Concepción
 - III. Reproducción Asistida en España: Evolución Histórica
 - IV. Sesgo Sexista de los TRA
 - V. Nuevos Modelos de Familia

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

¿Por qué queremos las mujeres ser madres? Es una cuestión que debido a mi reciente historia personal me planteo de forma más intensa.

La vida de las mujeres está condicionada por la maternidad (sea deseada y buscada o no) o por su ausencia, y es de esta preocupación de donde nace este trabajo.

En la actualidad (únicamente para un determinado segmento de la población femenina en el planeta y en nuestra sociedad) las mujeres pueden elegir si quieren ser madres, cuándo y cómo.

Por un lado la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo está vedada en muchos países, siendo una opción abiertamente combatida por los partidos conservadores y la iglesia. Y por otro el acceso a las técnicas de reproducción asistida, al no estar ampliamente recogidas en la sanidad pública, está limitado por las posibilidades económicas, teniendo también como oposición a los partidos conservadores y a la iglesia.

Históricamente, atávicamente, se ha instrumentalizado la diferencia sexual de las mujeres, su capacidad procreadora, como elemento de control de sus destinos, y también su sexualidad y el disfrute que de ella puedan hacer. Aún hoy en día existen repugnantes prácticas como la mutilación genital como forma brutal de violentar y elemento de control sobre las mujeres. Y esa misma intención encontramos incluso en la férrea oposición a los métodos anticonceptivos que se hace desde destacadas tribunas e instituciones, incluida la iglesia.

Faltan las condiciones socioculturales que posibilitem a las mujeres desarrollar la decisión de ser madres o no, sin que sea un demérito y vaya en menoscabo de su identidad y oportunidades como ciudadanas de pleno derecho.

El discurso patriarcal atribuye a la maternidad un carácter instintivo. Naturaliza la figura de la mujer como madre y con ello limita otras posibilidades. Por lo que hoy entra en disputa y conflicto con otras definiciones de ser mujer, de ser persona (Thurén, 1993).

La preocupación del feminismo de cómo la maternidad condiciona y limita la ciudadanía de las mujeres, idea construida en base a la tradición antropológica que localiza en el control masculino sobre la capacidad reproductiva femenina el origen de la sujeción universal de las mujeres, plantea una única solución, la recuperación del control reproductivo por parte de las mujeres, requisito este imprescindible para el acceso de las mujeres a la categoría de individuo y en consecuencia a la posición de ciudadanía.

La maternidad, como otras cuestiones que se circunscriben al ámbito de “cosas de mujeres”, con su importante carga emocional, considerada como privada y sin interés colectivo, es paradigmática de tema excluido tradicionalmente de lo que interesa a la ciencia.

La ciencia y en ella la medicina, que no es ajena, es más, está desarrollada desde los parámetros patriarcales, tiene en frente las posiciones feministas que denuncian la medicalización de la maternidad y la cosificación del cuerpo de las mujeres. Por lo que ha sido necesaria la crítica feminista para que la maternidad haya adquirido el carácter de campo de investigación.

En el contexto actual en el que la fecundidad y la reproducción de las mujeres y el futuro de la familia se están planteando como problemas políticos, con tasas de natalidad que compiten entre las mas bajas del mundo, y jurídicos, con la aceptación social de nuevas formas familiares y de convivencia y también, el recurso a nuevas leyes y tecnologías reproductivas para lograrlas, la maternidad se convierte en objeto de debate social.

Y con este panorama las mujeres siguen deseando ser madres sometándose, si es preciso, a costosos tratamientos físicos, emocionales y económicos para conseguirlo.

FUNDAMENTACIÓN

La demanda de TRA sigue aumentando, a pesar de los costes, de todo tipo, físico, emocional y económico, 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.

Es innegable que las mujeres retrasan más su maternidad, sobre todo, debido a su vida laboral y profesional, teniendo especial importancia la falta de medidas de conciliación y corresponsabilidad en la vida laboral y familiar, pero este hecho temporal ha provocado que en muchas ocasiones el uso de las TRA tenga que ver más con esa temporalidad que con los problemas para concebir, de lo que la industria médica se ha aprovechado sin lugar a dudas. Y que contribuye a parchear el verdadero problema de fondo de falta de igualdad en el mundo laboral.

Entonces, las TRA ¿han ayudado a liberarse a las mujeres o las han encadenado más?

OBJETIVOS

¿En qué medida el discurso patriarcal sobre la maternidad como prescripción y componente central de la identidad femenina adulta está presente en las TRA? ¿Cuál ha sido el papel de la maternidad en la evolución social? ¿Se ha resituado el papel de la maternidad con los avances sociales? ¿Las TRA suponen un proceso de medicalización de los cuerpos de las mujeres o un avance que por separar sexualidad de procrear, ayuda a las mujeres a liberarse de la biología? ¿Cuál es la situación de la fecundidad en España? ¿Y de las TRA? ¿Existen trazos sexistas en las TRA?.

En las siguientes páginas intentaré dar respuesta a estas preguntas y a algunas otras que ligadas a la contestación de éstas, seguro irán surgiendo en el desarrollo de este trabajo.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha recogido la opinión de diferentes autoras y autores, de reconocido prestigio en los temas que vamos a tratar. Se han recogido citas suyas y sobre todo se ha interpretado con una valoración personal esas opiniones, que han servido para plasmar la mi propia opinión al respecto.

Para los datos, se ha realizado un análisis cualitativo de diversos estudios y registros. No obstante, debido a que éstos son sumamente detallados, se han seleccionado aquellos indicadores considerados más significativos para el estudio que nos ocupa.

DESARROLLO

1.- EL TRIUNFO DEL PATRIARCADO

El término patriarcado, derivado de la palabra patriarca, proviene del griego patriárchees, que significa Patria, descendencia o familia; y archo, que expresa mandato. En el Siglo XIII, este vocablo ya se utilizaba para referirse al territorio y al gobierno de un patriarca, persona que por su edad y sabiduría ejerce autoridad en una familia o en una colectividad, y posteriormente, en el siglo XVII, se empleó para nombrar la dignidad del patriarca.

El diccionario de la Real Academia Española define la palabra patriarcado como “una organización social primitiva donde la autoridad es ejercida por un varón, jefe de cada familia, extendiéndose este poder a los parientes aún lejanos de un mismo linaje”.

Sin embargo, en el libro “Diez palabras clave sobre mujer”, la doctora en filosofía Alicia H. Puleo, explica que las acepciones de esta palabra no se limitan a las arriba señaladas, pues a partir de los años 70 adquirió una nueva significación, generada por la teoría feminista para referirse a la dominación masculina en las sociedades antiguas y modernas.

La antropóloga Marta Moia define al patriarcado como un orden social caracterizado por las relaciones de dominación y opresión establecidas por unos hombres sobre otros y sobre todas las mujeres y criaturas. Así, los varones dominan la esfera pública, gobierno y religión, y la privada, que se refiere al hogar.

Por su parte, la también antropóloga feminista Marcela Lagarde, explica que el patriarcado se caracteriza por tres aspectos. El primero es la oposición entre el género masculino y el femenino, asociada a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres en las relaciones sociales, normas, lenguaje, instituciones y formas de ver el mundo.

El segundo punto se refiere al rompimiento entre mujeres, basado en una enemistad histórica en la competencia por los varones y por ocupar los espacios que les son designados socialmente a partir de su condición de mujeres.

Finalmente, Lagarde apunta que el patriarcado se caracteriza por su relación con un fenómeno cultural conocido como machismo, basado en el poder masculino y la discriminación hacia las mujeres.

Explica también que el poder patriarcal no se limita a la opresión hacia las mujeres, sino también hacia otros sujetos sometidos al mismo poder, como es el caso de las niñas y niños, la juventud o aquellos grupos que por clase social, origen étnico, preferencia religiosa o política,

sean minoritarios o diferentes al grupo dominante.

De esta forma, se puede resumir que el concepto patriarcado designa una estructura social basada en el poder del varón, principalmente en las esferas política y económica y generalizada a todos los ámbitos como dominio masculino sobre las mujeres y la sociedad en general.

El patriarcado, como sistema económico, político y social que oprime y subordina a las mujeres se sustenta y reproduce mediante instituciones, que operan en forma constante y contundente como pilares estrechamente ligados entre sí. Dos de las instituciones más importantes del sistema patriarcal que cumplen esta función son la Familia y la Maternidad.

2.- LA FAMILIA

La familia es y ha sido una institución natural con una serie de características que la hacen única dentro del universo de asociaciones humanas posibles. La familia ha sido históricamente el núcleo sobre el que se han desarrollado derechos, leyes y conductas.

En la historia siempre ha existido algún nivel de asociación sexual y afectiva entre los seres humanos pero esta no siempre fue la familia patriarcal, al mando de un varón que controlaba tanto la sexualidad como la capacidad reproductiva biológica y social de la mujer.

Las teorías feministas han considerado la institución de La Familia como el espacio privilegiado de reproducción del patriarcado en tanto constituye la unidad de control económico, sexual y reproductivo del varón sobre la mujer y sus hijos e hijas.

La familia patriarcal, dice Engels, es la derrota histórica del sexo femenino. En la familia la mujer es el obrero, la esclava que está atada a las tareas de reproducción de la fuerza de trabajo, tarea que es gratuita y que se convierte en su lápida.

Así, desde el punto de vista político, se ha justificado que las mujeres no necesiten de representación social ni política fuera del ámbito privado puesto que el jefe de la familia patriarcal encarna los intereses de sus integrantes.

Los derechos ciudadanos se concibieron y consagraron haciendo una clara distinción entre los hombres, sujetos de ciudadanía por pertenecer al ámbito público y las mujeres sin esta calidad puesto que su ubicación y función se encontraba dentro de una institución con otras reglas del juego, la familia.

