

INCENTIVOS SOCIALES/LABORALES A LA VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS: ¿MAYOR AUTONOMÍA DE LAS MUJERES?*

SOCIAL AND LABOUR INCENTIVES FOR THE FREEZING OF EGGS:
GREATER AUTONOMY FOR WOMEN?

ANA MARÍA RIVAS RIVAS**

Resumen: La vitrificación de los óvulos como incentivo para conciliar la vida laboral y familiar, lejos de favorecer la autonomía y libertad de las mujeres para gestionar su proyecto reproductivo y profesional, reproduce la asimetría y desigualdad entre hombres y mujeres. Primero, porque al reducir el problema al ámbito de la biología, naturaliza el origen del conflicto obviando los factores sociales; segundo, porque al enfocarlo en las mujeres, individualiza el tipo de soluciones a adoptar y, tercero, porque sustituye la acción política en la transformación del sistema sexo/género hegemónico, por las respuestas tecnológicas, aparentemente, neutrales y objetivas.

Palabras clave: técnicas de reproducción asistida, vitrificación de óvulos, conciliación vida laboral/familiar, sistema sexo/género.

Abstract: Ovules freezing as an incentive to reconcile work life and family, far from favor the autonomy and freedom of the women to manage their reproductive and professional project, recreates the asymmetry and inequality between men and women. First of all, because by reducing the problem to the biology field, it naturalizes the origin of the conflict omitting social factors; second, because by focusing it on women, it individualizes the type of solutions to adopt and, third, because it replaces the political action in the transformation of the hegemonic sex/gender system, with technological answers which are apparently, unbiased and objectives.

Keywords: assisted reproduction techniques, oocyte cryopreservation, reconciling work and family life, sex / gender system.

* Fecha de recepción: 7 de abril de 2017.

Fecha de aceptación: 28 de abril de 2017.

** Profesora Titular de Antropología Social y Cultural en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente, es IP junto con Consuelo Álvarez Plaza del proyecto «Familias, Centros de reproducción asistida y donantes. Miradas cruzadas. Variaciones según modelos familiares y anonimato/no anonimato de la donación». Plan Nacional I+D+i. Ref.: CSO2015-64551-C3-2-R.

Correo electrónico: rivasant@cps.ucm.es.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN; II. ENTRE EL SUELO PEGAJOSO Y EL TECHO DE CRISTAL; III. LAS TRHA Y LOS TIEMPOS DE LAS MUJERES; IV. LA VITRIFICACIÓN DE LOS ÓVULOS: ¿MAYOR AUTONOMÍA DE LAS MUJERES?; V. CONCLUSIONES; VI. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), junto con los métodos anticonceptivos, han representado un giro paradigmático en la concepción biogenética del parentesco y en la configuración de familias heterobiparentales de las sociedades occidentales. Los métodos anticonceptivos, al permitir tener relaciones sexuales sin fines reproductivos, y las TRHA, al posibilitar tener descendencia sin recurrir al acto sexual, han disociado sexualidad y procreación, cuestionando uno de los supuestos biológicos fundamentales del sistema cultural del parentesco euro-norteamericano (SCHNEIDER, 1968). En concreto, las TRHA han permitido formar una familia a aquellos individuos, con pareja o sin pareja, que, hasta ahora, no podían dar cumplimiento a su deseo de ser padres/madres, por razones médicas o sociales. Dejando de lado la *infecundidad voluntaria o deseada* de aquellas personas que, siendo fértiles, no desean tener hijos y no los tienen durante toda su vida, nos encontramos con la *infecundidad involuntaria*, que a su vez puede estar o no vinculada a problemas de fertilidad/esterilidad. Hay un primer tipo de infecundidad involuntaria debido a razones médicas. Según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE por sus siglas en inglés), *infertilidad* es la capacidad para conseguir un embarazo tras un año de exposición regular al coito pero sin alcanzar el parto y *esterilidad* la incapacidad de la pareja para conseguir un embarazo tras un año de exposición regular al coito¹. En el caso de aquellos individuos que, por condicionantes biológicos, no pueden tener hijos, la ESHRE distingue entre *esterilidad primaria* cuando nunca se ha conseguido embarazo sin tratamiento y *esterilidad secundaria* si tras una gestación conseguida sin tratamiento, transcurren más de 12 meses sin conseguir un nuevo embarazo². En segundo lugar, está el caso de mujeres y hombres que desean constituir un proyecto materno/paterno filial en solitario o en pareja homosexual, a quienes se aplica el término *infecundidad estructural*, por no utilizar el método convencional de reproducción por coito sexual y que no tiene nada que ver con problemas de fertilidad/esterilidad. En tercer lugar, a esta clasificación, Esteve,

¹ El límite temporal ha ido variando a lo largo del tiempo, antes de los años 90 se estipulaba en 5 años, después en 2 y desde los 90 en 1 año, lo que evidencia su carácter convencional. MARTÍ GUAL, A., «Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias», 2011, p. 147. Tesis doctoral disponible en línea <<http://www.tdx.cat/handle/10803/32098>> [Consultado el 7/4/17].

² THE EUROPEAN SOCIETY FOR HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY, «Infertility revisited: The state of the art today and tomorrow», *Human Reproduction*, vol. 11, 1996, pp. 1779-1807.

Devolder y Domingo³, añaden otras categorías desde la demografía, como *infecundidad normativa*, aplicada a mujeres que pudiendo y queriendo tener hijos, no se deciden a ello porque socialmente se considera que son demasiado jóvenes para tenerlos y que su prioridad debe ser la formación y la inserción laboral; *infecundidad transitoria*, referida a aquellas mujeres que pudiendo y queriendo tener hijos optan por posponer su maternidad por motivos laborales y/o familiares; y, por último, *infertilidad sobrevenida* o *baja fertilidad*, que afecta a aquellas mujeres que, cuando deciden tener hijos por cambios en las condiciones familiares/materiales y/o tienen ya una edad cercana o superior a los 35 años⁴, se encuentran con dificultades para quedarse embarazadas.

