



DESDE LA CLÍNICA DE FERTILIDAD: ALIANZAS REPRODUCTIVAS, MADRES JUBILEAS Y BEBÉS PROBETA

From the fertility clinic: reproductive alliances, jubilee mothers and test tube babies

RAQUEL TARANILLA

UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA (ESPAÑA) rtaranilla@uoc.edu

Es licenciada en Derecho y doctora en Filología Española por la Universidad de Barcelona. Ha impartido clase en la Universidad de Barcelona, en la Escuela Judicial de España, en la Universitat Oberta de Catalunya y en la Universidad Hamad bin Khalifa. Se dedica a investigar las prácticas comunicativas de las instituciones públicas. Es autora de *La justicia narrante* (2012) y *Mi cuerpo también* (2015).

RECIBIDO: 8 DE JULIO DE 2017

ACEPTADO: 1 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESUMEN: Este artículo comienza abordando el discurso producido en torno a la tecnología de la reproducción asistida. A partir de los textos emitidos por la clínica de fertilidad, se pretende comprender el papel actual de los tratamientos reproductivos y plantear, yendo más allá de las críticas que generan, en qué han ayudado a derribar estereotipos muy establecidos. En primer lugar, la generalización de las tecnologías de reproducción asistida ha acabado con el relato hegemónico sobre la concepción humana (en el que un espermatozoide poderoso logra conquistar un óvulo e iniciar una vida nueva). En segundo lugar, la clínica de fertilidad obliga a entender la reproducción humana como una tarea colectiva, en la que se generan relaciones fructíferas. En tercer lugar, también hace emerger nuevas subjetividades ligadas a la maternidad/paternidad y la filiación, que consiguen desestabilizar ciertas identidades de género y de familia que han sido privilegiadas hasta ahora. A modo de ejemplo de nueva subjetividad, se propone la *maternidad jubilea*, en cuya fusión de cuerpo y tecnología queda cuestionada con éxito la construcción social de la esterilidad.

ABSTRACT: This article addresses the discourse of assisted reproduction technology. By analyzing texts produced by fertility clinics, the aim is to describe the current role of reproductive treatments and to consider their benefits in undermining well-established stereotypes. First, the increase in the use of assisted reproductive technologies breaks down the hegemonic narrative of human conception (in which the powerful sperm conquers the egg to start a new life). Second, in fertility clinic human reproduction should be considered a collective task, in which fruitful relationships are developed. Third, assisted reproductive technology fosters the emergence of new subjectivities linked to motherhood/fatherhood and filiation, which destabilize prevailing gender and family identities. As an example of a new subjectivity, *jubilee motherhood* is proposed. The fusion of body and technology in it challenges the social construction of infertility.

KEYWORDS: fertility clinic, assisted reproductive technology, motherhood, filiation, subjectivity, medical discourse.

PALABRAS CLAVE: clínica de fertilidad, tecnología de reproducción asistida, maternidad, filiación, subjetividad, discurso de la medicina.

Raquel Taranilla.

“Desde la clínica de fertilidad: alianzas reproductivas, madres jubileas y bebés probeta”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 107-127.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10523 ISSN: 2340-1869

1. LA REPRODUCCIÓN HUMANA: FIN DEL RELATO ÚNICO

En julio de 1978, en el Hospital General de Oldham, llegaba al mundo mediante cesárea Louise Brown, la que fuera llamada en los medios de comunicación “el bebé del siglo” por ser el primer ser humano concebido gracias a una técnica de fertilización en el laboratorio, en el seno de una placa de Petri y no en el interior del útero materno. La viabilidad de la primera niña probeta daba carta de naturaleza en la historia de la procreación humana a la oposición *in vivo - in vitro*, para aludir al distinto origen que puede tener un embrión. Desde esa fecha las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se han generalizado hasta el punto de que actualmente el número total de personas concebidas de forma artificial supera los siete millones en todo el mundo (Paulson *et al.*, 2017). Más allá de sus repercusiones de tipo biológico, social y demográfico, o de sus implicaciones éticas, el fin de la unidad en las formas de fecundación ha vuelto imposible seguir manteniendo un relato único que dé cuenta satisfactoria de la concepción humana (Weil, 2011): la idea tradicional según la cual un hombre y una mujer mantienen una relación sexual en la que un espermatozoide logra abrirse camino a través del útero y fecundar un óvulo se ha revelado insuficiente para dar cuenta apropiada del origen de todos los seres humanos, algo que fuerza a ampliar el espectro de narrativas sobre la reproducción de nuestra especie.

En su inicio, las TRA levantaron críticas y suspicacias no solo en los sectores conservadores y religiosos, sino también desde posicionamientos feministas radicales, que vieron en la fecundación gestionada y ejecutada por la clínica una herramienta de las políticas pronatalistas y una forma de sofisticar técnicamente el sometimiento de la mujer a su dimensión reproductiva y materna, así como de perpetuar el papel que le asignaba la maquinaria capitalista.¹ Y, sin embargo, con el paso de los años se ha hecho innegable que la transformación epistemológica a la que ha ido conduciendo esa tecnología ha abierto fisuras en la arquitectura ideológica sobre la procreación de la vida que desgarran los relatos de la reproducción justamente allí donde los estudios de género habían señalado que el discurso científico aprehende y revalida estereotipos clásicamente vinculados a lo femenino y a lo masculino (Martin, 1991; Moore, 2007: 63). En efecto, quedó patente que las construcciones culturales sobre los géneros tienen un calado hondo en la narrativa médica y esta, a su vez, se traslada al relato común, divulgado, sobre la reproducción. El mito del óvulo (el gameto femenino) es que es una célula pasiva, estática, desvalida, a la espera de ser fecundada, mientras que el espermatozoide (el gameto masculino) se caracteriza por ser activo, móvil, viajero, competidor, penetrante, potente y conquistador. Muy rara vez esa caracterización hegemónica ha sido contrariada por propuestas alternativas (Martin, 1991: 492-494): solo puntualmente el óvulo se ha presentado como un foco de atracción del espermatozoide, que, librado a su suerte en el útero, queda atrapado por aquel de manera agresiva; y tampoco ha prosperado un relato de tendencia conciliadora, en el que los dos gametos constituyen una pareja mutuamente activa, cuya comunicación traza un puente que acaba generando una vida nueva.

¹ Para una historia de las posturas distintas (y a menudo antitéticas) que adoptó el feminismo ante el surgimiento y la generalización de las TRA, véase Thompson (2002a).

En realidad, la resistencia de las representaciones clásicas de la reproducción solo empezó a ser minada cuando se combinaron dos transformaciones cruciales del final del siglo XX: la revolución médico-tecnológica y social que han supuesto las TRA, por un lado, y el surgimiento de nuevos modelos familiares (tanto de familias monoparentales como de familias homoparentales), por el otro lado. Esa doble innovación ha abierto rutas nuevas hacia la procreación, lo que ha generado, como consecuencia, conceptos nuevos que han incorporado componentes narrativos específicos y han revolucionado, al mismo tiempo, los ingredientes clásicos en la ideología de la reproducción. Su análisis proporciona claves únicas acerca de algunas de las nuevas formas de subjetividad del ser humano, primeramente, en relación con el modo en que los humanos nos comprendemos en tanto que seres pro-creadores (algo que abarca, como se verá, procedimientos que van más allá de nuestra existencia paternal o maternal) y, en segundo lugar, en relación con nuestra dimensión de seres pro-creados (esto es, en términos de nuestra filiación).

Este artículo parte de abordar el discurso producido en torno a la reproducción asistida y, en particular, analiza algunos textos emitidos en el contexto de la clínica de fertilidad, instancia de intervención privilegiada de las TRA. Asimismo, se emplean en él otras producciones culturales cuyo análisis permite comprender el papel actual de los tratamientos reproductivos. Se determina, para empezar, el modo como la clínica dota de sentido a su misión reproductiva y cómo su ideología es integrada en las representaciones que elaboran sus pacientes (apartado 2). A fin de ser completa, esa descripción debe incluir algunas de las críticas más actuales a la tecnología de la reproducción artificial y las sombras que la rodean, pues nos imponen la obligación de pensar permanentemente los límites que han de tener sus intervenciones, a la vez que la necesidad de resignificar sus prácticas y sus efectos sobre el mundo. Con todo, aquí se va a defender que no es conveniente seguir manteniendo una visión condenatoria y apocalíptica de las TRA. Es necesario tener en cuenta tanto su implantación globalizada como los beneficios evidentes que procura, y plantear sin prejuicios ni supersticiones la convergencia entre la ciencia y la biología, la técnica y el cuerpo humano. Es más, hay que saludar que las TRA se hayan convertido en el epicentro desde el que se han agitado definitivamente los cimientos de las explicaciones consagradas sobre la procreación de la vida.