Si bien es cierto que los modelos de familia han cambiado, que actualmente no podemos decir que haya un único modelo de familia sino varios que a su vez enriquecen al colectivo, también lo es que las reglas, la legislación y el modelo por las que nos regimos y convivimos siguen basándose en el modelo patriarcal que durante tantos siglos ha condicionado la sociedad, y que aunque el cambio es progresivo todavía es lento y costará tiempo romper con tanta tradición de desigualdad.

3.- LA MATERNIDAD

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.

La conceptualización de la maternidad no se produce hasta el siglo XII cuando se reconoce el término maternidad (maternitas) en latín, que es utilizado para hacer referencia a la función protectora desempeñada por la iglesia hacia los fieles y pobres.

Más tarde, en 1597 el diccionario Oxford English Dictionary introduce el término motherhood, distinguiéndolo de maternity que implica la distinción analítica entre las labores de crianza desarrolladas por la madre y el hecho de parir.

En el castellano se intenta distinguir entre maternidad biológica y el ejercicio de la maternidad mediante un neologismo de poco uso que es el de maternaje (referido a aquellas dimensiones que tienen que ver con la crianza y las prácticas que se asocian. Se ha extendido como traducción del término inglés motherhood, buscando de forma expresa referirse al ámbito de los cuidados, socialización y crianza y separándolo de los aspectos biológicos como embarazo y parto)

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define maternidad como el estado o cualidad de madre. El amplio espectro de actividades reproductivas que implica el término único de maternidad muestra hasta que punto todos los aspectos relacionados con ser madre se confunden y la falta de profundización, en la definición del concepto.

Esa falta de observación y de reflexión, obedece a que aunque la maternidad y las madres han existido a lo largo de la historia, su presencia se ha tenido en cuenta de forma secundaria o periférica respecto a la familia, el parentesco o la organización de la vida socio-económico-política que han sido considerados los verdaderos asuntos de importancia.

Las relaciones de poder entre sexos no están ausentes en la maternidad, y un hecho diferencial positivo exclusivo de las mujeres, la cultura patriarcal precisamente por esa exclusividad lo transforma en una excusa para establecer el control, subordinación y discriminación de estas.

Esto queda patente en la cultura europea basada en los orígenes grecorromanos y judeocristianos, donde la subordinación de las mujeres respecto a los hombres se fragua sobre la justificación de su inferioridad física, intelectual y moral.

Hasta principios del siglo XVIII hay consenso en otorgar menor perfección a las mujeres y su cuerpo, dando como cierto que el cuerpo femenino es una versión fallida, imperfecta e inacabada del cuerpo masculino.

Antes del siglo XVIII la maternidad era considerada de forma distinta a nuestros días. Para esbozar esa evolución brevemente comenzaremos por hablar de Grecia donde se ejercía un patriarcado sólido y la maternidad (parir y criar) aunque no era concebida ni como deber ni como privilegio, era función propia de la naturaleza de las mujeres.

Las mujeres eran entendidas como gestantes, nodrizas y criadoras de la descendencia, pero incapaces de engendrarla ya que exclusivamente el padre tenía esa capacidad.

Eran consideradas como una carga necesaria si se quería perpetuar el linaje, algo a lo que se le daba gran importancia. En esta lógica la descendencia era propiedad exclusivamente del padre, la madre no disfrutaba de ningún tipo de derecho materno, por ejemplo en caso de disolución matrimonial la esposa abandonaba el domicilio en solitario. Y sólo alcanzaban la mayor consideración posible socialmente con el alumbramiento de numerosos hijos varones.

En Grecia la teoría de los fluidos y calor enunciaba que el sexo expresaba una jerarquía establecida por un orden superior y por tanto justificaba la subordinación femenina.

En esta teoría se entendía la concepción comprendida dentro de un esquema de sexo único. El varón era la medida de todas las cosas y la mujer el proyecto no culminado o defectuoso de un hombre.

Además debemos hablar de la herencia de la tradición romana en los aspectos jurídicos referentes a la maternidad. La patria potestad, que evolucionada llega a nuestros días, detentada

de forma absoluta, focaliza la atención en la autoridad suprema del pater familias. El poder del padre era absoluto, sin limitaciones legales y los hijos estaban supeditados a él mientras viviera o hasta que decidiera emanciparlos.

Al nacimiento el esposo tenía la prerrogativa de aceptar al recién nacido o rechazarlo y exponerlo en la columna Lactaria o un lugar especialmente destinado al efecto. Los hijos biológicos eran adoptados por su padre que podía igualmente adoptar niños nacidos o criados fuera del matrimonio, especialmente hijos de sus hermanos o de amigos, acto con el que se fortalecían lazos de fidelidad y de compromiso mutuo.

Las mujeres de clases altas romanas dedicaban poco tiempo a la crianza haciendo uso extenso de esclavas y nodrizas. Y ejercían influencia socialmente a través de la utilización instrumental de sus hijos varones, sobre todo cuando eran adultos.

Y para comprender el importante bagaje ideológico, que aún perdura en nuestra sociedad, que establece la inferioridad moral e intelectual de las mujeres y que considera la maternidad subordinada al padre como única redención de estas frente a Dios, es necesario hacer referencia a la tradición judeocristiana. Según el Génesis, el sometimiento y subordinación al varón por parte de las mujeres, junto con el castigo del dolor del parto, se debe a que la antecesora de las mujeres, Eva osó desobedecer (precisamente la mayor trasgresión que puede hacer una mujer en el sistema patriarcal) por su debilidad al dejarse seducir por el mal y esto le hace, a ella y al conjunto de las mujeres, culpable de todos los males de la humanidad, que arrastrará eternamente el pecado.

La justificación de la imperfección física, intelectual y moral de las mujeres y de su subordinación la encontramos en el relato judeocristiano del origen de la humanidad, donde el varón no nace sino que es una creación divina directa y la mujer es su derivado, invirtiéndose la dependencia masculina respecto a la mujer en relación a las capacidades reproductivas. Por lo que las mujeres vuelven a aparecer exclusivamente como gestantes y criadoras e incapaces de engendrar.

Sin embargo el cristianismo introduce un argumento ideológico que lleva a un importante cambio en el inicio de la lenta merma de los poderes paternos. En primer lugar Jesús nace de una mujer, María, siendo José, padre putativo, por lo que a partir de aquí los padres reciben la descendencia del verdadero Creador, Dios, que es declarado como el único padre de Jesucristo, y a su vez también padre de toda la humanidad.

Los poderes del padre en adelante se verán limitados porque aunque son los responsables y depositarios de la descendencia, no son los detentadores del poder absoluto, por encima está Dios al que representan en el seno de la familia.

Y es así como comienza el intrusismo del poder político o eclesiástico en el seno familiar para reforzar legal y moralmente la figura del padre, sobre la que está delegado el poder de Dios.

Los hombres estaban capacitados para hacer uso del cuerpo y de las capacidades reproductivas de sus esposas como indican los contratos de compra y venta de servicios de nodrizas, casi siempre firmados por los maridos.

Las mujeres legalmente sometidas al marido comparten con hijos e hijas la subordinación al cabeza de familia. Y sólo es a través del marido que los hijos e hijas adquieren la posición de legítimos, y también la mujer se legitima como madre de su descendencia.

La maternidad confiere dignidad a las mujeres solo cuando la infancia comienza a valorarse humanamente, más allá del valor económico atribuido a la descendencia. Esto sucede a mediados del siglo XVIII periodo en el que de forma paralela y unida se produce la invención de los conceptos de la infancia (considerada como una etapa de inocencia y bondad natural decisiva en la formación del ser humano) y el instinto maternal (característico del ideal de maternidad contemporánea marcado por los sentimientos de amor incondicional e instintivo hacia la descendencia.)

Es entonces, entre mediados del XVIII hasta mediados del siglo XX, en la transición del antiguo régimen a las sociedades liberales burguesas, cuando se produce el cambio de mentalidades en torno a la familia, la infancia, la maternidad y las mujeres que da como resultado la maternalización de la mujer. Concepto que le sirve a Marie Blanche Tahon (1995) para explicar la exclusión que las mujeres han sufrido de lo político y su reclusión en el ámbito de lo doméstico.

Coetánea a la revolución francesa, se construye una nueva maternidad que se convierte en el centro de la identidad femenina. Defensor de esta nueva consideración encontramos a Rousseau que enuncia el ideal femenino centrado en el hogar y la maternidad, en 1762 con la publicación de Emilio o de la educación.

Así las mujeres pierden la oportunidad de ciudadanía también a manos de los revolucionarios que dejan a la madre fuera del pacto entre hermanos (que no hermanas) que funda el nuevo orden social.

Durante este periodo se consolida el modelo de maternidad hegemónico en Occidente basado en la naturalización de la función materna que impone las labores de crianza como obligación y deber moral. Y que se asienta en dos procesos determinantes: el primero el interés de los estados nacionales por el aumento de la población (preocupación que se extenderá desde la revolución francesa a los regimenes de carácter fascista de la Europa de mediados del siglo XX) y el segundo la demarcación de dos ámbitos, el público y el privado, como espacio de lo productivo y lo político el primero, y de lo reproductivo y expresivo el segundo, que se van configurando a lo largo del periodo y que serán definidos como espacios masculino y femenino, y reforzado este carácter a través tanto de la legalidad como de la socialización.

Simon de Beauvoir al analizar las diferencias entre hombres y mujeres, decía que “mientras ellas han sido relegadas a tareas ligadas a la reproducción de la vida, ellos se han autoasignado el campo del conocimiento, la ciencia y la técnica. Es lo que establece como condena a la inmanencia femenina frente a las posibilidades de transcendencia masculina, cuestión dominante que identifica a lo largo de la Historia feminidad con maternidad.”