Estas categorías, si bien parecen describir e identificar colectivos diferentes según su relación con la fecundidad/infecundidad, fertilidad/esterilidad, también podemos considerarlas como diferentes etapas por las que transitan la mayoría de las mujeres españolas a lo largo de su trayectoria vital. Cuando son jóvenes, las expectativas que hay sobre ellas es la de aprovechar al máximo las oportunidades de educación y formación que hoy existen para las mujeres comparadas con otras épocas, lo que supone una fuerte presión social para postergar la maternidad; cuando han logrado una formación e inserción profesional, las condiciones de inestabilidad, precariedad y bajos salarios del mercado laboral, junto con la división «generizada» de los roles en la pareja y la ausencia de políticas sociales, se ven obligadas a seguir posponiendo el tener hijos pensando en un futuro mejor con la esperanza de que cambien estas condiciones; finalmente, haya llegado o no ese futuro, cuando se deciden a ser madres, se topan con la barrera de los 35 años y su voluntad de ser madres se ve dificultada por la baja fertilidad, que aumenta a partir de esta edad. Es decir, nos encontramos ante una situación que va acumulando circunstancias de *infecundidad normativa*, *infecundidad transitoria*, hasta llegar a la *infertilidad sobrevenida*, que requiere ya el recurso a las TRHA con donación o no de gametos⁵. Lo que empiezan siendo razones sociales por las que las mujeres retrasan su proyecto reproductivo (*infecundidad voluntaria*), acaban transformándose en razones biomédicas (*infecundidad involuntaria*), de modo que los múltiples factores que intervienen en la infertilidad (sociales, culturales, biológicos y médicos), terminan reduciéndose a la dimensión orgánica-fisiológica y a la

³ ESTEVE, A.; DEVOLDER, D. y DOMINGO, A. «La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac !!!», *Perspectives Demográfiques*, núm. 1, enero 2016, p. 2.

⁴ Las recomendaciones médicas sitúan entre los 20 y los 30 años la fertilidad máxima, produciéndose un declive a partir de los 30 años, se acelera entre los 35 y los 40 y es prácticamente cero a partir de los 45. Se acepta que la fecundidad mensual de la mujer pasa de un 8% a los 35 años, al 3% a los 38 años. A esta edad, el porcentaje de mujeres definitivamente estériles puede llegar a un 50% y el riesgo de abortos espontáneos se incrementa con la edad, alcanzando el 40% después de los 40 años. MATORRAS, R. y HERNÁNDEZ, J. (eds), *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción*. Madrid (Adalia), 2007.

⁵ A partir de los 42 años, la recomendación médica es el recurso a la ovodonación. MATORRAS R, HERNÁNDEZ J. (eds), *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción*, cit.

intervención médica. Atendiendo a los factores causantes del retraso de la maternidad (sociales, económicos, políticos) deberíamos hablar también de *infecundidad involuntaria de tipo estructural*⁶, no reduciendo el término a determinantes derivados exclusivamente de los cuerpos individuales sexualizados sino también de los cuerpos sociales «generizados», que inducen a las mujeres, en tanto que seres sociales condicionados por su ubicación social, a adoptar medidas contrarias a su voluntad. España es uno de los países europeos con menor cumplimiento del número de hijos deseados y logrados⁷.

Devolder⁸, en su análisis de la baja fecundidad en España, afirma que la mayor parte de la infecundidad en España es involuntaria y se debe al retraso de la edad de inicio de la vida reproductiva. Las mujeres españolas son las que tienen su primer hijo de forma más tardía en Europa, a edades superiores a los 35 años, cuando disminuye su capacidad reproductora⁹. Esto explica que cada vez sean más frecuentes las consultas clínicas por deseo de gestación más allá de los 40 años. Como ya se ha citado, entre los factores que inciden en el retraso de la edad de inicio de la vida reproductiva de las mujeres están por un lado, las condiciones laborales de un mercado de trabajo cada vez más desregulado y competitivo que perjudica especialmente a las mujeres; en segundo lugar las condiciones familiares, entre las que destaca la distribución «generizada» de las tareas domésticas y de cuidados, que sigue mostrando una desigualdad notable que afecta, particularmente, más a las mujeres que a los hombres y que se acentúa con la llegada de los hijos y, por último, la ausencia de políticas públicas que contribuyan a la conciliación real de la vida personal, familiar y laboral.

⁶ *Infertilidad estructural* es el término utilizado por la antropóloga MARRE D., en su estudio sobre el aumento de las adopciones transnacionales en España entre mediados de la década de 1980 y mediados de la primera década de 2000, cuando España se convirtió en el segundo país del mundo en número de adopciones transnacionales y el primero en adopciones transnacionales por habitante y por menores nacidos vivos. La adopción transnacional, según esta autora, fue un recurso utilizado por mujeres de clase media que tras postergar su maternidad por razones laborales, se toparon con esa *estructural* infertilidad, una vez que decidieron tener hijos. MARRE, D. «Los silencios de la adopción en España», *Revista de Antropología Social*, vol. 18, 2009, p. 114.

⁷ CASTRO-MARTÍN, T. y SEIZ-PUYUELO, M., «La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica», en *VII Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España*, Madrid (Fundación FOESSA), 2014.

⁸ España pasó de ser el segundo país de Europa con un promedio mayor de hijos por mujer detrás de Irlanda en los años setenta, a ocupar el lugar más bajo a mitad de los años 90. Actualmente, forma parte del grupo de países con muy baja fecundidad, entre 1,3 y 1,6 nacimientos por mujer. DEVOLDER, D., «Fecundidad: factores de la baja fecundidad en España», en *España 2015. Situación social*, Madrid (CIS), 2015, p. 85.

⁹ La edad del varón afecta en menor grado a la capacidad reproductora de la pareja, aunque se demuestra una disminución significativa a partir de los 40 años. MATORRAS R, HERNÁNDEZ J. (eds), *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción*, cit.