El poder transformador de la fecundación médicamente asistida nace de constatar en la práctica que la reproducción de los seres humanos no puede ser entendida nunca más como un proceso monolítico. No es posible orillar el origen artificial de cada vez más seres humanos, o contemplarlo como una génesis bastarda, en tanto que recurso secundario a una fórmula deshumanizada que ha inventado la medicina para aquellos que no pueden concebir mediante el coito heterosexual. Aunque es cierto que muchos de quienes acuden a la clínica de fertilidad lo hacen a raíz de un problema de infertilidad, el hecho es que ese motivo no agota las posibilidades de la ciencia de la reproducción, que con el paso del tiempo se vuelven más diversas. En ese sentido, la cópula entre hombre y mujer, el gran tótem de la ideología tradicional sobre la reproducción, se viene abajo definitivamente al generalizarse las TRA. Con ellas la procreación humana pasa a ser producto de una acción colectiva, de la labor conjunta de agentes diversos que coinciden y coordinan sus tareas en la clínica de fertilidad (apartado 3). Esa comunidad reproductiva responde, como se expondrá, al cambio de paradigma que

supone que los seres humanos de la actualidad desarrollen su vida como una organización en forma de red, y que operen interrelacionados entre sí y con la técnica. El calado de tal transformación es profundo y ha penetrado en la vida hasta alcanzar y traspasar la concepción del embrión, instante biológico original. Reconocer que la procreación tiene los perfiles abiertos, permeables, permite atender además a la emergencia de nuevas subjetividades ligadas a la maternidad/paternidad y la filiación, que contribuyen a echar por tierra identidades privilegiadas hasta ahora y, a su vez, encarnan modelos de ruptura afirmativa, de no asimilación a los moldes recibidos y de invención constructiva y vitalista del yo. Las TRA propician la creación individual de imágenes poderosas, de formas luminosas de repensar nuestra naturaleza procreada y procreadora. A modo de ejemplo, se propone aquí la irrupción de una “maternidad jubilea”, que rompe la dicotomía aborrecible entre mujeres fértiles y mujeres estériles (apartado 4).

Se ha escrito mucho sobre la medicalización de la reproducción humana, sobre cómo en el último siglo el razonamiento y la práctica médica se han ido apropiando de la gestación (por citar solo algunos nombres, Barker, 1998; Rúðólfssdóttir, 2000; Parry, 2006), del parto (Oakley, 1984; Rothman, 1991; Zwelling, 2008; Brubaker y Dillaway, 2009) y de los primeros cuidados del recién nacido (Wallace y Chason, 2007). Si bien se entiende que el control del embarazo y del parto ha supuesto un cambio revolucionario en la forma de vida humana que es fundamental para comprender el mundo contemporáneo (Boltanski, 2004), en general también se suele criticar la patologización excesiva de la reproducción, así como el sometimiento de las mujeres gestantes al dictado de los protocolos de la clínica con relación al modo adecuado de traer bebés al mundo. Igualmente, se ha puesto de relieve que la medicina no tiene límite a la hora de ampliar sus competencias, que se han extendido a la planificación familiar, haciéndose con el control de los medios de anticoncepción, el control de la natalidad, la preservación de la fertilidad, la interrupción del embarazo, etc. Dado que en pocos años las TRA han adquirido el estatus de recursos decisivos de la configuración de individuos y familias, también se han convertido en objeto de análisis desde la crítica de género y los estudios en biopolítica, que han detectado en la tecnificación de la procreación un instrumento poderoso para intervenir y hacer política sobre los cuerpos, que los somete a ciertas expectativas culturales y se ensaña particularmente con los cuerpos femeninos (entre otros, Gupta y Richters, 2008; Perrotta, 2008; Showden, 2011: 93-134). Pese a que hay mucho de verdad en tales apreciaciones, es innegable también que las TRA brindan una posibilidad de reconsiderar la naturaleza de la especie humana que no debemos desestimar. Quienes se reproducen o han sido generados mediante fórmulas artificiales de concepción podrían ser ubicados y comprendidos entre esas “extrañas criaturas fronterizas –simios, *cyborgs* y mujeres–, que han ocupado un lugar desestabilizador en las grandes narrativas biológicas, tecnológicas y evolucionistas occidentales” (Haraway, 1995: 62) y cuya fuerza transgresora proviene del replanteamiento de la interacción humana con elementos dispares del mundo. En sinergia con la técnica de la reproducción, los cuerpos armados y las vidas creadas en el enclave reproductivo que es la clínica de fertilidad poseen un potencial de quiebra de las expectativas culturales sobre los seres humanos –pero también de lo que son los géneros y lo que es una familia– del que podemos servirnos para la invención de identidades humanas cada vez menos encorsetadas, que nos permitan escapar de ciertas esclerosis.

2. LA CLÍNICA DE FERTILIDAD: EL DESEO EN CÓPULA CON LA TÉCNICA

En combinación con el centro de planificación familiar, la generalización de las TRA ha hecho de la clínica de fertilidad el escenario desde donde se administra la creación artificial de seres humanos y que, en esencia, consiste en un espacio hospitalario en el que se lleva a cabo la fecundación del embrión y su transferencia al útero gestante. La novedad de las TRA se deriva, precisamente, de que la concepción, que hasta hace solo cuatro décadas se realizaba en exclusiva en la intimidad y quedaba circunscrita al ámbito privado,² ha pasado a ser materia de la clínica y se realiza empleando un procedimiento científico-técnico. La clínica de fertilidad interviene en los casos en que se persigue procurarle descendencia a un cuerpo infértil, pero también a aquellos individuos que no desean concebir mediante una relación sexual y cuando se busca evitar la transmisión de determinadas enfermedades al embrión. En la clínica de fertilidad se culmina, por tanto, la separación entre coito heterosexual y reproducción, que se institucionalizó en su día con el control de la natalidad (Gordon, 1976), y a cuyos recursos fundamentales (la píldora anticonceptiva y el preservativo) quedan conjugadas las TRA.

Es posible que en el imaginario colectivo la idea de clínica de fertilidad recoja los ecos del Centro de Incubación y Condicionamiento en el que empieza la novela *Un mundo feliz* (1932); no obstante, el hecho es que las clínicas de fertilidad reales tienen una naturaleza muy distinta. En la obra de Aldous Huxley, los individuos son creados en un entorno fabril del que se ha desterrado la idea de familia y, en consecuencia, se ha aniquilado a sus miembros: ya no hay padres ni tampoco hay hijos, sino que el objetivo de la clínica es generar individuos amputados de toda idea de progenie. Los gametos, tanto los femeninos como los masculinos, que se emplean en la fecundación provienen de cuerpos que se mantienen en la penumbra:

(1)

Sin dejar de apoyarse en las incubadoras, el director [del Centro de Incubación y Condicionamiento] ofreció a los nuevos alumnos, mientras los lápices corrían ilegiblemente por las páginas, una breve descripción del moderno proceso de fecundación. Primero habló, naturalmente, de sus prolegómenos quirúrgicos, “la operación voluntariamente sufrida para el bien de la Sociedad, aparte el hecho de que entraña una prima equivalente al salario de seis meses”; prosiguió con unas notas sobre la técnica de conservación de los ovarios extirpados de forma que se conserven en vida y se desarrollen activamente; pasó a hacer algunas consideraciones sobre la temperatura, salinidad y viscosidad óptimas; [...] y, acompañando a sus alumnos a las mesas de trabajo, les enseñó en la práctica cómo se retiraba aquel licor de los tubos de ensayo; cómo se vertía, gota a gota, sobre placas de microscopio especialmente