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, tradicionalmente 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 adquisición del derecho de ciudadanía de las mujeres ha requerido como paso previo la conquista del único derecho de carácter exclusivamente femenino: el control sobre su capacidad reproductiva. Una conquista que no ha tenido que ver con los avances científicos, sino con la lucha feminista, y que abre el acceso de las mujeres a la ciudadanía y rompe con la asimilación entre mujer y madre. “servidumbre inmemorial” que les mantenía “esclavas “de la procreación.

Precisamente El fin de este periodo viene caracterizado por el progresivo aumento de los derechos de las mujeres y la extensión de las leyes de divorcio y aborto, así como por la liberación de la anticoncepción.

El reconocimiento por la ley del derecho a controlar por las mujeres su fecundidad es un acto político que resulta de las luchas políticas de las mujeres (Tahon, 1995:132) de esta manera, la maternidad sería considerada como una decisión de la mujer concreta, no una consecuencia de las determinaciones de su sexo.

Aun hoy en día la maternidad, según los parámetros patriarcales, es una de las representaciones más fuertes de la cultura occidental, aun más en la tradición católica. está entendida, en sentido amplio, como todas las tareas de cuidado disfrazadas de "naturales" que se han asignado a las mujeres como obligatorias a lo largo de sus vidas.

El orden simbólico patriarcal sitúa en su núcleo la ecuación mujer y madre. 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.**

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 y también física 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 feminidad, 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).

Desterrar la idea de que la maternidad es lo natural

La maternidad contiene una densa carga emocional, se define como una parte sustancial de ser mujer, una dimensión vital que a menudo emerge como aquella que domina y anula cualquier otra.

La maternidad es entrar en los Símbolos y modelos de feminidad. Es litigar con fuertes estereotipos de género que se apoyan en supuestas evidencias biológicas como referente último de la construcción del concepto de mujer.

La maternidad es una construcción cultural Es una posición social, un rol.

Las mujeres que se convierten en madres no pueden ser consideradas como pasivas o sumisas ante unos modelos y estructuras sociales que se les imponen, sino como actores sociales que despliegan tácticas desde sus circunstancias personales y sociales.

La gestación no es sólo la formación de un bebe que se convertirá en hijo o hija, sino también la conversión de una mujer en madre, la gestación de una madre en un complejo proceso social.

La obra de Adrienne Rich “Nacemos de mujer”, publicada en 1976, 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).

Las mujeres se plantean situaciones de conflicto y de culpabilidad que casi siempre son interpretadas como problemas individuales, que tiene que ver exclusivamente con las condiciones concretas y únicas de la persona afectada: por ejemplo la compatibilización de la vida personal y trabajo. La visión feminista transforma la forma de afrontar los problemas de las mujeres que dejan de ser individuales para ser tratados como de la colectividad.

En nuestros días la evaluación del papel que desempeña actualmente la maternidad en la conformación de la identidad femenina, requiere, sin lugar a dudas prestar atención a las

transformaciones sociales que se han producido en las últimas décadas, estas han resituado el papel de la maternidad en la vida de las mujeres.

4.- SITUACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN ESPAÑA

Los datos han sido recogidos de la encuesta del Instituto Nacional de Estadística INE, Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Año 2010, datos Avanzados.

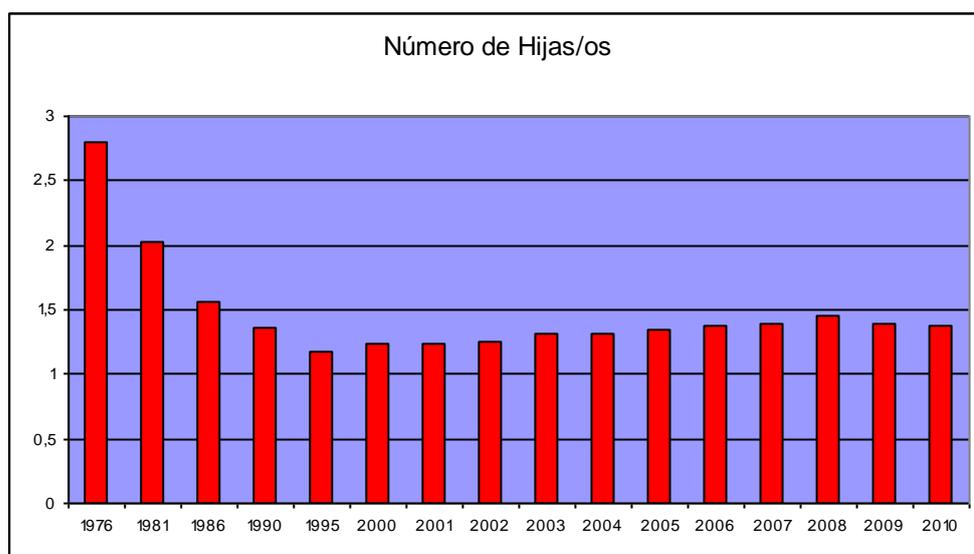
Tabla 1. Principales Indicadores de natalidad y fecundidad

Años	Nacimientos	Tasa Bruta de Natalidad	Indicador Coyuntural de la Fecundidad	Edad Media a la Maternidad
1976	676.718	18,74	2,8	28,51
1981	532.601	14,11	2,03	28,23
1986	438.303	11,37	1,56	28,53
1990	401.073	10,32	1,36	28,86
1995	363.467	9,23	1,17	29,96
2000	396.626	9,85	1,23	30,72
2001	405.313	9,95	1,24	30,76
2002	417.688	10,11	1,26	30,79
2003	440.531	10,49	1,31	30,84
2004	453.172	10,61	1,32	30,87
2005	464.811	10,71	1,34	30,91
2006	481.295	10,92	1,38	30,9
2007	491.138	10,94	1,39	30,84
2008	518.503	11,37	1,46	30,83
2009	493.717	10,75	1,39	31,05
2010	484.055	10,51	1,38	31,2

Fuente: INE Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2010).

Nota: los nacimientos son de madre residente en España; la Tasa Bruta de Natalidad es el número de nacidos por cada mil habitantes; el Indicador Coyuntural de Fecundidad y la Edad Media a la Maternidad de un año son, respectivamente, el número de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida y la edad media a la que los tendría si presentase a cada edad la misma intensidad fecunda que la observada en dicho año sobre la población total de mujeres.

Gráfico 1.



Fuente: INE Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2010). Elaboración Propia.

La gran variación de datos de natalidad y fecundidad se produce desde 1976 a 1995, que coincide con los grandes cambios sociales producidos en nuestro país y también el cambio producido en el papel de la mujer en la sociedad y la familia.

La reducción del número de hijos es considerable, pasando de 2,8 hijos a 1,38. a parte de los cambios antes señalados, ha esta reducción, sin duda, también ha influido la metamorfosis producida en el concepto del valor de los hijos como factor productivo de la unidad familiar.

Si bien es cierto que desde el año 2000 la tendencia en el número de hijos ha sido al alza, sin llegar a ser un incremento espectacular, en 2009 y 2010, esta se ha invertido. Este incremento y posterior descenso se podría justificar por la influencia de la sensación de bienestar económico durante los primeros años y la crisis económica en la que estamos inmersos desde 2008.

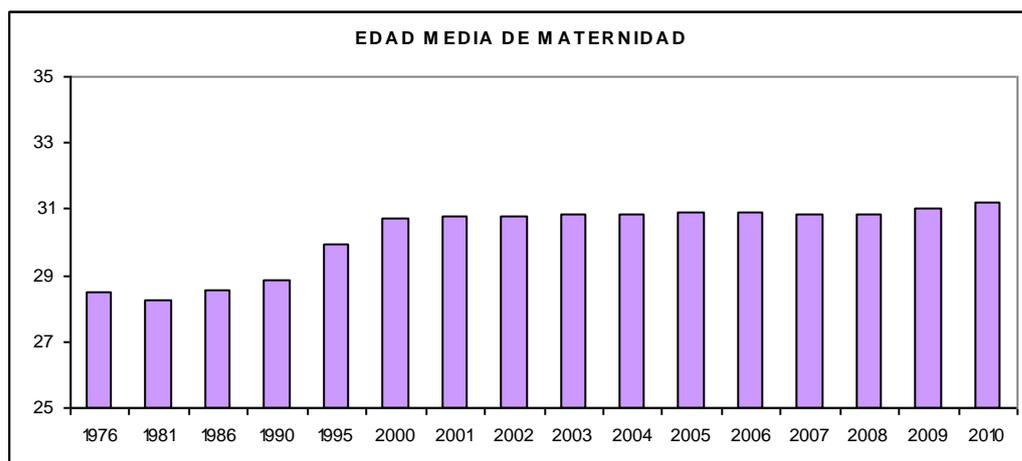
Tabla 2. Número medio de hijos por mujer según la nacionalidad de la madre

Años	Española	Extranjera	Ambas Nacionalidades
2002	1,21	2,05	1,26
2003	1,26	1,9	1,31
2004	1,28	1,79	1,32
2005	1,3	1,7	1,34
2006	1,33	1,7	1,38
2007	1,33	1,75	1,39
2008	1,38	1,81	1,46
2009	1,33	1,67	1,39
2010	1,32	1,64	1,38

Fuente: INE Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2010).

Otro dato a señalar es que mientras que la tendencia del número medio de hijos en las mujeres con nacionalidad española desde 2000 ha ido al alza, las de nacionalidad extranjera ha ido a la baja.

Gráfico 2.