II. ENTRE EL SUELO PEGAJOSO Y EL TECHO DE CRISTAL

La *infertilidad sobrevenida o estructural* es, por tanto, un problema social, artificialmente creado, al que hay que responder con propuestas políticas que permitan a las mujeres cumplir sus proyectos vitales sin tener que renunciar o bien a la formación y al empleo o bien a tener hijos. Sin embargo, seguimos con los *permanentes malos arreglos*¹⁰ cuando se trata de conciliar el proyecto reproductivo y el proyecto laboral de las mujeres. La persistencia de la desigualdad de género en el mercado laboral que segrega y penaliza a las mujeres, sigue haciendo irreconciliable el deseo de ser madre y de desarrollar una actividad laboral remunerada. El desempleo, la temporalidad y los contratos a tiempo parcial no voluntarios, los horarios irregulares, las ocupaciones de cualificación media-baja, los bajos salarios, la economía informal, no son un fenómeno nuevo para las mujeres, sino que han formado parte consustancial de su participación en el mercado laboral, a lo que hay que sumar el escaso, por no decir nulo, reconocimiento social de las tareas que vienen desarrollando, principalmente, en el sector de servicios a las personas.

El *1er Informe sobre desigualdad en España 2013* de la Fundación Alternativas señala algunos de los rasgos característicos del empleo de las mujeres en nuestro país, ya descritos por las estudiosas del tema, entre otras, Carrasco, C. *et al.*, 2003; Torns, T *et al.*, 2003; Castaño, C. 2015. En primer lugar, la elevada temporalidad: un 26,6% de las ocupadas en 2011 tenía contratos de estas características, frente a un 24,2% de los ocupados. En segundo lugar, el mayor peso de las mujeres en los contratos con jornada a tiempo parcial: mientras que en 2011 solo un 6% de los empleados varones tenía jornada reducida, entre las mujeres ese porcentaje alcanzaba el 23,5%, siendo común a ambos sexos la no voluntariedad en esta elección. El cuidado de dependientes y otras obligaciones familiares o personales es la razón principal para desear este tipo de jornada dentro del colectivo femenino, más del 22% de las mujeres empleadas a tiempo parcial alegan este motivo frente al 3,6% de los hombres. En tercer lugar, las diferencias salariales entre los contratos temporales y a tiempo parcial y los contratos indefinidos y a tiempo completo, que perjudican gravemente a las mujeres sobrerrepresentadas en el primer tipo de contratos.

En cuanto al desempleo, el Informe destaca la convergencia en las tasas de desempleo de ambos sexos. En el segundo trimestre de 2012, el diferencial de las tasas de desempleo entre hombres y mujeres se redujo notablemente, 24,7% y 24,6% para mujeres y hombres respectivamente. La principal causa está en la destrucción masiva de empleo en los sectores tradicionalmente ocupados por los hombres como la construcción y la industria. Por lo que respecta al paro de larga duración y el tiempo medio de búsqueda de un empleo han aumentado a partir de 2008, reduciéndose también las diferencias entre hombres y mujeres.

¹⁰ Esta expresión es utilizada por TORNS para describir las estrategias individuales que las mujeres despliegan, ante la falta de políticas públicas, para gestionar los tiempos personales, laborales y familiares. TORNS, T., «De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 23, núm. 1, 2005, pp. 15-33.

Mientras en 2007, el 22% y el 28% de los hombres y mujeres parados llevaban más de un año desempleados, en 2011 estos porcentajes casi alcanzaban el 50% en ambos casos, con un porcentaje un poco mayor en el caso de las mujeres de dos años en paro. Dadas estas desigualdades entre hombres y mujeres, no es de extrañar los sesgos de género que también presenta el sistema de protección por desempleo. El mayor grado de temporalidad y trabajo a tiempo parcial, los menores salarios y las menores cotizaciones, así como la mayor afiliación a regímenes especiales de la Seguridad Social -caso de las empleadas de hogar- tienen como consecuencia que las prestaciones que reciben las mujeres sean de menor cuantía y duración que las que reciben los hombres. En 2005, las mujeres representaban el 60,5% del paro registrado, sin embargo, solo el 52% de los beneficiarios de las prestaciones por desempleo eran mujeres. Esto significa que 3 de cada 4 desempleados registrados que no tenían derecho a prestación de ningún tipo eran mujeres. La tasa de cobertura de la prestación por desempleo era del 56% en el caso de las mujeres, mientras que alcanzaba el 74,5% entre los hombres. En 2010, según los datos del Consejo Económico Social recogidos en el Informe, 2 de cada 3 desempleados sin prestación seguían siendo mujeres. A pesar de que en ese año las mujeres representaban el 50% del paro registrado, solo percibían el 39% de las prestaciones contributivas del sistema.

Los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre de 2015 muestran la persistencia de estos rasgos desfavorables a las mujeres, entre los que destaca la brecha salarial por género: los bajos salarios siguen siendo uno de los factores de precarización laboral de las mujeres. La mitad de las mujeres asalariadas gana menos de 1.400 euros brutos mensuales. El mayor porcentaje se encuentra en el grupo de las que cobran menos de 655 euros. El 41% de las trabajadoras cobró en 2014 menos de 1.221 euros brutos al mes. Especialmente significativo resulta que el decil –la división en diez estratos de lo que cobra el conjunto de la población– con mayor porcentaje de mujeres sea el primero, el que encuadra a quienes ganan menos de 655,1 euros brutos al mes. Allí se encuentra el 15,5% de las trabajadoras españolas. Solo el 6,7% de las contratadas figura en el decil 10, en el que están los salarios superiores a 3.353 euros. En términos absolutos, la mitad de la población asalariada femenina cobra menos de 1.405 euros, es decir, está en los cuatro primeros deciles, mientras que la mitad de varones está en los cinco deciles que engloban a la población con sueldos más altos. Si cuatro de cada diez mujeres cobraron menos de 1.221 euros al mes en 2014, ese porcentaje se reduce a menos de la mitad en el caso de los hombres: el 19,7%. Y si el grupo salarial más bajo es en el que se cuentan más mujeres, ocurre justo lo contrario con los hombres: solo el 4,9 % ganó menos de esos 655,1 euros brutos mensuales.