² El concepto de TRA incluye, en rigor, solamente aquellos métodos de fertilidad en los que se tratan en el laboratorio tanto el gameto femenino como el masculino, y se cultiva el embrión resultante de su unión (McCulloh, 2009: 9). Queda excluido, por lo tanto, el método de la inseminación artificial (que consiste en introducir esperma dentro de un útero por medios mecánicos, en reemplazo de la cópula), que según parece se practicó por primera vez en el Reino Unido a finales del siglo XVIII (Clarke, 2006: 1649). El arranque de las TRA no se produjo hasta que fue posible generar un embrión *in vitro*, en el laboratorio, algo que se logró en 1963, cuando se concibieron de forma artificial algunos embriones de mamíferos. En 1969 se inició el cultivo de embriones humanos (Clarke, 2006: 1649; Brinsden, 2011: 3).

caldeadas; [...] cómo (y para ello los llevó al sitio donde se realizaba la operación) este recipiente era sumergido en un caldo caliente que contenía espermatozoo en libertad.³

En la descripción de Huxley ni “la operación voluntariamente sufrida”, ni “los ovarios extirpados”, ni los espermatozoo están vinculados a un cuerpo humano del que provienen. La fecundación no solo ha sido separada de la sexualidad, sino que también han sido borradas las huellas de la genealogía, como si el hecho de que los gametos tengan su origen en una generación humana previa fuese solo un inconveniente que, gracias a la técnica, se consigue por fin eclipsar. Por el contrario, el discurso que emiten nuestras clínicas de fertilidad pone el acento en las figuras paterna y, sobre todo, materna, cuyo deseo de tener descendencia es el motor de un proceso en el que el coito (y, con él, el deseo sexual) ya no tiene presencia (Imagen 1). La clínica de fertilidad se presenta a sí misma como la ayuda necesaria para cumplir el anhelo de ser padre o madre, que se encarna anticipadamente recreando al futuro bebé soñado, tanto verbalmente como mediante imágenes (Imagen 2):

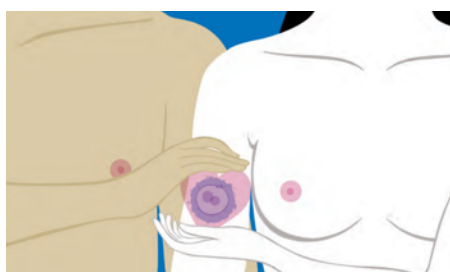


Imagen 1. Fuente: libro monográfico *Saber más sobre Fertilidad y Reproducción Asistida (2011)*, editado por la Sociedad Española de Fertilidad, pág. 46.



Imagen 2. Fuente: publicidad de una clínica de fertilidad privada.

A diferencia del centro imaginado por Huxley, en donde el vínculo familiar queda deshecho y abolido, la clínica de fertilidad es un espacio que consagra modelos de familia. Según Thompson (2002b), en sus prácticas se subraya cierta comprensión del parentesco mientras que se minimizan, e incluso se eliminan, otras formas de creación de vínculos humanos destinados a la crianza. En función de los usos y de la normativa de cada país, la clínica de fertilidad ofrece sus tratamientos a aquellas unidades familiares que se ajustan a los modelos autorizados, consolidando y reproduciendo determinadas concepciones de lo que es una familia. Los tres ejemplos siguientes, que forman parte

³ Huxley, Aldous. *Un mundo feliz*. Barcelona: Plaza & Janés (1976), pág. 20. Traducción: Ramón Hernández.

de la publicidad de una clínica de fertilidad privada española, resumen sendos tratamientos específicos (a saber: el estudio de fertilidad, la ovodonación y el método ROPA), que se destinan, respectivamente, a una pareja de hombre y mujer con problemas de fertilidad (ejemplo 2), a una mujer, con o sin pareja masculina (ejemplo 3), y a una pareja de mujeres (ejemplo 4):

(2)

Estudio de fertilidad de la pareja

¿Queréis ser padres y no lo habéis conseguido?

Os ayudamos a descubrir la causa y encontrar la mejor solución

Cuando una pareja tiene problemas para concebir es fundamental estudiar a ambos miembros para hacer el diagnóstico. Además, en un 30% de los casos la infertilidad se debe tanto a factores masculinos como femeninos, por lo que hacer el estudio en pareja permite agilizar el proceso, así como identificar otros factores de incompatibilidad genética o inmunológica que puedan existir.

(3)

Ovodonación

Una oportunidad para vivir el embarazo

¿Quieres ser madre y disfrutar de la experiencia del embarazo? Con la ovodonación, puedes. Nuestro centro, pionero en reproducción, te garantiza grandes resultados, y el programa de captación de donantes más riguroso a nivel nacional.

La Fecundación in vitro con óvulos donados es una técnica de reproducción asistida que permite inseminar óvulos de una donante con el semen de la pareja receptora (o de un donante) para obtener embriones que se transfieren al útero de la futura madre.

(4)

Método ROPA [Recepción de Óvulos de la Pareja]

¿Estáis pensando en tener un bebé? ¿Os gustaría compartir la maternidad? ¡El método ROPA os lo pone fácil!

Si habéis decidido tener un hijo y las dos queréis participar de forma activa en el embarazo, la mejor elección es la Recepción de Óvulos de la Pareja (ROPA). Este tratamiento se dirige de forma específica a parejas de mujeres, y permite que una de vosotras aporte los óvulos y la otra se encargue de la gestación, por lo que las dos sois madres biológicas y tendréis los mismos derechos y deberes respecto a vuestro futuro bebé.

En ese sentido —y salvando las distancias que hay entre ellas—, la clínica de fertilidad real, más que con la invención de Huxley, estaría emparentada con el balneario donde se sitúa la acción en la novela *La despedida* (1973) de Milan Kundera. En ella el doctor Skreta trata a mujeres que no consiguen quedarse embarazadas y las insemina con su propio esperma, sin informar de ello ni a sus pacientes ni a sus esposos, que harán las veces de padres ignorantes y felices de hijos cuya fisonomía recuerda a la de Skreta:

(5)

Aunque no quería multiplicarse, a Jakub le gustaban los niños.

—Tienen un crío muy simpático —dijo.

—Es muy gracioso —dijo la mujer—. No sé a quién habrá salido con esa narizota tan grande.

A Jakub le vino a la mente la nariz de su amigo [Skreta] y dijo:

—Me contó el doctor Skreta que la había atendido.

—¿Conoce usted al doctor? —dijo con alegría el hombre.

–Es amigo mío –dijo Jakub.
–Le estamos muy agradecidos –dijo la joven mamá y Jakub pensó que éste debía ser uno de los éxitos del proyecto eugenésico de Skreta.
–No es un médico, es un mago –dijo el hombre con admiración.
A Jakub se le ocurrió que los tres parecían en aquel ambiente pacífico, semejante a Belén, la *Sagrada Familia* y que tampoco el hijo que tenían provenía de un padre humano, sino del Dios-Skreta.⁴

Igual que el balneario de Kundera, la clínica de fertilidad no se entiende a sí misma como un enclave de disrupción del orden familiar establecido, sino como un espacio hospitalario de fines continuistas, que se amolda al sistema de parentesco avalado y practicado por la sociedad, a la que se propone darle las satisfacciones reproductivas que no se pueden o no se quieren obtener por medio del coito heterosexual. Su tarea se concibe en términos de ayuda, ya sea en forma de servicio asistencial –procurado gratuitamente por un sistema de sanidad público–, o mediante el pago de servicios –cuando se recurre a una clínica de fertilidad privada que ofrece sus productos en el mercado (Imagen 3)–:



Imagen 3. Fuente: publicidad de una clínica de fertilidad privada.