Fuente: INE Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2010). Elaboración Propia

En lo que no ha habido cambio de tendencia es en la edad media de la maternidad, desde 1976 esta ha ido en aumento pasando de 28,51 a 31,2 en 2010. Esta tendencia es una de las posibles causas que posteriormente veremos del incremento de la demanda de los Tratamientos de Reproducción Asistida.

El INE¹ hace referencia al descenso de hijos en 2010 en referencia a la edad fértil de la madre.

“El número anual de nacimientos se redujo un 1,96% en 2010 al alcanzar los 484.055. Se trata del segundo año consecutivo de descenso, tras un periodo de continuo incremento durante los 10 años anteriores. La Tasa Bruta de Natalidad, entendida como los nacimientos por cada 1.000 habitantes, se situó en 10,51, su nivel más bajo desde 2003.

El descenso en el número de nacimientos fue resultado, principalmente, de una reducción progresiva del número de mujeres en edad fértil, ya que el Indicador Coyuntural de Fecundidad (o Número Medio de Hijos por Mujer) apenas varió respecto a 2009, situándose en 1,38.

Por su parte, la Edad Media a la Maternidad mantuvo una suave tendencia creciente, alcanzando los 31,2 años.

Las mujeres extranjeras siguen teniendo a sus hijos en edades más tempranas (28,7 años de media en 2010) que las españolas (31,9).

¹ INE: Nota de Prensa de 7 de Julio de 2011 sobre Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Año 2010, datos Avanzados.

A continuación, se ha incorporado un Tabla, en la que se ve la evolución en los años, del número de hijos de varios países europeos. Sin ser un dato significativo para el estudio que nos ocupa si se puede consultar las diferencias que existen en función de la situación geográfica, desarrollo económico e incluso influencia religiosa.

Tabla 3. Indicador coyuntural de Fecundidad (número medio de hijos por mujer)

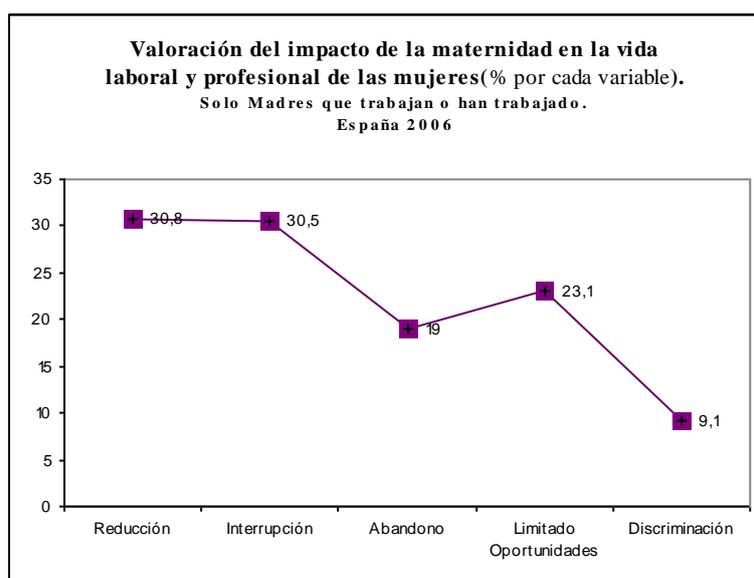
 NUMERO MEDIO DE HIJAS/OS POR MUJER EN LA UNIÓN EUROPEA (INDICADOR COYUNTURAL DE FECUNDIDAD), SEGÚN PAÍSES																		
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1991	1986	1981	1976
Albania	..	1,4	1,3	1,4	1,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Alemania	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,36	1,34	1,34	1,35	1,38	1,36	1,36	1,37	1,32	1,33	1,41	1,53	1,51
Austria	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,42	1,38	1,39	1,33	1,36	1,34	1,37	1,39	1,45	1,51	1,45	1,67	1,69
Bélgica	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	..	..	..	..	..	..	..	1,6	1,59	1,66	1,54	1,66	1,73
Bulgaria	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,29	1,23	1,21	1,24	1,3	1,23	1,11	1,09	1,23	..	..	..	..
Chipre	..	1,5	1,4	..	1,4	1,47	1,25	1,27	1,37	1,61	1,67	1,76	1,86	1,95	..	..	..	..
Croacia	..	1,5	1,4	1,4	1,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dinamarca	1,8	1,9	1,9	1,9	1,8	1,78	1,76	1,72	1,76	1,78	1,75	1,73	1,76	1,75	1,68	1,48	1,44	1,75
Eslovaquia	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,24	1,2	1,18	1,2	1,29	1,33	1,37	1,43	..	..	..	..	..
Eslovenia	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3	1,25	1,2	1,21	1,21	1,26	1,21	1,23	1,25	1,28	1,42	1,67	..	..
España	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3	1,33	1,31	1,26	1,24	1,23	1,19	1,16	1,17	1,16	1,33	1,56	2,04	2,79
Estonia	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,47	1,37	1,37	1,34	1,39	1,32	1,28	1,32	1,37	1,8	..	..	..
Finlandia	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,77	1,72	1,73	1,73	1,74	1,7	1,75	1,76	1,79	1,6	1,64	1,7
Francia	2	2	2	2	1,9	1,92	1,89	1,88	1,9	1,89	1,81	1,78	..	..	..	..	..	..
Grecia	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,28	1,27	1,25	1,26	1,24	1,26	1,28	1,28	1,38	1,6	2,1	2,35
Hungría	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,28	1,27	1,3	1,31	1,32	1,28	1,32	1,37	1,46	1,87	1,84	1,88	2,23
Irlanda	..	2,1	2	1,9	1,9	..	..	..	..	1,88	1,89	1,93	1,93	1,88	2,08	2,44	..	..
Islandia	..	2,1	2,1	2,1	2,1	2,04	1,99	1,93	1,95	2,08	1,99	2,05	2,04	2,12	2,18	1,92	2,33	2,52
Italia	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	..	1,24	1,22	1,18	1,26	1,23	..	1,21	1,2	1,3	1,35	1,58	2,11
Letonia	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3	1,24	1,29	1,23	1,21	1,24	1,19	1,12	1,13	1,18	1,86	2,22	1,88	1,93
Liechtenstein	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5	1,44	1,37	1,47	1,52	1,57	..	..	..	..	..	..	..	..
Lituania	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,26	1,26	1,24	1,3	1,39	1,46	1,46	1,47	1,49	..	..	..	..
Luxemburgo	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,63	1,63	1,65	1,76	1,74	1,68	1,72	1,77	1,6	1,43	1,55	1,48
Macedonia	..	..	1,5	1,4	1,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malta	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Noruega	2	2	1,9	1,9	1,8	1,83	1,8	1,75	1,78	1,85	1,84	1,81	1,86	1,89	1,92	1,71	1,7	1,86
Países Bajos	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,73	1,75	1,73	1,71	1,72	1,65	1,63	1,56	1,53	1,61	1,55	1,56	1,63
Polonia	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,23	1,22	1,25	1,32	1,35	1,37	1,44	1,52	1,59	..	..	..	..
Portugal	1,3	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4	1,44	1,47	1,45	1,55	1,5	1,47	1,47	1,44	1,56	1,66	2,13	2,82
Reino Unido	1,9	2	1,9	1,9	1,8	1,76	1,71	1,64	1,63	1,64	1,68	1,71	1,72	..	..	..	..	..
República Checa	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3	1,22	1,18	1,17	1,14	1,14	1,13	1,16	1,17	1,18	..	..	..	..
Rumanía	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,29	1,27	1,26	1,31	1,39	1,39	1,4	1,4	1,37	1,62	..	..	..
Suecia	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,75	1,71	1,65	1,57	1,54	1,5	1,5	1,52	1,6	2,11	1,8	1,63	1,68
Suiza	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,42	1,39	1,39	1,38	1,5	1,48	1,47	1,48	1,5	1,58	1,53	1,55	1,55
Turquía	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Fuente: Instituto de la Mujer

Otro de las variables que he querido incorporar en este apartado, es algún dato estadístico de lo que la maternidad influye en la vida laboral y profesional de las mujeres.

En este sentido el CIS en su estudio sobre la Fecundidad y Valores en el Siglo XXI, concluye que la reducción de la vida laboral y profesional ha afectado a un 30.8% de las mujeres, la interrupción a un 30.5, un 19% la han abandonado, han visto limitada sus oportunidades un 23% y un 9.1% se han sentido discriminadas.

Gráfico 3.



Fuente: Estudio CIS 2639. Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI. Elaboración Propia.

Estas cifras nos muestran el coste que la maternidad tiene para la vida profesional de las mujeres, lo que influye no solo el hecho de ser madres sino también el hecho de dedicar gran parte de su tiempo al cuidado de sus hijos.

5.- REPRODUCCION ASISTIDA

El 25 de julio de 1978 nació en la ciudad inglesa de Oldham, Louise Joy Brown, el primer bebé probeta de la historia.

Su concepción se había producido mediante la técnica de fecundación in vitro. El nacimiento de Louise abrió una página totalmente nueva en el tratamiento de la esterilidad.

El éxito de la fecundación in vitro dio impulso a las actuales técnicas de reproducción asistida (TRA). Así, en 1984 nació en California (EE.UU.) un niño concebido con un óvulo donado, y en Australia, una mujer dio a luz un bebé procedente de un embrión congelado. En 1994, una italiana de 62 años tuvo un hijo gracias a un óvulo donado que fue fecundado con el espermatozoides de su esposo.

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.