Un hecho muy significativo y revelador que aparece en esta EPA es el descenso de la tasa de actividad que se concentró mayoritariamente en las mujeres: la población activa experimentó un descenso de 116.000 personas en el tercer trimestre de 2015 y se situó en 22.899.500, debido sobre todo al descenso de 121.500 en el número de mujeres activas –el de hombres aumentó en 5.400–; la tasa de actividad bajó 29 centésimas este trimestre, hasta

el 59,50%, la de los hombres creció 6 centésimas y se situó en el 65,90%, mientras que la femenina se redujo 62 centésimas, hasta el 53,42%. Es decir, las mujeres dejan de buscar empleo para pasar a la categoría de *inactivas* o lo que es lo mismo retirarse de nuevo a los trabajos domésticos y familiares no remunerados.

Con respecto al desempleo, la tasa de paro bajó 1,19 puntos y se situó en el 21,18%, la tasa más baja desde el segundo trimestre de 2011. Por sexo, las mujeres presentan una mayor bajada del desempleo este trimestre, con 168.500 paradas menos, hasta un total de 2.392.000. Entre los hombres, el número de parados se redujo en 129.700, hasta 2.458.800. La tasa de paro masculina bajó 1,06 puntos y se situó en el 19,90%, mientras que la femenina se redujo 1,32 puntos hasta el 22,69%. Se mantiene aún la composición del paro observada desde el año 2008, con relativamente poca distancia entre las tasas masculina y femenina. La aparente similitud en las características laborales de hombres y mujeres se debe no tanto a la mejora de las condiciones laborales del colectivo femenino sino al empeoramiento del grupo de referencia, en este caso los hombres (aumento de su presencia en el empleo parcial, destrucción de empleo en la construcción y la industria y rebaja salarial), es decir, iguales sí pero por abajo, por lo peor.

Los datos hasta aquí expuestos, recuerdan, en palabras de Torns, T. que «el problema del empleo femenino no suele estar relacionado con el techo de cristal¹¹, tal como tratan de anunciar algunas voces mediáticas, como con un suelo pegajoso¹² que atrapa a las cada vez más numerosas empleadas precarias»¹³.

Asistimos a una desigualdad estructural de género, que se reproduce generación tras generación, y que obliga a las mujeres con hijos, a abandonar el mercado laboral para ocuparse de las tareas familiares y domésticas, el cuidado de niños, adultos, enfermos y personas con diversidad funcional, y a las mujeres sin hijos, a posponer su maternidad. Especialmente, cuando las políticas públicas de conciliación laboral y familiar para las familias con hijos menores son escasas y deficientes. Para el sistema español, Escobedo, A. señala: «1. El desencaje de dos años y medio entre la finalización de las licencias de maternidad y paternidad bien retribuidas, y la generalización del acceso asequible a la educación

¹¹ *Techo de cristal*: es una barrera invisible, difícil de traspasar, que describe un momento concreto en la carrera profesional de una mujer, en la que, en vez de crecer por su preparación y experiencia, se estanca dentro de una estructura laboral, oficio o sector. El término (del original *glass ceiling*) nace en los años 80 en un informe sobre mujeres ejecutivas publicado en el Wall Street Journal, pero se ha extendido a todo tipo de ocupaciones, la ciencia o el deporte. No se trata de un obstáculo legal sino de prejuicios extendidos para confiar en las mujeres puestos de responsabilidad, pagar un salario y otorgar una categoría similar por las mismas funciones al considerar que se conformarán con menos, así como sutiles prácticas patriarcales del mundo de los negocios, como el tipo de reuniones, el corporativismo masculino o el amiguismo.

¹² *Suelo pegajoso o piso pegajoso*: Se refiere a las tareas de cuidado y vida familiar a las que tradicionalmente se ha relegado a las mujeres. Salir de este «espacio natural» que según el patriarcado les corresponde es un obstáculo para su desarrollo profesional. Este concepto está relacionado con el famoso «equilibrio» de trabajo en y fuera de casa, tan complicado de mantener para muchas mujeres.

¹³ TORNOS, T., «La precariedad laboral en España: ¿es cosa de mujeres?», en TEJERINA, B.; CAVIA, B.; FORTINO, S. y CALDERÓN, J.A. (eds.), *Crisis y precariedad vital*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2013, p. 181.

infantil. 2. El desencaje entre horarios y calendarios escolares y horarios laborales, en parte cubierto por servicios complementarios a la escuela y actividades extraescolares, sobre una base precaria de financiación con efectos sobre calidad y equidad en el acceso, e impactos posteriores sobre desigualdad educativa. 3. La importancia de desarrollar las políticas de conciliación en el ámbito de la empresa o centro de trabajo, en el contexto de políticas de igualdad o de calidad, que si bien se impulsaron entre 2007 y 2009 han quedado actualmente en un segundo plano, ante la preocupación principal por el paro»¹⁴.

III. LAS TRHA Y LOS TIEMPOS DE LAS MUJERES

La inequidad de género incrustada como componente estructural del orden social, político y económico de nuestras sociedades, está en el origen del conflicto de tiempos en el que se debaten las mujeres que aspiran a su inserción laboral y promoción profesional y a su deseo de maternidad. La desigual representación social de los tiempos en los que las mujeres se ven enredadas —el tiempo productivo y el tiempo reproductivo, asociando este último a la privacidad e intimidad de la mujer—, sorteando los factores sociales, transformándolos en problemas biomédicos.