La clínica de fertilidad reproduce, por tanto, el modelo de familia culturalmente aceptado, pero al mismo tiempo desarticula el monopolio de la cópula sexual entre hombre y mujer como forma de procreación. Implantando formas nuevas de generar seres humanos, la clínica de fertilidad obliga a modificar la narrativa hegemónica de la fecundación (según la cual un hombre y una mujer mantienen una relación sexual y engendran una vida nueva, en un acto íntimo al que cabe añadirle matices más o menos románticos), que queda remplazada por narrativas que tienen el siguiente guion: una mujer sola o una pareja heterosexual u homosexual desea tener descendencia; la clínica de fertilidad determina cuál de las TRA es adecuada a su caso y la aplica sobre el cuerpo o los cuerpos correspondientes; y eventualmente se engendra una vida nueva, que se gesta en un útero. El texto 6, extraído de la web institucional de una clínica de fertilidad privada española, es un ejemplo del nuevo relato de la reproducción, cuyo planteamiento ha cambiado en paralelo al relato que hace la medicina de la reproducción asistida cuando se dirige específicamente a sus propios profesionales, tal como muestra el texto 7, extraído de un manual médico sobre TRA:

⁴ Kundera, Milan. *La despedida*. Barcelona: Tusquets, (2010): págs. 137-138. Traducción: Fernando Valenzuela.

(6)

La Fecundación in Vitro (FIV) es la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio –*in vitro*–, con el fin de obtener embriones ya fecundados para transferir al útero materno y que evolucionen hasta conseguir un embarazo. [...] Es la técnica de Reproducción Asistida más utilizada en las clínicas de Medicina Reproductiva pero será el ginecólogo el que determine, tras un estudio previo sobre las posibles causas de la infertilidad, cuál es la más adecuada para cada caso.

(7)

*Hormonal stimulation protocols are designed to mimic the natural events that lead to production of mature oocytes. In IVF [In Vitro Fertilization] patients, these oocytes are aspirated from the ovarian follicles prior to ovulation and allowed to meet the sperm cells in the Petri dish.*⁵

Los protocolos de estimulación hormonal están diseñados para imitar los acontecimientos naturales que conducen a la producción de ovocitos maduros. En las pacientes de FIV [Fecundación In Vitro], estos ovocitos se aspiran de los folículos ováricos antes de la ovulación y se les deja unir con los espermatozoides en la placa de Petri.

Al margen de la dimensión deseante que les asigna la clínica, en lo que respecta específicamente a la descripción del tratamiento médico, las figuras materna y paterna quedan reducidas a ser el soporte o el continente de los elementos protagonistas de la reproducción (a saber, el óvulo y el espermatozoide, que forman el embrión en un acto regido por los profesionales de la clínica), a lo largo de un proceso que se extenderá hasta el final del tratamiento, cuando se transfiera el embrión al útero gestante y se confirme, en su caso, que se ha producido el embarazo. El espermatozoide pierde el papel de viajero conquistador que le asigna el relato de fecundación tradicional, y es dirigido al encuentro con el óvulo en el interior de la placa de Petri, en el contexto del laboratorio, donde se incuba el proceso. El rol del espermatozoide ya no es activo y dinámico, sino sometido a las decisiones y la actuación del biólogo, que media entre los gametos. Esa pérdida de autonomía se acentúa, aún más, cuando se recurre a una tecnología reproductiva específica, un método llamado fecundación con microinyección intracitoplasmática, que consiste en que el biólogo selecciona un único espermatozoide y lo inyecta, con una aguja, dentro de un óvulo, forzando la fecundación.⁶

En resumen, en el laboratorio de embriología se produce la descorporeización de la concepción (Lam, 2014), que merma la intervención de los progenitores y pasa a ser competencia y

⁵ Granot, Irit y Dekel, Nava (2009). "Preparation and evaluation of oocytes for ICSI". Gardner, David; Weissman, Ariel; Howles, Colin y Shosham, Zeev (eds.) *Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Laboratory and Clinical Perspectives*. Londres: Informa, pág. 108.

⁶ Esa reducción del protagonismo del espermatozoide no es el único argumento que proporcionan las TRA que permite cuestionar las narrativas de fecundación en las que los gametos masculinos ejercen en solitario el rol activo y poderoso. En sus intentos por controlar el cultivo de embriones, la biología hizo un descubrimiento fundamental, que se produjo en el año 1951: tras la eyaculación, los espermatozoides no están todavía preparados para fecundar el óvulo, sino que necesitan pasar por una serie de transformaciones que ocurren en el interior del aparato genital femenino, y que suceden gracias a distintas sustancias liberadas por el útero. Esa maduración de las aptitudes del esperma, a la que la ciencia llamó "capacitación espermática" y que fue un hallazgo clave a la hora de cultivar embriones *in vitro*, contradice la representación del cuerpo femenino como espacio pasivo y desvalido de la fecundación, pero no ha tenido repercusión alguna en la narrativa tradicional sobre la concepción.

obra de médicos y biólogos. En el nivel del discurso, con todo, las TRA se caracterizan por su desagentivación, propiedad que es general en todo texto médico y, en realidad, en los textos producidos en ámbitos especializados. Así, la intervención de los profesionales de las TRA acostumbra a quedar impersonalizada mediante recursos lingüísticos que ocultan su agencia: en el par de ejemplos anteriores, gracias a las fórmulas “con el fin de *obtener* embriones ya fecundados para *transferir* al útero materno”, “Los protocolos de estimulación hormonal *están diseñados*” y “estos ovocitos *se aspiran*”, se logra dejar en la sombra a los profesionales de la clínica de fertilidad y, a cambio, se pone el foco en la acción técnica.

Ahora bien, en los casos en que el discurso de la clínica tiene un componente claramente publicitario (como es el caso de los textos 2 a 4), ese rasgo impersonalizador convive con alusiones explícitas al personal clínico y a la tecnología en tanto que la asistencia necesaria para cumplir el deseo de tener descendencia (“Os ayudamos”, “Nuestro centro te garantiza grandes resultados”, “El método ROPA os lo pone fácil”), lo que tiene una pretensión ligada a estrategias de marketing. Esa función de los profesionales como ayudantes necesarios se mantiene y es reconocida en los relatos de aquellos que han logrado tener descendencia mediante las TRA, hasta el punto de que, según Laufer y Mauron (2006: 46), hay quienes ponen el nombre del ginecólogo al hijo o la hija concebido de forma asistida.

A fin de reforzar su contribución, toda clínica de fertilidad –y, de forma muy particular, las clínicas privadas– publicita sus resultados, esto es, sus tasas de éxito. Para ello, realiza un cálculo de las probabilidades de conseguir el embarazo gracias a los tratamientos que ofrece, tal como ilustra el texto del ejemplo 8, extraído de la web institucional de una clínica de fertilidad privada:

(8)

En el caso de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital V., en 2012 llegaron a punción 269 ciclos en mujeres con una edad media de 36 años y la tasa de éxito (embarazos en función del número de transferencias) fue de un 65,38%.

Este porcentaje sube hasta un 74,03% en el caso de las pacientes que recurren a la donación de óvulos.

Dentro de la FIV [Fecundación In Vitro], la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides [...] es el tratamiento que mejores resultados está reportando, con una tasa de éxito del 64,90%. Por tramos de edad, los resultados son los siguientes:

- Con menos o 34 años de edad - 69,44%
- Entre 35 y 38 años de edad - 73,49%
- Entre 39 y 42 años de edad - 47,76%

En tal planteamiento la clínica de fertilidad incorpora para sus fines el método estadístico, que en las últimas décadas se ha convertido en parte del instrumental teórico básico de las ciencias de la salud (Dawes *et al.*, 1989). En general, la medicina usa la estadística como forma de predecir, de un lado, el riesgo de desarrollar cierta dolencia y poder desarrollar sistemas específicos de prevención de enfermedades y, de otro lado, la efectividad de un tratamiento determinado aplicado en un paciente concreto. La clínica de fertilidad también recurre a la razón probabilística, pero la aplica a esa enteología que es la vida no concebida, con lo que se adelanta el ámbito temporal del dominio que la

ciencia tiene sobre los cuerpos hasta un momento anterior a su existencia. El objetivo de la llamada “sociedad de control”, que es regular grupos poblacionales en los que el individuo-cuerpo es pensado en términos de individuo-cifra (Deleuze, 1999), llega a la consumación de su obra cuando puede establecer incluso si un individuo llegará o no a ser concebido.