Desde el movimiento feminista se han presentado diferentes posturas sobre lo que estas técnicas podrían significar para las mujeres: desde un sector que consideró estas técnicas como un progreso en lo relativo a la liberación de la mujer en tanto que podrían permitir, por un lado, cuestionar el sistema familiar tradicional y, por otro lado, diferenciar entre sexualidad y procreación. Frente a esta postura se situaron los grupos de mujeres que expresaban su rechazo total afirmando que la procreación técnicamente asistida transformaba la reproducción en un producto de mercado al servicio del sistema económico. Además, añadía, se podrían fomentar políticas eugenésicas, racistas e, incluso, sexistas, que acabarían volviéndose contra la propia mujer, que, además, vería alienado su cuerpo en un proceso en el que era -o es- objeto de manipulación física en lugar de ser sujeto de la capacidad de reproducción del propio cuerpo.

A lo largo de estos años el movimiento feminista no ha olvidado el tema, pero en los medios de comunicación, entre la opinión pública, las primeras controversias que estas técnicas provocaron se ha ido diluyendo con el paso del tiempo. Este olvido no se ha producido porque los problemas éticos planteados se hayan resuelto, sino como consecuencia de la aceptación de un hecho consumado: una vez ofertada la técnica empiezan a crearse las necesidades para su

consumo y, consecuentemente, comienzan a aparecer los discursos legitimadores de su existencia.

Las mujeres son las principales implicadas en la formación de seres humanos. O, lo que es lo mismo, las principales clientes de la Reproducción Asistida, las que se someten a los tratamientos médicos porque ellas (o sus parejas) quieren satisfacer el deseo de maternidad o resolver el problema de la infertilidad.

Desde el feminismo se ha defendido repetidamente el derecho a una maternidad libre y deseada para defender el derecho a la no-maternidad, porque se defiende que sexualidad no es maternidad (cosa que, por cierto, vienen a demostrarnos las nuevas tecnologías reproductivas), pero a la vez también se ha defendido el derecho a la maternidad, es decir, la autodeterminación de cada mujer a la hora de decidir cuándo y cómo quiere ser madre, ya se trate de una maternidad "natural" o de una maternidad asistida técnicamente, como en el caso que nos ocupa.

Pero para decidir hace falta tener información, y aquí es dónde empezamos a encontrar algunas cuestiones a tener en cuenta: no se trata ya de ignorancia por parte de las mujeres sobre la parte técnica relativa a qué harán con su cuerpo, sino de desinformación o manipulación interesada de la información por parte de una industria de la procreación a la que sólo le interesa la venta de su producto.

Una de las principales manipulaciones es la clara diferencia entre esterilidad e infecundidad, diferencia que, a veces, y de forma menos inocente de lo que pensamos, se olvida a la hora de hablar sobre este tema. Esterilidad es la incapacidad para procrear, y eso, exceptuando algunos casos (ausencia de ovarios, de trompas o de espermatozoides...) sólo se puede confirmar con total certeza al final de la vida reproductiva. Una persona estéril, sin intervención médica no tendría hijos/as nunca. Infertilidad es únicamente la dificultad para procrear en un periodo determinado, lo cual no quiere decir que se sea biológicamente incapaz de hacerlo. Las consecuencias que se pueden derivar de esa confusión son interesantes: acortar el plazo para determinar el paso de la infertilidad a esterilidad aumentará sensiblemente la clientela potencial de las técnicas de reproducción asistida.

De hecho diversos estudios afirman que después de haber utilizado anovulatorios suelen transcurrir dos años antes de que se produzca un embarazo, catorce si el método anticonceptivo utilizado ha sido el DIU, diez en el caso del diafragma. Pues bien, desde 1968 el umbral de la infertilidad se ha establecido en un año (antes eran dos). Y es que, como dice L. Vandelac, "la esterilidad se siente objeto de inflación hasta el punto que aumenta al ritmo de las tecnologías de procreación y su necesidad de legitimación social".

También hay que señalar que la esterilidad es muchas veces un producto social efecto de enfermedades de transmisión sexual, de anticonceptivos, de ciertas prácticas quirúrgicas, de algunos medicamentos e, incluso, de las condiciones ambientales; hay que añadir también el mercado potencial que suponen las personas que optan por la esterilización como método anticonceptivo. En definitiva, se trata de factores que se podrían reducir cuantitativa y cualitativamente si hubiera políticas preventivas.

Para poder decidir si vale la pena o no someterse a este tipo de tratamiento, las mujeres tendrían que ser informadas con honestidad de las posibilidades de conseguir el fin deseado. Incluso los índices de éxito son muy variables en este sentido. Si para la mujer (o la pareja) que se somete al tratamiento el único éxito válido es la consecución de una criatura viva y sana, para los equipos médicos puede serlo simplemente la transferencia del embrión al útero y la buena implantación con el consiguiente embarazo clínico (la palpación del corazón del feto), o el embarazo evolutivo (aquel que llega más allá del primer trimestre), o el parto (la criatura puede nacer viva y sana, o no), o un parto múltiple (que suele terminar con la muerte de alguna de las criaturas nacidas)...

El índice de éxito también puede variar en función del número de mujeres tratadas o del número total de tentativas efectuadas.

Finalmente, la mujer debe tener información sobre los riesgos que este tipo de tratamientos les pueden ocasionar. Parece claro que los abortos, los embarazos extrauterinos, los embarazos múltiples, las cesáreas, las malformaciones congénitas y los índices de mortalidad perinatal aumentan. A eso debemos añadir los riesgos asociados a la estimulación ovárica (quistes ováricos, hipertrofia de ovarios...).

En muchos casos y a lo largo de los años, en la TRA las mujeres han ayudado al progreso de la ciencia como cobayas, sin darles la posibilidad de elegir serlo, simplemente engañándolas, sirva de ejemplo Jacques Testard, pionero francés de la FIV, que después de un año empleando en mujeres determinadas sustancias inductoras de la ovulación, decidiera verificar los riesgos de aquellos tratamientos en primates.

Hay que preguntarse si estas técnicas ayudan a la mujer a ser sujeto de su propia vida, es decir, a hacer de su vida el producto de sus propias decisiones. Porque decidir es consecuencia de la libertad y ésta es la que nos hace seres humanos.

Y también, si efectivamente la Reproducción asistida cuestiona la familia tradicional y si hace realidad aquel lema feminista que afirma que sexualidad no es maternidad.

I.- LA MEDICALIZACIÓN DE LA REPRODUCCION

La Práctica y el Conocimiento Medico han sido una fuente inagotable de la ideología sexista, esto provoco que el feminismo se interesase por La Historia de la medicina a una edad muy temprana.

A lo largo de la Historia el conocimiento científico ha contribuido de forma muy directa a justificar la desigualdad sexual, a definir la naturaleza femenina, sus características y el papel social que le corresponde².

El discurso medico, en cuanto a la concepción de la mujer, ha estado centrado en su papel como reproductoras y en sus diferencias con lo masculino. A este respecto Tubert señala que, 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).

La centralidad de los órganos reproductores como definición del ser Mujer, ha sido la ideología que ha avalado el saber medico durante el siglo XIX y gran parte del Siglo XX. En esta época el destino natural de la mujer ha estado definido por su capacidad reproductiva y todo lo que la desvíe de su principal papel en la vida debe ser censurado, porque además altera gravemente su frágil salud.

Otro de los aspectos destacables del proceso de medicalización de la reproducción es que la atención médica al embarazo y el parto no esta principalmente orientada a proteger a las mujeres de posibles riesgos, sino a garantizar el desarrollo del feto y la vida de la criatura. De hecho los avances en las condiciones de vida y en la atención a la salud de las mujeres embarazadas, no se debe a la búsqueda de una mejor atención en si a las mujeres, sino a la supervivencia y bienestar de los hijos e hijas.

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 se ha mantenido hasta finales del siglo XX, cuando se empezó a ver pequeños avances en la prevalencia de la mujer como sujeto activo.

² 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.

La Organización Mundial de la Salud, en 1985, 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 y que recoge 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 resultado³”.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó en 2007 un plan conocido como “Estrategia de Atención al Parto Normal”. 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, pero 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.

Carme Valls ha dedicado numerosos trabajos a denunciar la invisibilidad de las mujeres para la medicina.

“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)

³ 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. Recommendations of the Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 1985.

Como hemos visto la medicina, hasta bien entrado el siglo XX, ha ejercido 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 lo ha hecho posible la legitimidad de la que está investido el saber médico.

II.- MEDICALIZACIÓN DE LA CONCEPCIÓN

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.

La difusión del uso de métodos anticonceptivos eficaces y la extensión de un discurso centrado en la prevención del embarazo no deseado, contribuyó a propiciar un cambio de mentalidad generalizado, la disociación entre sexualidad y reproducción. Y permitió a las mujeres ejercer un mayor control sobre su capacidad reproductora, reconociéndolas el derecho a gestionar su vida de acuerdo con su voluntad e intereses.

Pero este discurso, a su vez, generó una imagen del embarazo como riesgo del que hay que protegerse, y a su vez se forjó la idea de que la concepción y el embarazo se producirá inmediatamente en cuanto deje de evitarse. Esto ha provocado que las mujeres lleguen a saber mucho más sobre cómo evitar el embarazo que sobre cómo conseguirlo.

Este “desconocimiento” ha generado una demanda creciente de asistencia médica para lograrlo, lo que ha su vez ha dejado el camino libre 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.

Podríamos decir que esta reacción en cadena es uno de los desencadenantes del crecimiento de las prácticas de reproducción asistida. Porque el conocimiento de la existencia de las TRA como recurso llevará a tener que plantearse la decisión de utilizarlas o no y así decidir si optar por otras vías, como la adopción, la espera, o la vida sin ellos/as.

La incorporación de las TRA en el curso del proceso normalizado de medicalización de la reproducción, ha generado una demanda creciente de tratamientos, en gran medida condicionada por la manera en la que, desde las propias instancias médicas y a través de los medios de comunicación, 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.

Muchas veces “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).

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).