En este contexto, las TRHA se presentan como la solución perfecta cuando tras aplazar la maternidad, las mujeres se enfrentan a problemas de *infertilidad sobrevenida*. Si bien es cierto que las TRHA representan una oportunidad para solventar este tipo de infertilidad, hay que señalar, primero, que no son tratamientos al alcance de todas las mujeres por su elevado coste económico, la mayoría de los centros que los ofertan son privados y los centros públicos que los ofrecen son tan escasos que tienen listas de espera considerable; y, segundo, que la edad sigue siendo uno de los factores más importantes en el éxito o fracaso de estas técnicas. Es decir, la edad sigue presionando a las mujeres incluso cuando han decidido iniciar el proceso de reproducción asistida. Según el ginecólogo Balasch, las nuevas tecnologías reproductivas no pueden compensar la disminución de la fecundidad relacionada con la edad. De hecho, se estima que las TRHA compensan solo la mitad de los nacimientos perdidos posponiendo un primer intento de embarazo de 30 a 35 años de edad, y menos del 30% después de posponer de 35 a 40 años de edad, es decir, en su forma actual, las TRHA no pueden compensar todos los nacimientos perdidos por la declinación de la fertilidad después de los 35 años de edad¹⁵.

¹⁴ ESCOBEDO, A., «Las estrategias de conciliación de vida familiar y laboral», en TORRES, C. (ed.) *España 2015. Situación social*, Madrid (CIS), p. 333.

¹⁵ En cuanto refiere a la Inseminación Artificial con Donante (IAD), los registros europeos de la ESHRE muestran que en mujeres <40 años, de 18.515 ciclos se obtuvieron 3.498 embarazos, dando una tasa de embarazo del 18,9%. En mujeres de >40 años, los valores correspondientes eran de 2053, 189 y 9,2%. La Inseminación Artificial del cónyuge (IAC) tiene una eficacia limitada en mujeres >40 años, llegando a una tasa de parto por ciclo del 5% según la Sociedad Americana de Reproducción Humana. Datos similares aporta la ESHRE, por 8.295 ciclos se obtuvieron 617 embarazos, es decir, una tasa del 7,4%. Las tasas de embarazo con Fecundación in Vitro (FIV) es generalmente mayor, pero también decrece con la edad. Según el *Centers for Disease Control*

De acuerdo a los datos proporcionados por la SEF entre 1999 y 2007, Martí, A. (2011), analiza la evolución de la composición por edad de las mujeres usuarias de las TRHA en España. En cuanto a los ciclos de FIV/ICSI¹⁶ con óvulos propios, el 70% de las usuarias son mujeres que tienen en el momento de iniciar el ciclo entre 30 y 39 años, sin embargo, se aprecia un aumento de la edad de las usuarias a partir de 2001, cuando el subgrupo de las mujeres entre 30 y 34 años empieza a ser sustituido por el de 35 y 39 años. Al mismo tiempo, aumenta la presencia del subgrupo de mujeres entre 40 y 44 años, que pasa de representar el 10,3% en 1999 al 17% en 2007; a partir de 2000, las mujeres entre 40 y 44 años superan a las menores de 30 llegando a ser más del doble que estas últimas en los años 2006 y 2007. También se incrementa la proporción de usuarias de 45 y más años, si bien de forma minoritaria, 3,9% en 2005, estabilizándose en los años siguientes en el 3,7%. Este incremento de la edad de la mujer explica el aumento del uso de la ovodonación, principalmente entre las mujeres de 45 y más años, llegando al 80% en 2003 y al 40% entre las de 40 y 44 años para el mismo año¹⁷. El aumento de la edad de las usuarias y la necesidad, por tanto, de recurrir a la ovodonación, se constata en los sucesivos registros de la SEF que se pueden consultar en su página web. Según los datos correspondientes al año 2014, las usuarias de ciclos de FIV/ICSI con ovocitos propios se reparten entre el 77,4% entre 30 y 39 años y el 19,2% de 40 y más años. Pero dentro del primer grupo, las menores de 35 años representan el 31,0%, frente a las de 35-39 años que suponen el 46,4%. Respecto a la recepción de ovocitos de donantes, el 31,6% son mujeres entre 30 y 39 años, el 8,1% menores de 35 años y el 23,5% entre 35 y 39 años, siendo del 67,7% entre las mujeres de 40 y más años¹⁸.

Llegados a este extremo, los expertos aconsejan a las mujeres bien acudir antes de los 35 años a las TRHA, bien utilizar la ovodonación, o bien recurrir a la última técnica que se oferta como la solución óptima: la vitrificación de los ovocitos en previsión de tener hijos a una edad superior a la recomendada por los profesionales de la medicina.

and Prevention (CDC), la tasa de nacido vivo por ciclo de FIV es de 16.1 % en mujeres >40 años. Para mujeres >44 años el porcentaje es de <1%. En una revisión de 431 ciclos iniciados de FIV en mujeres de >41 años de edad, no hubo embarazo en mujeres >45 años y no hubo partos >44 años. BALASCH, J., «Ageing and fertility: an overview», *Gynecological Endocrinology*, 2010, pp. 1-6.

¹⁶ La FIV (Fecundación In Vitro), consiste en la unión del óvulo, propio o donado, con el espermatozoide de la pareja o donante, en el laboratorio, con el fin de obtener un número apto de embriones disponibles para transferir al útero. La técnica ICSI (Inyección Intracitoplasmática de Semen) consiste en la introducción de un espermatozoide directamente en el óvulo para su fecundación. Según el último registro nacional de la SEF, correspondiente al año 2014, la microinyección espermática fue la técnica de fecundación más utilizada (89,4%). *Registro Nacional de Actividad 2014-Registro SEF*, p. 4.

¹⁷ MARTÍ GUAL, A., *Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*, cit., pp. 201-204.

¹⁸ REGISTRO NACIONAL DE ACTIVIDAD 2014-REGISTRO SEF. IA y FIV/ICSI. <https://www.registrosef.com/public/docs/sef2014_IAFIV.pdf> [Consultado el 7/4/17].