La estadística es integrada por los pacientes que se someten a las TRA en su interpretación del tratamiento. Eso explica que se planteen los intentos de embarazo en términos de juego de azar (Laufer y Mauron, 2016: 65-69): cada uno de los embriones obtenidos en el proceso de reproducción constituye para quien desea tener descendencia una opción para tentar a la suerte y tener fortuna. Un tratamiento de fertilidad es descrito metafóricamente como una lotería o como una inversión, en las que cabe ganar y cabe perder (De Lacey, 2002). Con todo, los discursos que emite la clínica de fertilidad acostumbran a poner el foco en la consecución del premio (el bebé) a través del remedio que proporcionan las TRA, dando una cara amable del proceso, mitigando o incluso dejando fuera de campo la posibilidad del fracaso, e incluso introduciendo en ocasiones sesgos en los resultados (Kath Rothman, 1989: 98-99; Sharif y Afnan, 2003).

3. LA REPRODUCCIÓN COMO TAREA COLECTIVA

Además de ser punto de comunión entre el deseo de procrear y la técnica, lo que pone en evidencia la clínica de fertilidad es que las TRA convierten la reproducción en un cometido en grupo a modo de coreografía en la que participan un conjunto heterogéneo de actores (médicos, biólogos, pacientes, compañías farmacéuticas, etc.) que actúan en pos de un bebé viable (Thompson, 2005). Bien es cierto que, como se desprende de algunas críticas a las TRA, se genera una geometría en el ejercicio de la reproducción que relega a la mujer-madre a uno de sus vértices, lo que puede ser visto como una forma de desapropiación institucionalizada de la maternidad; pero, de otro lado, nada impide proponer una versión distinta, una lectura en la que se focalice el hecho de que los adultos que anhelan tener descendencia encuentran en la clínica de fertilidad un cauce para poder materializar su deseo. Margarete Sandelowski, enfermera en una clínica de fertilidad y feminista, escribía en 1990 un artículo titulado “Fault Lines: Infertility and Imperiled Sisterhood” (*Líneas de fractura: infertilidad y sororidad en peligro*) en el que denunciaba los ataques de cierto feminismo a los tratamientos a los que se someten las mujeres estériles para intentar ser madres. En su opinión, es un error menospreciar el deseo auténtico de tener descendencia y acusar a las pacientes de las TRA de plegarse a la dominación masculina sobre los cuerpos. Obligar a asumir la infertilidad alegando que es un camino hacia la emancipación es, para Sandelowski, exigir a ciertas mujeres comportamientos supuestamente heroicos y, además, recriminarles un deseo genuino y legítimo, que aflora en cuanto se atiende a las experiencias que relatan esas mujeres acerca de su paso por la clínica de fertilidad (Sandelowski, 1990; Denny, 1994; Laufer y Mauron, 2006). En esos relatos hay argumentos para dejar de definir a las mujeres-pacientes de la clínica de fertilidad como seres pasivizados, víctimas de una ciencia-macho que está ávida por fecundar todo útero y ponerlo a producir. En ese sentido, merece ser cuestionada la idea establecida de que la objetivación del cuerpo redunde en todo caso en la pérdida de la agencia y la alienación (Cussins, 1996). Nada impide defender que el desarrollo

científico-tecnológico que suponen las TRA puede ponerse al servicio de los intereses y los afanes de los individuos que, de otro modo, están condenados a no tener descendencia. Las prácticas de la clínica de fertilidad, miradas desde una perspectiva desprejuiciada, pueden contener la idea de que hay desafíos humanos que no es posible resolver en exclusiva en la esfera del individuo aislado, sino configurando una red de agentes heterogéneos. Eso implica dejar a un lado del análisis la noción de jerarquía para empezar a definir la vida en función de las interrelaciones entre actores diversos, entendiendo que además estos ya no establecen vínculos permanentes sino que se asocian puntualmente para satisfacer necesidades específicas.

Para ilustrar esa reconsideración de la clínica de fertilidad, es posible recurrir a un mito clásico, que encarna un esfuerzo plural en la labor de parto que bien merece reivindicarse. Se trata del nacimiento de Hércules, que solo culmina gracias al trabajo solidario de Alcmena, la parturienta, y su criada Galantis. Resulta significativo que, concluida la época clásica, la alianza Alcmena-Galantis no haya sido prácticamente abordada en las producciones culturales; y también lo es que la comadreja, animal en que la diosa Ilitía transforma a la astuta Galantis como castigo por ayudar a Alcmena a dar a luz, se asociara desde pronto en los bestiarios a la reproducción aberrante: a engendrar y a parir por la oreja y por la boca (De Barros, 2015). De hecho, que el alumbramiento haya sido infrarrepresentado en nuestra cultura es algo que concuerda con el lugar privado, doméstico y femenino que se le ha otorgado socialmente hasta que, a lo largo del siglo XX, la ciencia médica y la clínica se empezaron a ocupar de los embarazos y los partos. En ese sentido, la hazaña de Galantis, como mito de la experiencia y el saber privativo de matronas y doulas, ha resultado de poco interés más allá de las paredes de la habitación femenina, reducto de las cuestiones de mujeres.

Frente al parto y la maternidad como una obra colectiva, nuestra cultura ha privilegiado tradicionalmente la representación de la madre que vive su situación de forma exclusiva, solitaria y, en ocasiones, amenazada. Una historia paradigmática de ello, muy repetida y recreada, es el juicio salomónico en que dos madres, una de las cuales ha visto morir a su criatura, se disputan al niño que queda vivo. Más allá del retrato de la madre como figura abnegada —dispuesta al sacrificio propio por el bien del hijo—, ese relato bíblico plantea la maternidad como una vivencia excluyente y feroz, cuya dimensión social solo puede ser agónica y cuyas tensiones calma, en última instancia, una mano masculina. Ese perfil confrontativo de la maternidad es vertebral y pervive, por ejemplo, en las identidades creadas en torno a la fertilidad, noción que genera una dicotomía que divide brutalmente a las mujeres entre las fértiles y las estériles (Sandelowski, 1990). La subjetividad de las segundas se construye en términos de negación, de acceso vetado a la experiencia deseada que sí pueden vivir las primeras, en forma de nostalgia de la fertilidad perdida.

Una fórmula para salir de esa visión opositiva de la maternidad puede ser incorporar las TRA en el acervo corporal de las mujeres y reconocer que la clínica de fertilidad puede ser un espacio donde se generan alianzas humanas y tecnológicas que no merecen pasar desapercibidas, sino puestas de relieve. Uno de esos vínculos es el que une a la mujer gestante y a la mujer que dona los óvulos de la que la primera carece, coalición que puede ser planteada como una de las diversas realizaciones que puede tener el par Alcmena-Galantis. Conviene advertir desde el inicio que también en este punto hay

voces críticas que afirman que la donación de óvulos encubre la venta de material biológico y reproduce privilegios de clase. En efecto, no se puede negar que en el contexto de una sociedad neoliberal y globalizada, las TRA crean posibilidades nuevas para aquellos que pueden costearlas, mientras que circunscriben a otros al papel de proveedores de gametos (Lie y Lykke, 2017: 1), pero ese no parece un argumento válido para rechazar las TRA en sí mismas, sino para reivindicar fórmulas de corrección de un sistema que genera desigualdades. Garantizar verdaderamente el acceso a las TRA a través del circuito de la sanidad pública puede ser una forma efectiva de abogar por una ciencia y una técnica emancipadoras, algo que exige, además, legislar con miras a impedir situaciones de abuso. No en vano los estudios de género que en la última década han abordado la labor de la clínica de fertilidad se orientan, además de a examinar las experiencias reales de pacientes y donantes con el objetivo de dar con una comprensión más profunda y exhaustiva de la reproducción artificial, a poner sobre la mesa las implicaciones de la industria de la procreación. La mirada se ha dirigido a varios frentes: a las desigualdades sociales entre mujeres, a eso que se ha dado en llamar el “turismo reproductivo”, a denunciar las razones laborales que se esconden tras el retraso en la edad a la que se es madre, a las causas del aumento de la infertilidad (vinculadas, entre otras, a cuestiones medioambientales), así como a cuestiones ligadas con cómo regular las TRA de una manera justa para todos los agentes implicados.