III.-REPRODUCCION ASISTIDA EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN HISTORICA

Resulta difícil presentar una imagen clara de la evolución de la 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 es la del 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.

En 1977 se crea el primer banco de semen en España, por parte del Instituto CEFER; y en 1978 se consigue el primer embarazo -en España- con semen de donante, por parte del equipo del Instituto Dexeus.

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 el 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.

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. 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 oferta en Internet, sobretodo, de los servicios en materia de reproducción asistida de los centros privados. 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:

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

Comunidad Autónoma	Tipo de autorización				
	F.I.V y Banco de Preembrione	Inseminación Artificial	Banco de Semen y Laboratorio espermática	Laboratorio de capacitación	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	2	4	0	2	0
Castilla y León	6	0	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 Consumo⁴

⁴ <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centroReproHumAsist.htm>

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 Consumo

Regulación Jurídica

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. 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.

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.

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”⁵

La única Comunidad Autónoma que avanzó de forma más temprana 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 tarea de realizar un registro anual a partir del año 1993, instando a los centros a colaborar voluntariamente. 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

Fuente Informes SEF

En resumen como hemos visto la primera regulación- 1989- que crea los registros oficiales y públicos todavía no se ha realizado, después de pasar por dos Leyes y más de 20 años, no se ha conseguido que la información sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que practican las TRA, sea accesible clara y precisa.. Los únicos datos con los que contamos son los realizados, de forma voluntaria, por los centros a través de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

Datos de los Registros Anuales de la SEF

⁵ LEY 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida

Los datos que se desarrollan a continuación se han obtenido de los informes anuales elaborados por la SEF desde el 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.

De los Datos hay que tener en cuenta que pueden considerarse más fiables en la medida en que, con los años, va aumentando el número de centros participantes; y 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.

La clasificación que ofrece la SEF en la elaboración de los datos diferencia entre ciclos “en fresco con óvulos propios” (Ciclos FIV(Fecundación in Vitro)/ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides)), ciclos en los que se utilizan embriones crioconservados (DCT) y ciclos en los que se utilizan óvulos procedentes de donación (Ovodon). A partir del año 2003 figuran asimismo los ciclos orientados a la aplicación del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)⁶.

Tabla 7. N° 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	7.055	7.871	7.858
Ovodon	1.595	1.766	2.939	4.625	4.801	5.753	7.080	7.649
DGP				941	1.362	1.937	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

Tabla 8. N° 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

Datos de los registros SEF

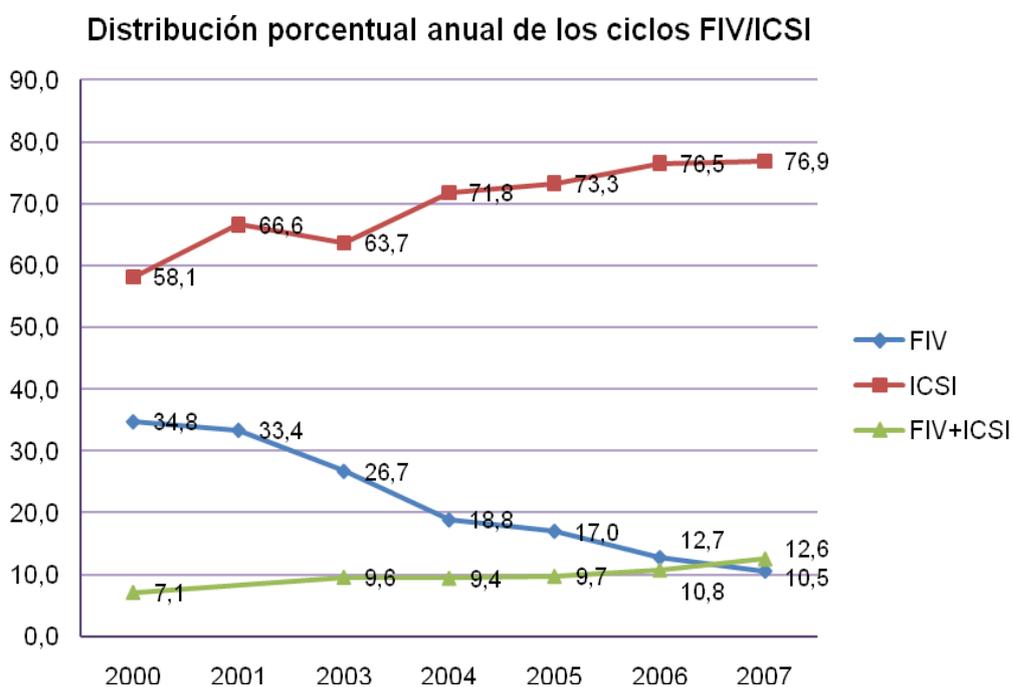
Tal y como puede observarse, los ciclos en los que se utilizan embriones crioconservados son minoritarios y no puede hablarse de una tendencia sostenida de incremento de los mismos con el

⁶ 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 secundaria- mente 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. Su aplicación concreta como “tratamiento” requiere la FIV como paso previo.

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.

De los datos estudiados hay que destacar dentro de los ciclos FIV/ICSI el progresivo y espectacular aumento del uso de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides como técnica de fecundación.

Grafico 4.



Datos de los registros SEF

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 las últimas décadas emerge una tendencia al retraso en la edad de la maternidad,

Tabla 9. 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

Datos de los registros SEF

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.

Tabla 10. 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

Datos de los registros SEF

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.

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

IV SESGO SEXISTA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

“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)

La medicina, como la ciencia en general, está planteada sobre fundamentos patriarcales que provocan un sesgo sexista. Esto aún es más evidente en los tratamientos relacionados con la fecundidad y reproducción, ya sea para la prevención de embarazos como para favorecerlos, que recaen, básica y exclusivamente, sobre las mujeres.

En las técnicas de reproducción asistida esto se pone de manifiesto en la diferencia de los procedimientos que se desarrollan sobre las mujeres y varones, (que son más agresivos para las primeras, por ejemplo no es comparable la hiperestimulación ovárica para extraer óvulos con la producción y obtención de esperma, y en que la actuación sobre las mujeres tiene preferencia sobre la de los varones, aunque para las primeras el coste físico, emocional y también económico sea mayor.

Esto es así por que desde la medicina se coloca en el centro de la fisiología de las mujeres la capacidad reproductora, medicalizando el cuerpo femenino en lo referente a la anticoncepción, gestación, parto e infertilidad, y por la falta de perspectiva de género a la hora de investigar y aplicar estas técnicas, basándose en que la reproducción es una cuestión femenina y no masculina.

El sesgo sexista con el que se desarrollan las técnicas de reproducción asistida llega a su exponente máximo cuando los problemas en la fertilidad de la pareja residen en el varón.

Como muestra Consuelo Álvarez las técnicas de reproducción asistida se configuran como puente, sin ser necesario solucionar las causas de la esterilidad, sino la ausencia de embarazo.

Y están configuradas para dejar al margen los tratamientos sobre el cuerpo masculino, aunque la esterilidad masculina puede ser tratada de modo que no fuera necesaria la utilización de los tratamientos habituales. Por ejemplo la esterilidad masculina debida a infecciones seminales tiene solución, como también existen tratamientos hormonales para mejorar la calidad del semen.

Sin embargo esto no se pone en marcha por diversas cuestiones comenzando por la estandarización de los protocolos de actuación, por el tiempo ya que medicalizar el cuerpo femenino es más rápido (por ejemplo para la espermiogénesis hacen falta seis meses siendo la

ovogénesis más rápida) porque las técnicas de reproducción asistida sobre todo se desarrollan desde la ginecología, y porque, aunque tanto mujeres como hombres tienen problemas de esterilidad, la reproducción sigue considerándose exclusiva de las mujeres.

V.- NUEVOS MODELOS DE FAMILIA

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 España, 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.

Como podemos observar en la siguiente tabla entre el año 2000 y el 2008 ha habido un incremento considerable de familias monoparentales con hijos menores de 18 años, pasando a representar en 2008 el 4,1% de las familias españolas. De estas el 87% son familias monoparentales de madre sola.

Tabla 11.

	Tipos de Hogares Familiares			
	2000		2008	
	Miles	%	Miles	%
Total Hogares Familiares	11.588,7	100	13.778,8	100
Parejas en núcleo	9.698,8	83,7	11.406,0	82,8
sin Hijos	2.531,5		3.550,6	
con Hijos menores 18 años	4.301,1		5.019,4	
con Hijos 18 y más años	2.866,2		2.836,0	
Monoparentales con hijos menores de 18 años	403,6	3,5	568,1	4,1
de madre sola	342,3		494,6	
de padre solo	61,1		73,5	
Otros hogares familiares	1.486,6	12,8	1.804,7	13,1

Nota: En la encuesta de población activa constituyen un hogar todas las personas que habitan una misma vivienda, independiente mente que compartan o no los gastos comunes

Fuente: INE, Mujeres y Hombres en España 2010.

En este contexto, 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 lesbianas⁷.

Las novedades en la legislación española, así como el cambio de criterios de admisión de los centros, que no restringen 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 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 .

Indudablemente las TRA son un elemento activo en este escenario, pero, de hay a 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.

Apresurado, porque no debemos olvidar la existencia de intereses económicos y de investigación de gran alcance, que como mínimo, nos debe hacer plantearnos la duda de cómo reaccionaran estos intereses con los de las mujeres en caso de conflicto. Creo que existen motivos suficientes para afirmar cuales son los priorizados en la practica.

Tampoco debemos olvidar que, 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 papel fundamental.