IV. LA VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS: ¿MAYOR AUTONOMÍA DE LAS MUJERES?

En el año 2014 saltó a la prensa la siguiente noticia: «Apple y Facebook financian la congelación de óvulos de sus empleadas para retener el talento. Han confirmado que pagarán la congelación de óvulos a las empleadas que lo soliciten, en lo que presentan como una medida para atraer y mantener el talento femenino en Silicon Valley, donde hay un gran desequilibrio en cuanto a géneros. La empresa de Tim Cook ha presentado su decisión como una medida de apoyo a la maternidad y a la conciliación laboral»¹⁹.

Veamos en primer lugar, en qué consiste la vitrificación de óvulos, para pasar, posteriormente, al análisis de sus implicaciones sociales y poder responder a la pregunta planteada en el título de este apartado. La vitrificación de óvulos es una técnica de preservación de la fertilidad que permite que los óvulos maduros conseguidos tras la estimulación y la punción ováricas sean criopreservados –congelación ultrarrápida que impide la creación de cristales al interior– para usarlos, posteriormente, cuando la mujer decida o cuando las circunstancias médicas lo permitan, mediante el procedimiento de la FIV. Existe también, otra técnica de preservación de la fertilidad que es la crioconservación del semen, para su uso posterior en FIV con ICSI o sin ICSI.

En las páginas web de los centros privados de reproducción asistida que practican esta técnica, aparecen dos grupos de destinatarias de la vitrificación de óvulos, según sean las razones médicas o *sociales*: 1) pacientes con riesgo de pérdida de la función ovárica; pacientes diagnosticadas de cáncer que van a recibir tratamiento con quimio o radioterapia; enfermedades autoinmunes que precisen quimioterapia, trasplantes de médula ósea; o mujeres con riesgo de cirugía ovárica repetida, como la endometriosis, es decir, todas mujeres con prescripción médica; 2) sin indicación médica o por causas sociales, mujeres que deciden postergar su maternidad por diversas razones o porque sus circunstancias económicas o laborales se lo exigen²⁰. En el Consentimiento informado de criopreservación de ovocitos propios, que se puede descargar de la página web de la SEF, la paciente debe declarar la indicación, en su caso, para la realización de dicho procedimiento:

- a) Médica: – Previa a tratamientos con riesgo de toxicidad ovárica. – Trastornos genéticos que conllevan un deterioro de la reserva ovárica. – Otra.
- b) Electiva: Aplazamiento de la maternidad²¹.

En el mismo documento, la paciente ha de marcar el destino que quiere dar a sus ovocitos vitrificados sobrantes: 1) Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer

¹⁹ <<http://www.elmundo.es/economia/2014/10/15/543e3439268e3ef9198b4576.html>> [Consultado el 7/4/17].

²⁰ <<https://ivi.es/>> [Consultado el 7/4/17].

²¹ <<http://sefertilidad.net/docs/biblioteca/consentimientosESP/consentimiento13.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

o, en su caso, su cónyuge femenino. 2) Donación con fines reproductivos (si la edad de la mujer es inferior o igual a 35 años). 3) Donación con fines de investigación (en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer). 4) Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida).

En el caso de la criopreservación de semen, en las páginas web de las clínicas encontramos los siguientes grupos de destinatarios: 1) varones que vayan a someterse a tratamientos que puedan dañar su fertilidad, como aquellos que vayan a comenzar un tratamiento oncológico con quimioterapia o radioterapia; 2) varones que vayan a realizarse una cirugía de testículo o próstata; 3) pacientes que vayan a someterse a una vasectomía; 4) pacientes con oligospermia severa –semen con baja cantidad de espermatozoides– que progresan hacia la azoospermia –ausencia de espermatozoides en el semen–; 5) en los tratamientos de FIV, para recurrir a ella en el caso de no poder extraer una muestra el día de la fecundación y para asegurar que la muestra que se va a utilizar el día de la inseminación es de buena calidad y 6) varones que desempeñan ocupaciones de alto riesgo y puede verse afectada su capacidad reproductiva²². En el consentimiento informado para la criopreservación de muestras de semen, el paciente no ha de marcar el tipo de indicación para el uso de este procedimiento, como en el caso de los ovocitos, sino que declara «Solicitar libre y conscientemente la criopreservación de muestras seminales para tratar de preservar la fertilidad futura, ya que va a recibir o ha recibido tratamientos que pueden afectar negativamente su capacidad reproductiva o deteriorar las características de los espermatozoides»²³. Otra diferencia con los consentimientos informados para la criopreservación de los ovocitos es que no se contempla su destino para la donación con fines reproductivos como sí ocurre con aquellos, solo se le informa de que «en cualquier momento el varón puede disponer la destrucción de sus muestras seminales o el cese de su mantenimiento o su donación para investigación, previa solicitud por escrito dirigida al banco de gametos».

Según la SEF, la tasa de supervivencia de los ovocitos vitrificados se estima entre un 80 y un 90% y la tasa de embarazo –que no de nacimiento vivo– tras la transferencia de embriones generados a partir de ellos del 30-40%. Según la misma entidad, aunque la criopreservación de los ovocitos puede prolongarse indefinidamente en el tiempo, se aconseja su uso con finalidad reproductiva antes de sobrepasar la edad fisiológicamente fértil de la mujer, 35 años. Así como se recomienda su extracción para la vitrificación antes de los 35 años, la misma edad que rige la donación de óvulos.

Llegados a este punto, podemos retomar la propuesta de Apple y Facebook de pagar la vitrificación de los ovocitos de sus empleadas para facilitarles la conciliación laboral y

²² <<http://www.evafertilityclinics.es>> [Consultado el 7/4/17].

²³ <<http://sefertilidad.net/docs/biblioteca/consentimientosESP/consentimiento11.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

familiar y hacernos el siguiente planteamiento: los incentivos sociales/laborales a la criopreservación de los ovocitos ¿representan una mayor autonomía de las mujeres en la planificación de sus proyectos vitales, reproductivos y laborales y en la gestión de sus tiempos?