Parte del debate sobre la donación de óvulos se ha centrado en si el pago de una compensación económica esconde la explotación de las donantes, poniendo en duda, como contrapartida, la existencia de cualquier motivación altruista. Y, sin embargo, la generosidad hacia otra mujer incapaz de concebir está presente siempre en los relatos de donantes (Orobitg *et al.*, 2013), y en ellos se configuran identidades mucho más complejas de lo que consideran los discursos críticos con esta práctica (Persad, 2012: 84). Por ejemplo, es recurrente que las donantes destaquen su satisfacción al ayudar a una mujer a ser madre gracias a un material biológico al que no se le dará destino alguno, sino que está abocado a ser residuo menstrual (Konrad, 1998: 651; Kirkman, 2003: 7), como también la representación de la donación como primer estadio de un proceso que va a retomar otra mujer (Konrad, 1998). Es justamente en esa alianza reproductiva entre dos mujeres donde puede anclarse una comprensión feminista y liberadora de las TRA.

Hay autores que celebran que la intervención de la clínica logre impedir cualquier relación de parentesco entre la donante y el bebé que llega a la vida gracias a su óvulo, supresión con la que contribuiría de forma decisiva el pago de una compensación económica, pues la ideología vigente sobre la familia no concibe que en la relación filial quepa mediación dineraria (Orobitg *et al.*, 2013). Se toma como algo positivo, asimismo, que, tanto en los relatos de las receptoras como en los de las donantes, la pareja que constituyen se resuelva a favor de las primeras, a las que se le asigna el estatus privilegiado y cuya identidad tiene la fuerza para generar la relación materno-filial: ellas son las verdaderas madres, porque son las que resultan embarazadas, las del vientre que crece y las que paren, las que nutren y cuidan (Weil, 2011: 35-37; Kirkman, 2003: 7). Ese esfuerzo por ensombrecer a la donante se alinea con el esfuerzo por minimizar el valor de los genes, a los que se resta importancia en la constitución de la persona en que se convertirá el embrión. Tal devaluación genética está presente

en los relatos de donantes y receptoras, en los que abunda la idea de que algo específico y genuino se crea y se transmite durante el embarazo entre la madre gestante y el feto, una intuición que, por lo demás, empieza a ser parcialmente confirmada por los estudios en epigenética (Vilella *et al.*, 2015). Las TRA logran privilegiar la filiación sobre la idea de descendencia genética, empleando para ello argumentos semejantes a los que se esgrimen en los procesos de adopción.

Ahora bien, restarle presencia a la donante, opacar su intervención, impide poder tomarse en serio la vida generada mediante tratamientos de reproducción asistida como la consecución colectiva de un logro científico. Se camufla así la naturaleza *cyborg* de las madres receptoras, por tomar el concepto fructífero de Haraway que nos habla “de fronteras transgredidas, de fusiones poderosas y de posibilidades peligrosas que gentes progresistas pueden explorar como parte de un necesario trabajo político” (Haraway, 1995: 262). El poder liberador de las TRA está necesariamente ligado a ser consecuentes con el cambio de paradigma que supone habitar una sociedad en red en la que más importante que la autoría resulta ser la distribución de la información. Si entendemos que, en esencia, los genes son información sobre cómo constituir un cuerpo vivo, el encadenamiento que conforman donante-gestante-bebé es solo una parte mínima de la gran cadena de distribución de información que constituye la especie humana. En ese relato, la figura de la donante no habría de ser soterrada, pues, para empezar, no rivaliza con la receptora en el tablero complejo que es la reproducción por medios artificiales.

Conviene añadir que, aunque se haya demorado más de la cuenta la reflexión acerca de la subjetividad de los humanos concebidos *in vitro* (Sabatello, 2013), cada vez más se defiende el derecho de la persona a conocer si en su concepción participó un donante (ya sea de óvulos, de espermatozoides o incluso de embrión) (Ravitsky, 2017), aunque depende de la regulación de cada país el que se permita disponer de la identidad concreta del donante o solo algunos detalles generales. La creciente literatura infantil dirigida a los bebés probeta prueba la voluntad de contar completamente y de forma certera las biografías que origina la clínica de fertilidad. En el seno de la familia, considerar las TRA implica rediseñar el árbol genealógico para dar un lugar adecuado a los miembros que son concebidos de un modo sin precedente (Laufer y Mauron, 2016: 41). Ese derecho a conocer va en la línea de comprender la reproducción *in vitro* como un trabajo común que no es un remedo de la reproducción *in vivo*, sino una forma alternativa de procrear vida. En paralelo al derecho del bebé probeta, cabría plantearse si es pertinente establecer para el donante el derecho a saber si, a partir de su aportación biológica, se gestó finalmente una vida. Además de ser ese un elemento de producción de sentido de la donación que suele reclamarse en los relatos de las experiencias de donantes, podría afianzar la idea de que la reproducción merece ser entendida como trabajo coral y que es injusto eludir las responsabilidades comunitarias que lleva aparejada.

4. MADRES JUBILEAS: TRA Y NUEVAS SUBJETIVIDADES

¿Puede ser considerada estéril una mujer cuya reserva ovárica es nula pero que ha gestado y alumbrado un bebé? ¿Y un hombre cuyo espermatozoides no puede fecundar por sí mismo, sino que requiere

de la intervención de un biólogo pertrechado del instrumental del laboratorio de embriología? La clínica de fertilidad pone en cuestión la validez de la oposición fértil-estéril con una eficacia abrumadora. Aquellas críticas a las TRA que las han acusado de aprehender los cuerpos y convertirlos en un campo de producción (pasivo y explotado, reducido a ser órganos reproductivos) deben reconocerles, como mínimo, que han asestado un golpe contundente al estatuto de la fertilidad y, en concreto, a la esterilidad como estigma y como causa de sufrimiento. La ampliación de las posibilidades de la maternidad y de la paternidad que ofrecen las TRA va acompañada de la configuración de nuevas formas de subjetividad, tanto en relación con los progenitores como con su prole, cuyo alcance y cuyas implicaciones habrá que ir desentrañando. Aunque la lista es mayor —y tiene, como subjetividad central, la del bebé probeta—, se aborda aquí a modo de ejemplo una de ellas, la de la madre jubilea. Su nombre alude a la celebración judía que establece el *Levítico*:

(9)

Declararéis santo el año cincuenta y proclamaréis la liberación a todos los habitantes de la tierra. Será para vosotros año jubilar; cada uno de vosotros recobrará su propiedad y retornará a su familia (*Levítico 25: 10*).

No todas las mujeres que recurren a las TRA son incapaces de concebir por medio del coito heterosexual: se cuentan también entre ellas parejas de lesbianas que desean gestar en el cuerpo de una con el óvulo de la otra; mujeres que necesitan preservar su fertilidad congelando sus óvulos (para poder, por ejemplo, someterse a un tratamiento oncológico que probablemente esquilme su reserva ovárica); parejas portadoras de una enfermedad genética que buscan que sus hijos nazcan libre de ella, etc. No obstante, es un hecho que una parte importante de las pacientes de la clínica de fertilidad son mujeres con problemas más o menos severos para concebir, cuyos cuerpos consiguen, gracias a las TRA, adentrarse a la maternidad por una grieta abierta por medios tecnológicos y revertir una condena que parecía indeleble. La maternidad jubilea es la recuperación de la libertad reproductiva. Supone establecer que la vía única que conducía a la prole ha sido por fin multiplicada y que, desde ahora, tenemos al alcance herramientas que permiten sobreponernos a ciertas limitaciones de los ovarios, pues no son tan resistentes ni tan definitivas como parecían en un principio. Para las madres jubileas, la infertilidad como consecuencia del paso del tiempo en el cuerpo es anulada; la infertilidad como efecto secundario de un fármaco o un tratamiento clínico es resarcida por la propia medicina.