Así como también han jugado un papel muy importante, los movimientos feministas y las organizaciones progresistas, en el reconocimiento de la maternidad como una opción legítima para las mujeres consideradas individualmente -independientemente de si existe o no relación de pareja

Por lo tanto, las TRA pueden ser un medio, pero de ahí a considerarlas el principal factor causal del cambio hay un largo trecho. Además, hay que tener en cuenta que independientemente de la evolución científica de las TRA, el cambio de signo político puede conllevar una vuelta atrás en lo logros conseguidos, tanto en el terreno social, como en las normas reguladoras de las TRA.

⁷ 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.

CONCLUSIONES

La maternidad incide sobre las identidades personales y sociales, con ella las mujeres transforman su persona física, emocional y también social. Es una transformación irreversible hacia una situación que debido a estar por venir es incierta y cuyo resultado no se conocerá hasta que no sea una realidad, con los riesgos que eso puede comportar. Entonces ¿por qué queremos ser madres? ¿Por qué la maternidad se convierte en una obsesión para algunas mujeres? ¿Por qué no optar por la adopción?

La maternidad biológica, debido al embarazo, lógicamente es vivida de forma más intensa por las mujeres, sin embargo son los varones los que conceden mayor importancia al vínculo genético con la descendencia.

En muchos casos para las mujeres se mezclan sentimientos de culpa y resignación. No son baldíos tantos siglos de programación patriarcal y de maternalización de las mujeres.

Y aun siendo ellas especiales protagonistas por el embarazo y por los efectos de los tratamientos, que tienen un mayor coste físico emocional y económico para ellas, esto no las coloca en lugar de privilegio y poder a la hora de la decisión de someterse a ellas.

Rechazar las técnicas de reproducción asistida requiere el empoderamiento de las mujeres, de grandes dosis de autoafirmación y autodeterminación, que no todas las mujeres tienen ni tampoco en todo momento. Y es aquí donde para establecer esta resistencia y escapar de lo establecido por la idea patriarcal de la maternidad como deber, adquieren vital importancia los recursos ideológicos y culturales que cada mujer tiene.

Desde la reivindicación de una maternidad libre y deseada, no podemos limitar el derecho de autodeterminación de cada mujer en materia de reproducción, porque reivindicamos el derecho a elegir, con todas las contradicciones que esa elección pueda producir. Pero para elegir conscientemente **es necesaria información** honesta y objetiva alejada de intereses políticos y comerciales. Para que las mujeres puedan elegir y controlar como y cuando ser madres o no, para que las mujeres sean más libres y conscientes a la hora de tomar la decisión de afrontar un tratamiento de reproducción asistida es necesario: en primer lugar que conozcan mejor su cuerpo y sexualidad por lo que es necesario mejorar la información de salud sexual y reproductiva.

Segundo que el tratamiento informativo sea ajustado a la realidad, ya que siempre es positivo y esconde las contraindicaciones de los tratamientos o el porcentaje de fracaso.

Y tercero que la sanidad pública de una cobertura más amplia ya que en los centros privados existe una inducción a la demanda, a la que las mujeres acceden por temor a tomar la decisión equivocada y renunciar a ser madres. Y esto se suele hacer de forma abusiva, ya que es frecuente que alrededor de los tratamientos se produzcan embarazos espontáneos, lo que demuestra que se deberían evaluar mejor los casos y realizar un diagnóstico.

Si se ha exigido un aborto libre también en la misma medida se debe extender esa demanda a la reproducción asistida. Para el primero también se reivindicaba la gratuidad por lo que esta debe extenderse también a la maternidad asistida. Por un lado evitaría que las mujeres de alto poder adquisitivo fuesen las únicas que puedan realizar el deseo de maternidad, y, por otro, la inclusión en la sanidad pública evitaría que cayéramos en manos de clínicas privadas sin muchos escrúpulos a la hora de satisfacer su propio ánimo de lucro. Si la sociedad hace de la “no maternidad” una enfermedad, un defecto, un demérito para las mujeres o (como ocurre ahora en Occidente) un peligro para el futuro económico por los bajos índices de natalidad, es lógico que asuma los gastos de esa “enfermedad” que ella ha provocado al no desarrollarse de acuerdo a los parámetros de la igualdad entre sexos.

La opción de ser madre se considera en la esfera de la vida privada y de las responsabilidades individuales. Y con ello se libra de toda responsabilidad a la sociedad patriarcal que es la que establece conflictos para su ejercicio.

Las mujeres se encuentran en el centro de este **conflicto** por ser especialmente sensibles a la consecución de la maternidad debido a la resiliencia de los referentes culturales y simbólicos patriarcales, por su papel protagonista en la reproducción y por las discriminaciones y desigualdades de género existentes, especialmente en el mercado laboral.

Este conflicto tiene como base el reparto del tiempo en la sociedad patriarcal en dos líneas de que discurren paralelas para los hombres, pero que confluyen para las mujeres.

Por un lado el tiempo público-laboral hegemónico socialmente visible y reconocido que marca el trabajo remunerado, por otro lado el tiempo privado-biológico que es ignorado o relegado a un lugar secundario y subsidiario por la sociedad y que tiene acotaciones para las mujeres en la reproducción y cuyos límites son establecidos por la medicina.

El conflicto que deriva esta disociación temporal pone de manifiesto la escasa atención real que presta la sociedad patriarcal a la reproducción y el desigual reparto entre mujeres y hombres de las cargas que comporta de hecho. Esto es fruto de la herencia patriarcal con la que vivimos. Donde la maternidad continúa ubicada en el terreno femenino como asunto privado que las mujeres asumen individualmente en la práctica asumiendo los costes que representa.

Como han resuelto los varones el modo de responder a las exigencias de los ámbitos de la producción y la reproducción no sirve para las mujeres, puesto que si tardan mucho en decidirse a ser madres quizás se sientan culpables por haber esperado demasiado.

Las mujeres que desean ser madres difícilmente podrán encontrar el momento adecuado, debido a este condicionamiento estructural que esta en la base por la que las mujeres se ven envueltas en dificultades laborales y problemas reproductores. La solución que se ofrece a las mujeres pasa por elegir entre hipotecar estudios y empleo (esfera pública) o recurrir a las TRA. Una solución inadmisibles en una sociedad que defienda los derechos de las mujeres y la igualdad.

Desde la división sexista y patriarcal, hay discursos que dicen que la tecnología favorece la libertad de las mujeres y la capacidad de actuar como sujeto en defensa de sus intereses. Y la ayuda que puede suponer estas técnicas para extender el periodo formativo o para combinar dedicación y o carrera profesional con la experiencia de la maternidad.

La crítica que se puede hacer es que la supuesta libertad ganada se hace a precio de la medicalización de los cuerpos de las mujeres. No exento de riesgos, problemática en su vivencia y resultado, que no esta por igual al alcance de todas las mujeres.

Además desde el punto de vista ideológico dominante que hace recaer sobre los individuos, las mujeres, los costes que comportan las soluciones a las necesidades de ajuste del sistema social, la vivencia del conflicto se sitúa básicamente en el terreno individual-privado. Valorando el peso de los factores sociales que condicionan la puesta en practica el proyecto vital como contexto en el que se toman decisiones sin llegar a ponerlo en cuestión.

La trampa del patriarcado al parchear una solución para que el sistema no cambie. favorece una actitud de resignación en las mujeres que asumen las consecuencias.

Las TRA pueden considerarse que emergen como una respuesta medica a una realidad social y sitúan la acción resolutive en el terreno de las opciones y decisiones de las mujeres individuales. 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 responsabilidad, obligación y culpa.

Desde la perspectiva de género se puede concluir que gran parte de los problemas reproductores que las TRA pretenden solucionar son conflictos sociales que deberían ser abordados de otro modo. Con las TRA se esta efectuando un autentico proceso de medicalización de los cuerpos de las mujeres, que comporta, la relegación de vías colectivas que deberían ser consideradas al menos complementarias, para incidir en los problemas.

Las técnicas de reproducción vienen a parchear: la sociedad patriarcal que esta diseñada para los ritmos del hombre.

Cuando las mujeres se incorporan al mundo publico no lo hacen en verdaderas condiciones de igualdad, es a base de un sobre coste para ellas. De incorporarse a los esquemas masculinos donde no cabe la maternidad. La falta de igualdad y de corresponsabilidad (reparto de los cuidados) pone a las mujeres entre la espada y la pared, entre trabajo y maternidad. Y esto que ya esta enunciado con la sabida consigna de que lo personal es político en la vida de las mujeres, no se aborda desde una perspectiva colectiva sino como un problema individual que las mujeres intentan solventar con las TRA, ya que posponen el embarazo para afianzar sus condiciones laborales, aunque lo único que hacen es posponer los problemas laborales que les supondrá la maternidad para así intentar afrontarlos con mayores recursos.

Esa elección solo la hacen las mujeres y los hombres están liberados de ella. La corresponsabilidad es la única solución de que esto no sea así.

El uso abusivo de las técnicas de TRA no tiene una perspectiva de género, no tiene una justificación en la libertad e igualdad de las mujeres

Es necesario la elaboración de un discurso crítico que denuncie que se esta haciendo un uso abusivo e injustificado de las técnicas de reproducción asistida. Existe un juego de intereses. En nuestra sociedad La salud no queda exenta de actividad mercantil donde intervienen intereses económicos y de la industria farmacéutica.

Las técnicas de reproducción asistida son un hecho y forman parte de forma normalizada de la reproducción. La demanda de tratamientos ha ido en aumento, sobre todo cuando las mujeres han alcanzado los 35 años. Son algo más que un recurso para solucionar problemas de esterilidad o infertilidad y pensar en ellas solo como un recurso conduce a un uso abusivo e innecesario. Un ejemplo claro del uso abusivo de las TRA es el caso de la FIV (fecundación in Vitro) que inicialmente fue pensada para casos de obstrucción ovárica, pero que rápidamente se ha pasado a utilizar para cualquier problema, para lograr el embarazo y o su llegada a termino.