Partiendo de los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (CTG), que analizan la ciencia desde una perspectiva feminista y atribuyen un peso estructural de las jerarquías de género en los procesos y dinámicas sociales, especialmente en los científico-tecnológicos²⁴, intentaremos responder a la cuestión planteada. Para ello, analizaremos los supuestos ideológicos –de género– de los que parte la propuesta de incentivar la vitrificación de los ovocitos como solución a la conciliación de la vida familiar y laboral de las mujeres.

En primer lugar, subyace la presunción de que la biología de la mujer condiciona su identidad y posición social, es decir, la idea de que toda mujer por el hecho de tener óvulos, desea o deseará en algún momento de su vida tener hijos. Esencialismo biologicista que no contempla la voluntad y el deseo de no-maternidad²⁵, como una opción tan legítima y plausible como la de la maternidad. Este supuesto reproduce y refuerza a su vez, la naturalización de lo que es un mandato social y una identidad inducida, la maternidad obligatoria que devalúa a las mujeres no madres, ya sea por motivos médicos o no: las que quieren ser madres y no pueden por razones médicas y de salud devienen objeto de lástima, compasión y pena, mientras que aquellas que pudiendo no quieren ser madres son estigmatizadas y acusadas de egoísmo e individualismo. Igualmente, se reproduce la naturalización de la relación materno-filial, reduciéndola a lo biogenético y obviando el origen social del vínculo que se construye a través del cuidado, la crianza, los afectos, y que, por tanto, puede ser compartido con otras personas que contribuyen a su creación aunque no exista conexión biogenética. Con ello, se refuerzan las categorías binarias, jerárquicas y excluyentes, que están en la base de nuestro sistema de sexo/género, por el que la mujer queda asociada a la naturaleza y el hombre a la cultura²⁶. Categorías que aparecen como referencias normalizadas en los consentimientos de preservación de la fertilidad. Al no considerar las razones sociales en el caso de la criopreservación del semen ni la opción de destinar a los fines reproductivos las muestras de semen sobrantes, se da por supuesto que son las mujeres las responsables únicas de preservar la fertilidad, cuando se sabe que a partir de los 40 años disminuye la calidad del semen y el aumento de

²⁴ PÉREZ SEDEÑO, E. y ORTEGA ARJONILLA, E., *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Valencia (Cátedra), 2014.

²⁵ Las mujeres que ni desean ni quieren tener hijos son conocidas como *Generación NoMo (Not Mothers)*, o también se utiliza el término *childfree*, referido a las mujeres libres de hijos, como resultado de su derecho a decidir no tener descendencia (BADINTER, É. *Le conflit. La femme et la mère*. Paris (Flammarion), 2010).

²⁶ Tesis que sostiene LÉVI-STRAUSS, C., en su análisis del parentesco *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona (Paidós), 1991 [1949] y que fue cuestionado por ORTNER, S. «¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?», en HARRIS, O. y YOUNG, K. (comp.) *Antropología y Feminismo*. Barcelona (Anagrama), 1979, pp. 100-131.

la edad del hombre aumenta el número de malformaciones importantes como el autismo y la esquizofrenia²⁷.

En segundo lugar, la propuesta contribuye a invisibilizar la concepción y representación del cuerpo de la mujer como producto social sexualizado. La sexualización del cuerpo de la mujer como cuerpo reproductivo/productivo posibilita la fragmentación, categorización y jerarquización de sus identidades plurales, que pasa por la jerarquización y el estatus asimétrico de los biomateriales en juego: óvulo/semen. Así ser mujer, madre y trabajadora asalariada, se presenta como un conflicto de intereses para la mujer y solo para la mujer, quien ha de resolverlo planificando su futuro a largo plazo. Futuro que debe planear y diseñar antes de los 35 años, a poder ser entre los 20 y los 30 años, período de mayor fertilidad, si quiere vitrificar sus óvulos, con lo que se ve obligada a ejercer de vidente y quiromante: ver su futuro para poder transformarlo, como si se tratara de un individuo abstracto y ajeno a los contextos sociales, políticos y económicos concretos con los que interactúa. Esto supone despolitizar la institución de la maternidad: la oferta de vitrificación de los ovocitos como incentivo social/laboral plantea el problema de la conciliación como una cuestión individual/particular que atañe solo a la mujer, y no como una cuestión social que afecta a la sociedad en su conjunto.

En tercer lugar, la sexualización de la mujer como cuerpo reproductivo/productivo supone considerar su capacidad genésica como biocapital –representado por sus óvulos– que la mujer, individuo racional y autónomo, debe administrar siguiendo la lógica empresarial de *maximización de sí*, para ajustarse al ideal de sujeto neoliberal de *empresario de sí mismo*. En palabras de Laval, C y Dardot, P.: «Se trata, de hecho, de producir una relación del sujeto individual consigo mismo que sea homóloga a la relación del capital consigo mismo: una relación, precisamente, del sujeto con él mismo como “capital humano” que debe aumentar indefinidamente, o sea, un valor que hay que incrementar cada vez más»²⁸. Cada cual es responsable de su éxito, de su destino y para ello debe gestionar su cuerpo, su imagen, su inteligencia, sus afectos, sus habilidades sociales, como si se tratara de una cartera de valores en una relación de costes/beneficios; a las competencias y habilidades adquiridas a través de la formación, las mujeres pueden sumar las competencias derivadas de su capital máspreciado: los óvulos. La vitrificación de los óvulos se presenta como una inversión a largo plazo, que permite a la mujer obtener una rentabilidad elevada en la medida que le permite administrar sus períodos de formación, empleo y maternidad. La relación entre capitalismo y patriarcado, ya destacada por las pensadoras feministas, alcanza

²⁷ La tasa media de mutaciones *de novo* paternas es de 2 por cada año. Un padre de 20 años transmite de media 25 nuevas mutaciones. Un padre de 40 años transmite de media 65 nuevas mutaciones. Una mujer transmite 15 mutaciones a cualquier edad. El 10% de las mutaciones son perjudiciales y el órgano más afectado es el cerebro. BRASSESCO MACAZZAGA, M., «Edad paterna y reproducción», ponencia on-line, *Congreso SEF 2016*, <<http://www.ponenciasfertilidadonline.es/congreso-sef-2016/ponencias/51-edad-paterna-y-reproduccion>> [Consultado el 7/4/17].