Hay una obra de Tiziano que incluye un personaje que puede ser interpretado como una mujer al encuentro de la maternidad jubilea. Aparece en una recreación del mito de concepción de Perseo. Dánae, encerrada en una torre por su padre, recibe a Zeus, que la fecunda en forma de lluvia de oro. A su lado hay una mujer, que en una interpretación ortodoxa representa a la guardiana del castillo: según algunos, parece querer impedir que la lluvia divina alcance a la prisionera; según otros, se ha dejado comprar con monedas de oro y ha permitido que la cautiva yazca con el dios. Ahora bien, si la miramos desde otro punto de vista, es también un cuerpo femenino que acoge el regalo de la fecundación por una vía alternativa. Su piel es oscura. A diferencia del cuerpo pletórico y desnudo de Dánae, abierto a la cópula, el suyo es maduro, está vestido y permanece en la sombra, es tallado y musculoso. Todo apuntaría a que el tiempo de procrear quedó atrás para ella y, sin embargo, tiene

atadas a su cintura las llaves de la reproducción, que sitúan su deseo de ser madre en el terreno de lo científicamente factible.



Imagen 4. *Tiziano, Dánae recibiendo la lluvia de oro (1560-1565), Museo del Prado.*

Una de las transformaciones más radicales que provoca en el cuerpo femenino la reproducción asistida es la cronológica.⁷ Para que puedan quedarse embarazadas, a las madres jubileas se les induce, mediante el uso de fármacos, un ciclo menstrual artificial. El consumo de hormonas (a lo largo de las horas y de los días) se convierte en un generador de tiempo reproductivo y, a su paso, de un espacio uterino receptivo al embrión que se cultiva en el laboratorio. Así, la maternidad jubilea consigue subvertir el orden previo, con su ritmo propio, modificándolo para reproducir tecnológicamente el arrancar de un embarazo (con sus fases, sus cambios y sus procesos), cuyo suceder es operado y monitorizado por el ginecólogo, que crea un calendario específico y nuevo para el cuerpo que trata. Esa ruptura temporal es la consecuencia de la amnistía reproductiva a la que deciden acogerse las madres jubileas, que por elección imponen a su cuerpo la amnesia, el olvido de que un día fueron estériles. Su proceder se opone, en ese sentido, al del mito de la maternidad

⁷ En realidad, todos los tratamientos que se llevan a cabo en la clínica de fertilidad permiten controlar el tiempo: se altera, por ejemplo, el tiempo que media entre la eyaculación y la fecundación del óvulo, y se modifica el ciclo reproductivo vital de la mujer que decide preservar sus óvulos para poder retrasar la maternidad más allá de la menopausia. El laboratorio también genera una temporalidad propia para cada embrión cultivado *in vitro*, que se inicia cuando el biólogo propicia la fecundación y culmina cuando el embrión es transferido por el ginecólogo al útero que lo ha de gestar. En el intervalo, el embrión atraviesa las mismas fases que si hubiera sido fertilizado *in vivo*, con la salvedad de que su evolución es observada y se vuelve operativa. Se valora la calidad morfológica de cada embrión, estimando las probabilidades que tiene de anidar efectivamente en el vientre femenino; se decide, llegado el caso, cuál es el momento oportuno para introducirlo en el útero o para criopreservarlo, con el objetivo de poder usarlo en el futuro, incluso muchos años después. Se controla y se registra cada cambio, su avance apropiado o, por el contrario, la detención de su desarrollo y su malogro; y de todo ello es informado quien aspira a convertirse en padre o en madre, que desarrolla hacia el embrión que crece en el medio de cultivo —y hasta hacia el que espera congelado en el laboratorio— una relación afectiva de tipo paterno/materno-filial anticipada que equipara embrión y bebé (Laufer y Mauron, 2016: 27-28). En ese sentido, se puede afirmar que las TRA hacen emerger una subjetividad maternal y paternal cada vez más densa y extensiva.

prodigiosa, de la gestación como reversión en el tiempo corporal que es concedida como un don divino, tal como le ocurrió a Sara en el *Génesis*:

(10)

Dijo entonces aquél: “Volveré sin falta a ti pasado el tiempo de un embarazo, y para entonces tu mujer Sara tendrá un hijo”. Sara lo estaba oyendo a la entrada de la tienda, a sus espaldas. Abrahán y Sara eran viejos, entrados en años, y a Sara se le había retirado la regla de las mujeres. Así que Sara rio para sus adentros y pensó: “Ahora que estoy pasada, ¿sentiré el placer, y además con mi marido viejo?”. Dijo Yahvé a Abrahán: “¿Por qué se ha reído Sara, pensando: ‘¡Seguro que voy a parir ahora de vieja!’? ¿Hay algo difícil para Yahvé? En el plazo fijado volveré, al término de un embarazo, y Sara tendrá un hijo” (*Génesis* 18: 10-14).

No es la visita dadivosa de dios la que abre la puerta a la maternidad de las mujeres que recurren a la clínica de fertilidad, sino la técnica. El jubileo no lo propina dios, sino que es un acontecimiento sistemático que –según la esencia propia del *Levítico*– proviene de la ley que ha de regir ciertos aspectos de la vida de la tribu. Supera la maternidad milagrosa regulando la excepción. La idea de concebir cuando el cuerpo ha envejecido ya no provoca la risa de Sara, pues no parece un disparate cuyo origen solo puede ser celestial. Es una posibilidad cierta que nace de la voluntad de ser madre y que cada vez en más casos hace factible la ciencia humana, lo que nos obliga a pensar una y otra vez los límites de tipo biológico, social y ético que nuestra sociedad –nuestra tribu– debe imponerles a las TRA. Al mismo tiempo, no podemos dejar la ocasión de abrírnos a las implicaciones de las nuevas formas subjetivas que genera la ciencia, pues quizá encierran la oportunidad de hacer un trabajo político con potencial emancipador. Así, por ejemplo, la madre jubilea es una criatura que –aún más radicalmente que la madre gestante de Esposito (2005: 241)– encarna la idea revolucionaria de que el cuerpo es algo inacabado y permeable, en relación permanente con su entorno, que lo atraviesa y lo transforma en un proceso instrumentado por el propio sistema inmunológico, que ya no puede ser visto como una organización defensiva sino como un proceso siempre abierto de diálogo y de definición del yo. La madre jubilea integra en su vientre, nutre y protege al embrión que reúne materiales genéticos de dos extraños (que es, por tanto, lo absolutamente otro), en virtud de un complejo trabajo de inmunidad que opera hacia el exterior y también hacia el interior. El útero jubileo acepta lo ajeno y responde a ello, y de su contestación no solo emerge la maternidad que parecía impensable, sino también la producción de una vida nueva que, tras la gravidez, será depositada en el afuera. Alejandra Pizarnik escribió un poema, dedicado a su vez a un poema de Silvina Ocampo, que permite representar claramente esta idea:

(11)

Tu modo de silenciarte en el poema.
Me abrés como a una flor
(sin duda una flor pobre, lamentable)
que ya no esperaba la terrible delicadeza
de la primavera. Me abrés, me abro,
me vuelvo de agua en tu poema de agua

que emana toda la noche profecías.⁸

Igual que el embrión formado por un óvulo y un espermatozoide ajenos, el poema de Ocampo tiene dos efectos en el yo poético que no se pueden deslindar. En primer lugar, el yo se abre, como una flor inesperada, nacida a destiempo, por la intervención de lo otro (*me abris*), pero también como una respuesta que permite el propio cuerpo (*me abro*, provoco mi transformación). La variación enriquecedora que propicia la irrupción de lo extraño solo puede materializarse porque existe un yo habilitado para el cambio: la madre jubilea no cuenta con óvulos aptos, pero sí con un útero funcional, un nido en el que dar cobijo y nutrir al embrión extranjero, llevándolo a la vida. En segundo lugar, el poema de agua de Ocampo germina en otro cuerpo que, siguiendo una cadena en la que se fusiona lo exterior y lo interior, deposita en el afuera un nuevo poema de agua, que a la larga también verá sus frutos. De forma idéntica, la madre jubilea recibe el embrión-otro y, después de hacerlo crecer — primero como feto, luego como bebé—, deposita en el mundo un ser nuevo, una reelaboración que es a la vez todo lo anterior y una construcción biológica única.