Se ha producido un progresivo desplazamiento, cuando se habla de problemas de concepción, hemos pasado de problemas por causas orgánicas identificables a la definición de los síntomas en términos temporales, llegando a una reducción de los límites estándar al plazo de un año.

La identificación del eje temporal 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 esa configuración.

A los 35 años se les aconseja entrar inmediatamente en tratamiento. Las mujeres de esta edad son etiquetadas como estériles por definición. Esto se justifica porque la fertilidad disminuye con la edad con lo que alargar el plazo para identificar los posibles problemas implica en términos de probabilidad agravarlos. Además los índices de éxito de los tratamientos decaen a medida que aumenta la edad de las mujeres. Pero es posible conseguir un embarazo espontáneo puesto que la edad comporta un descenso de la fertilidad pero no esterilidad.

La representación del tiempo como enemigo cobra mayor fuerza. La búsqueda de la maternidad se representa como una auténtica batalla contra el tiempo., que además es mas intensa en 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 su trayectoria profesional.

Esto marca la vida de las mujeres y esta en la base del conflicto en el que se ven envueltas: de dificultades laborales y problemas reproductores.

Las TRA entonces más que un medio para solventar problemas de fertilidad se contemplan como un recurso para agilizar el proceso reproductor. Se ha pasado desde la dimensión orgánica a la social

La medicalización del proceso reproductor y de la concepción ha borrado los límites entre lo normal y lo patológico. La definición vigente de la esterilidad que establece los términos temporales de un año como síntoma de su presencia, provoca preocupación y motiva la consulta medica, sin otros indicios, que el retardo de consecución de un embarazo.

La presencia cada vez mas intensa y normalizada de las técnicas de reproducción asistida 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 del embarazo. Existe la idea de que el embarazo debería producirse de modo inmediato en cuanto deja de evitarse. Idea deudora de 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 espermatozoide de su pareja, lo que motiva la consulta médica.

Percepción que se combina con que la concepción es un proceso complejo y difícil que puede no conseguirse con la rapidez que se desea cuando se decide tener un hijo o hija, esta idea esta directamente conectada con la difusión de las TRA.

Podríamos decir que esta reacción en cadena es uno de los desencadenantes del crecimiento de las prácticas de reproducción asistida.

Todas estas ideas que se han venido asentando en el ideario colectivo han facilitado la labor 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.

Los medios de comunicación, han ayudado al aumento de la medicalización de la reproducción. Durante estos últimos años hemos visto que todos los medios del mundo que acogen con interés y entusiasmo las noticias referentes a la reproducción asistida, lo que le da un valor positivo absoluto. Y muchas veces esas noticias ocultan o relegar a un lugar secundario los riesgos que pudieran conllevar las TRA. Tan solo se reseña los riesgos mas graves e infrecuentes, cuyo acaecimiento requiere hospitalización, o bien los derivados de la gestación múltiple.

La información, en general, que las mujeres reciben a cerca de los riesgos y secuelas a corto plazo es escasa, e inexistente en lo que se refiere al largo plazo. Esta no existe en los medios de comunicación y los centros suelen dar una información totalmente interesada, no hay que olvidar que la inmensa mayoría de los centros donde se desarrollan las TRA son privados y por lo tanto sujetos a unos intereses económicos que priorizan estos intereses a los de las mujeres en general.

Destacar que como hemos visto en capítulos anteriores, la información sobre la actividad de los centros y sus resultados es imprecisa, la normativa legal vigente en España, todavía no se ha desarrollado, después de más de 20 años desde la primera Ley. No se ha conseguido que la información sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que practican las TRA, sea accesible clara y precisa, y los únicos datos con los que contamos son los realizados, de forma voluntaria, por los centros a través de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

La medicina y las técnicas de reproducción asistida envuelven claramente **parámetros sexistas**.

Por ejemplo cuando se realiza primero la evaluación medica de las mujeres pues estas son más invasivas y dolorosas para ellas que para los varones. O cuando se prescribe tratamiento para las mujeres antes de intentar tratar los problemas que presenten los hombres.

Pero también cuando las TRA pueden considerarse como una posibilidad que obliga, en cierta medida por ese sentimiento generalizado de la maternidad como un instinto innato a la mujer, tan defendido por la sociedad patriarcal.

Para desterrar el sexismo debe situarse en primer lugar la consideración de los costes físicos y emocionales que representan para las mujeres. A pesar de que es sobre ellas sobre las que recae

el grueso del tratamiento reproductivo las mujeres parecen invisibles a la hora de aplicar con una perspectiva de género las técnicas de reproducción asistida.

Es necesario visibilizar a las mujeres para que las prácticas se puedan acercar más y mejor a los intereses y necesidades de las mujeres.

Es necesario que la sociedad y los poderes públicos reconozcan el valor social de la reproducción y que esta deje de verse como demérito a la hora de la incorporación de las mujeres a la sociedad, sobre todo a la esfera laboral.

Las mujeres que quieren desarrollar sus proyectos vitales sin renunciar a la maternidad pero tampoco a su formación, carrera profesional y en general a todas las posibilidades de ejercer una ciudadanía plena viven contrarreloj, por la falta de corresponsabilidad familiar por parte de los hombres, en este caso en el cuidado de los hijos,.

El retraso en la edad reproductiva viene motivado por esa falta de corresponsabilidad. Empezando por la desigualdad en los permisos de maternidad y paternidad (que aunque la creación de este último con la ley de igualdad ha sido todo un avance aun es necesario llegar a conseguir que sea obligatorio, intransferible y de igual duración al de maternidad) hasta la cotidianidad de muchas parejas a la hora de responsabilizarse del cuidado de los hijos e hijas.

Porque, desde una posición política feminista y de defensa de la equidad entre los sexos es inadmisibile que socialmente se sitúe a las mujeres entre la elección de renunciar a formación y empleo o someterse a técnicas de reproducción asistida.

Los cambios sociales más recientes que se están produciendo, en España, 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, suponen una apertura que multiplica las opciones de inscribir la maternidad en el proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ PLAZA, Consuelo, La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos, Alcalá, Alcalá la Real, 2008.

BIRKE, Lynda; HIMMELWEIT, Susan y VINES, Gail, *El niño del mañana*. Po- mares- Corredor, Barcelona, 1992.

DE BEAUVOIR, Simone, *El segundo sexo*, Cátedra, Madrid, 2005.

ENGELS, Federico, El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado, Fundación Federico Engels, 2006.

H. PULEO, Alicia, Capitulo Patriarcado, en la obra, *10 Palabras clave sobre Mujer*, Editorial Vervo Divino, 1995.

LAGARDE, Marcela, *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*, Horas y Horas, Madrid, 1997.

MOIA, Marta, *El No de las Niñas*. La Sal Edicions de les Dones, Barcelona, 1981.

RICH, Adrienne, *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*, Cátedra, Madrid, 1996.

SAU, Victoria, *El vacío de la maternidad: madre no hay más que ninguna*, Icaria, Barcelona, 1995.

- *Diccionario ideológico feminista II*, Icaria, Barcelona, 2001.

TUBERT, Silvia, *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*. Siglo XXI. Madrid, 1991.

- *Figuras de la madre*. Cátedra. Madrid, 1996.

- *La maternidad en el discurso de las nuevas tecnologías reproductivas, dentro de Las mujeres y los niños primero: Discursos de la maternidad*, coordinado por CONCHA, Ángeles de la y OSBORNE, Raquel, Icaria, Barcelona, 2004.

VALLS LLOBET, Carme, *Mujeres invisibles*, Debolsillo, Barcelona, 2006.

VANDELAC, Louise, *La cara oculta de la procreación artificial*, en Rev. Mundo Científico, nº 96.

ESTUDIOS, INFORMES Y LEGISLACIÓN

Instituto Nacional de Estadística INE, Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Año 2010, datos Avanzados.

Centro de Investigaciones Sociológicas, Estudio 2639. Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI. Abril 2006.

Recommendations of the Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 1985

LEY 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida.

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Principales Indicadores de natalidad y fecundidad (2010).....	Pág. 20
Tabla 2. Número medio de hijos por mujer según la nacionalidad de la madre (2010).....	Pág. 21
Tabla 3. Indicador coyuntural de Fecundidad. Número medio de hijas/os por mujer en la Unión Europea, según países.....	Pág. 23
Tabla 4. Tipo de autorización a los Centros y/o Servicios sanitarios acreditados relacionados con las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, por Comunidad Autónoma.....	Pág. 34
Tabla 5. Centros y/o Servicios Sanitarios autorizados y homologados, por Comunidad Autónoma, según dependencia patrimonial.....	Pág. 35
Tabla 6. Centros participantes en el registro SEF.....	Pág. 37
Tabla 7. Nº de ciclos iniciados por procedimiento. Absolutos.....	Pág. 38
Tabla 8. Nº ciclos iniciados, por procedimiento. Porcentajes.....	Pág. 38
Tabla 9. Distribución por edad de las mujeres usuarias. Porcentajes.....	Pág. 40
Tabla 10. Porcentaje de Ciclos FIV/ICSI y Ovodonación por año y grupo de edad.....	Pág. 40
Tabla 11. Tipos de Hogares Familiares.....	Pág. 44
Gráfico 1. Nº de Hijos/as (2010).....	Pág. 20
Gráfico 2. Edad Media de Maternidad (2010).....	Pág. 22
Gráfico 3. Valoración del impacto de la maternidad en la vida laboral y profesional de las mujeres.....	Pág. 24
Gráfico 4. Distribución porcentual anual de los ciclos FIV/ICSI.....	Pág. 39