²⁸ LAVAL, C. y DARDOT, P., *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona (Gedisa), 2013, p. 21.

su máxima expresión con la vitrificación de óvulos como incentivo para conciliar la vida familiar y laboral de las mujeres: en nombre de la preservación de la maternidad, se accede al biomaterial más preciado y difícil de obtener, no solo para la biomedicina reproductiva sino también para la biomedicina regenerativa, la investigación sobre células troncales y la clonación con fines terapéuticos.

V. CONCLUSIONES

Los incentivos laborales a la vitrificación de los óvulos, bajo la excusa de permitir a las mujeres gestionar su proyecto reproductivo y laboral de acuerdo a sus necesidades y deseos, reproducen la imagen y representación del cuerpo de la mujer como entidad biológica preexistente y no como producto social y cultural, perpetuando la asimetría y desigualdad de estatus entre hombres y mujeres al reducir el cuerpo de estas últimas a cuerpos sexualizados.

La propuesta de vitrificación de óvulos refuerza el proceso de individualización del orden neoliberal, por el que las causas de la desigualdad entre hombres y mujeres y la dificultad de conciliar la vida personal/familiar y laboral, se traslada de las estructuras –mercado laboral, políticas públicas, sistema sexo/género–, al individuo, en este caso, a las mujeres. Las técnicas de reproducción asistida, entre las que está la vitrificación de óvulos, no pueden dar respuesta a los conflictos derivados de un sistema injusto e inequitativo entre géneros, que requiere de transformaciones sociales, políticas y económicas.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- BADINTER, E., *Le conflit. La femme et la mère*, Paris (Flammarion), 2010.
- BALASCH, J., «Ageing and fertility: an overview», *Gynecological Endocrinology*, 2010, pp. 1-6.
- BRASSESCO MACAZZAGA, M., «Edad paterna y reproducción», ponencia online, *Congreso SEF 2016*, <<http://www.ponenciasfertilidadonline.es/congreso-sef-2016/ponencias/51-edad-paterna-y-reproduccion>> [Consultado el 7/4/17].
- CARRASCO, C.; ALABART, A.; COCO, A.; DOMÍNGUEZ, M.; MARTÍNEZ, A.; MAYORDOMO, M.; RECIO, A. y SERRANO, M., *Tiempos, trabajos y flexibilidad: una cuestión de género*, Madrid (Instituto de la Mujer), 2003.
- CASTAÑO, C. (dir.), *Las mujeres en la gran recesión*, Valencia (Cátedra), 2015.
- CASTRO-MARTÍN, T. y SEIZ-PUYUELO, M., «La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica», en *VII Informe sobre la exclusión y desarrollo social en España*, Madrid (Fundación FOESSA), 2014.

- DEVOLDER, D., «Fecundidad: factores de la baja fecundidad en España», en TORRES, C. (ed.), *España 2015. Situación social*, Madrid (CIS), 2015, pp. 85-95.
- ENCUESTA DE POBLACION ACTIVA (EPA) del tercer trimestre de 2015.
- ESCOBEDO, A., «Las estrategias de conciliación de vida familiar y laboral», en TORRES, C. (ed.), *España 2015. Situación social*, Madrid (CIS), 2015, pp. 328-333.
- ESTEVE, A., DEVOLDER, D. y DOMINGO, A. «La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!», *Perspectives Demogràfiques*, núm. 1, enero 2016, pp. 1-4.
- FUNDACIÓN ALTERNATIVAS. *1er Informe sobre Desigualdad en España 2013*.
- LAVAL, C. y DARDOT, P., *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*, Barcelona (Gedisa), 2013.
- LÉVI-STRAUSS, C., *Las estructuras elementales del parentesco*, Barcelona (Paidós), 1991[1949].
- MARRE, D. «Los silencios de la adopción en España», *Revista de Antropología Social*, vol. 18, 2009.
- MARTÍ GUAL, A., «Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias», 2011. Tesis doctoral disponible en línea <<http://www.tdx.cat/handle/10803/32098>> [Consultado el 7/4/17].
- MATORRAS, R., y HERNÁNDEZ, J. (eds.), *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción*, Madrid (Adalia), 2007.
- ORTNER, S., «¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?», en HARRIS, O. y YOUNG, K. (comps.) *Antropología y Feminismo*. Barcelona (Anagrama), 1979, pp. 100-131.
- PÉREZ SEDEÑO, E. y ORTEGA ARJONILLA, E., *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Valencia (Cátedra), 2014.
- REGISTRO NACIONAL DE ACTIVIDAD 2014 - Registro Sociedad Española de Fertilidad (SEF). <https://www.registrosef.com/public/docs/sef2014_IAFIV.pdf> [Consultado el 7/4/17].
- SCHNEIDER, D., *American Kinship: A Cultural Account*, Chicago (University of Chicago Press), 1968.

THE EUROPEAN SOCIETY FOR HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY, «Infertility revisited: The state of the art today and tomorrow», *Human Reproduction*, 1996, vol. 11, pp. 1779-1807.

TORNS, T. «La precariedad laboral en España: ¿es cosa de mujeres?», en TEJERINA, B.; CAVIA, B.; FORTINO, S. y CALDERÓN, J.A. (eds.), *Crisis y precariedad vital*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2013, pp. 171-192.

TORNS, T., «De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 23, núm. 1, 2005, pp. 15-33.

TORNS, T.; BORRAS, V. y CARRASQUER, P. «La conciliación de la vida laboral y familiar: ¿Un horizonte posible?», *Sociología del Trabajo*, núm. 50, 2004, pp. 111-138.