En esos términos debe entenderse el nacimiento, en 2006, del hijo de Louise Brown. La primera bebé probeta daba a luz un niño concebido *in vivo*, cuyo nacimiento integraba en el encadenamiento genealógico que constituimos todos los seres humanos a cuerpos originados en un coito heterosexual y a cuerpos cuya génesis está en una placa de Petri. No hay distinción entre ellos (ni física, ni emocional, ni intelectual), según han demostrado las investigaciones al respecto (a modo de ejemplo, puede verse el estudio de Lazaratou y Golse, 2006). Las rutas por las que se llega a ser un humano se vuelven complejas; las narrativas biográficas se diversifican, y cuando lo requieren integran lo artificial, sin concebirlo como un desdoro. La vida se ha convertido en una sala de entrada múltiple, un logro que no permite ser entendido al margen de las alianzas reproductivas que propician las TRA y que, además, dinamita las certezas biológicas desde su base. Esa crisis no puede ser tomada sino como la oportunidad para imaginar nuevos significados e imágenes que muestren caminos para dotarnos de subjetividades cada vez más insólitas y liberadoras.

⁸ Pizarnik, Alejandra. “A un poema acerca del agua, de Silvina Ocampo”. *Poesía completa* (2003). Barcelona: Lumen, pág. 356.

BIBLIOGRAFÍA

- BARKER, Kristin. "A Ship upon a Stormy Sea: the Medicalization of Pregnancy". *Social Science & Medicine* 47(8) (1998): 1067-1076.
- BOLTANSKI, Luc (2004). *La Condition Foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. París: Gallimard.
- BRINSDEN, Peter (2011). "The evolution of ART". DONNEZ, Jacques y KIM, Samuel (eds.). *Principles and Practice of Fertility Preservation*. Cambridge: Cambridge University Press: 1-10.
- BRUBAKER, Sarah y DILLAWAY, Heather. "Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences". *Sociology Compass* 3(1) (2009): 31-48.
- CLARKE, Gary. "A.R.T. and history, 1678-1978". *Human Reproduction* 21(7) (2006): 1645-1650.
- CUSSINS, Charis. "Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics". *Social Studies of Science* 26(3) (1996): 575-610.
- DAWES, Robyn; FAUST, David y MEEHL, Paul. "Clinical Versus Actuarial Judgment". *Science* 243(4899) (1989): 1668-1674.
- DE BARROS, Isabel María. "Parir por la boca. Vicisitudes de un tema sorprendente del imaginario de la comadreja". *Lectura y Signo* 10 (2015): 73-86.
- DE LACEY, Sheryl. "IVF as lottery or investment: contesting metaphors in discourses of infertility". *Nursing Inquiry* 9(1) (2002): 43-51.
- DELEUZE, Gilles (1999). "Post-scriptum sobre las sociedades de control". Deleuze, Gilles: *Conversaciones 1972-1990* (272-286). Valencia: Pre-textos.
- DENNY, Elaine. "Liberation or oppression? Radical feminism and in vitro fertilization". *Sociology of Health & Illness* 16(1) (1994): 62-80.
- ESPOSITO, Roberto (2005). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GORDON, Linda (1976). *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*. Nueva York: Grossman/Viking.
- GUPTA, Jyotsna A. y RICHTERS, Annemiek. "Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination". *Bioethical Inquiry* 5 (2008): 239-249.
- HARAWAY, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- KATZ ROTHMAN, Barbara (1989). *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. Nueva York: W.W. Norton and Co.

- KIRKMAN, Maggie. "Egg and Embryo Donation and the Meaning of Motherhood". *Women & Health* 38(2) (2003): 1-18.
- KONRAD, Monica. "Ova Donation and Symbols of Substance: Some Variations on the Theme of Sex, Gender and the Partible Body", *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 4(4) (1998): 643-667.
- LAM, Carla (2014). *New Reproductive Technologies and Disembodiment. Feminist and Material Resolutions*. Nueva York: Routledge.
- LAUFER, Dominique y MAURON, Véronique (2016). *Voyage en zygotie. Histoires d'embryos*. Nante: Cécil Default.
- LAZARATOU, Hélène y GOLSE, Bernard. "Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA)". *La psychiatrie de l'enfant* 2(49) (2006): 573-599.
- LIE, Merete y LYKKE, Nina (2017). "Editorial Introduction". Lie, Merete y Lykke, Nina (eds.) *Assisted Reproduction Across Borders: Feminist Perspectives on Normalizations, Disruptions and Transmissions*. Nueva York: Routledge: 1-21.
- MARTIN, Emily. "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles". *Signs* 16(3) (1991): 485-501.
- MCCULLOH, David (2009). "Quality control: maintaining stability in the laboratory". GARDNER, David; WEISSMAN, Ariel; HOWLES, Colin y SHOSHAM, Zeev (eds.) *Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Laboratory and Clinical Perspectives*. Londres: Informa: 9-24.
- MOORE, Lisa Jean (2007). *Sperm Counts. Overcome by Man's Most Precious Fluid*. Nueva York: New York University Press.
- OAKLEY, Ann (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. New York: Basil Blackwell.
- OROBITG, Gemma; BESTARD, Joan y SALAZAR, Carles. "El cuerpo (re)productivo. Interés económico y altruismo social en las experiencias de un grupo de mujeres donantes de óvulos". *Revista Andaluza de Antropología* 5 (2013): 91-104.
- PARRY, Diana. "Women's lived experiences with pregnancy and midwifery in a medicalized and fetocentric context: Six short stories". *Qualitative Inquiry* 12 (2006): 459-471.
- PAULSON, Richard; REINDOLLAR, Richard y DOODY, Kevin. "Toward standardizing the embryo transfer procedure: from 'how to' to 'how many'". *Fertility and Sterility* 107(4) (2017): 880-881.
- PERROTTA, Manuela (2008). "The organizational construction of the body in assisted reproductive technologies". MOLFINO, Francesca y ZUCCO, Flavia (eds.). *Women in Biotechnology*. Nueva York: Springer:171-181.

- PERSAD, J.D. "Egg Donation: Women, Assisted Human Reproduction, and Feminism". *Ignite* 4(1) (2012): 83-90.
- RAVITSKY, Vardit. "The right to know one's genetic origins and cross-border medically assisted reproduction", *Israel Journal of Health Policy Research* 6 (2017): 3.
- RÚDÓLFSDÓTTIR, Annadís. "I am not a patient, and I am not a child: The Institutionalization and Experience of Pregnancy". *Feminism & Psychology* 10 (2000): 337-350.
- ROTHMAN, Barbara (1991). *In Labor: Woman and Power in the Birthplace*. Nueva York: W.W. Norton.
- SABATELLO, Maya. "Are the Kids all right? A Child-centred Approach to Assisted Reproductive Technologies". *Netherlands Quarterly of Human Rights* 31(1) (2013): 74-98.
- SANDELOWSKI, Margarete. "Fault Lines: Infertility and Imperiled Sisterhood". *Feminist Studies* 16(1) (1990): 33-51.
- SHARIF, Khaldoun y AFNAN, Masoud. "The IVF league tables: time for a reality check". *Human Reproduction* 18(3) (2003): 483-485.
- SHOWDEN, Carisa (2011). *Choices Women Make: Agency in Domestic Violence, Assisted Reproduction, and Sex Work*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- THOMPSON, Charis (2002a). "Fertile ground: feminists theorize infertility". Inhorn, Marcia y van Balen, Frank (eds.) *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. California: University of California Press: 52-78.
- THOMPSON, Charis (2002b). "Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic". FRANKLIN, Sarah y MCKINNON, Susan (eds.). *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*. North Carolina: Duke University Press, 175-202.
- THOMPSON, Charis (2005). *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge: MIT Press.
- VILELLA, Felipe; MORENO-MOYA, Juan; BALAGUER, Nuria; GRASSO, Alessia; HERRERO, María; MARTÍNEZ, Sebastian; MARCILLA, Antonio y SIMÓN, Carlos. "Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome". *Development* 142 (2015): 3210-3221.
- WALLACE, Lora E. y CHASON, Holly. "Infant Feeding in the Modern World: Medicalization and the Maternal Body". *Sociological Spectrum* 27(4) (2007): 405-438.
- WEIL, Éva. "Que transmettent les cigognes ?". *Champ psy* 2(60) (2011): 27-39.
- ZWELLING, Elaine. "The Emergence of High-Tech Birthing". *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37(1) (2008): 85-93.