



Revista de Antropología Social

ISSN: 1131-558X

ras@cps.ucm.es

Universidad Complutense de Madrid
España

Álvarez, Consuelo

Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida

Revista de Antropología Social, vol. 15, 2006, pp. 411-455

Universidad Complutense de Madrid

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801517>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida

Multiple Maternities and the Unbearable Lightness of Paternity in Assisted Human Reproduction

Consuelo ÁLVAREZ

Departamento de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid
calvarezpl@hotmail.com

Recibido: 15 de septiembre de 2005

Aceptado: 10 de octubre de 2005

Resumen

Se pretende mostrar como construyen la maternidad y paternidad un grupo de demandantes, donantes y receptores de las técnicas de reproducción asistida. La idea central del artículo es que la ideología básica de nuestro sistema de parentesco occidental, donde consanguinidad y filiación están unidas, genera un modelo de referencia que resulta difícil eludir cuando en los tratamientos de reproducción asistida media la donación de gametos. Éstos, no son meras herramientas para el grupo estudiado en este trabajo; la donación y recepción de gametos implican confusión, ambigüedad y tensión. Se fragmenta, multiplica y jerarquiza la maternidad/paternidad. Prácticas y discursos se contradicen, se vuelven paradójicos; abundan las contradicciones, los silencios; tensiones que afectan a demandantes de los servicios de reproducción asistida y a los profesionales implicados.

Palabras clave: maternidad y paternidad en reproducción asistida, donantes de semen y óvulos, parejas receptoras de semen y óvulos, vínculo genético, relaciones con niño.

Abstract

The aim of this essay is to explain how maternity and paternity are constructed by a group of petitioners, donors and customers of assisted reproductive techniques. The main point concerns the basic principles of our Western kinship system, where consanguinity and filiations are interlinked. This ideology become difficult to face in assisted human reproduction when the donation of gametes takes place. These are not just mere tools, but donation and reception of gametes implied confusion, ambiguity and tension. Maternity and paternity are then fragmented, multiplied and divided into hierarchies. Practices and speeches contradict each other; they become paradoxical and full of discrepancies and silences. All this has an impact on those who demand assisted reproductive services and on those professionals implicated.

Key words: maternity and paternity, assisted reproductive techniques, donors and receptors of semen and gametes, consanguinity and filiation.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Problemática del trabajo de campo en reproducción humana asistida. 3. El legado genético: sangre y genes. 4. Múltiples maternidades. 5. La insoportable levedad de la paternidad. 6. Los otros padres: relaciones imposibles, relaciones impensables. 7. Ocultar la identidad genética, evitar la verdad perturbadora. 8. Conclusiones. 9. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

La maternidad y paternidad en las sociedades occidentales contemporáneas¹ no parece ocupar el lugar preponderante de antaño en la vida de las mujeres y los hombres²; decidir el momento adecuado para ser madre o padre es difícil debido a las expectativas personales y las responsabilidades asumidas. En estas sociedades el hijo no tiene un valor absoluto para que los padres adquieran un estatus determinado³. Por ello es difícil identificar las causas por las que las parejas desean tener un hijo; podemos estar ante distintos significados culturales del hijo. De cualquier análisis sobre la reproducción humana en las sociedades occidentales se desprenden dos hechos: la intensa medicalización del ciclo vital de la mujer y la influencia de las nociones de esterilidad/fertilidad por las técnicas de reproducción asistida. También es necesario tener presente que, si bien estrictamente la esterilidad involuntaria no es una dolencia, se considera una enfermedad⁴ en estas sociedades.

Por técnicas de reproducción asistida⁵, me refiero a un conjunto de ellas: inducción de la ovulación, inseminación artificial, fecundación in vitro,

¹ Sociedades postindustriales que se acercan a un modelo de desarrollo de Europa y EEUU.

² La encuesta de fecundidad, realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística (2000) sobre una muestra de 7.749 mujeres en edad fértil -15 a 49 años-, confirma el descenso de natalidad a 1,07 hijos por mujer. Según dicha encuesta, el nivel de estudios, las creencias religiosas y la situación laboral de las mujeres determinan el número de hijos. Además se pospone la maternidad a edades más avanzadas.

³ Según Bestard: "En nuestra sociedad, la paternidad y maternidad han perdido su cualidad de estatus sociales absolutos" (2003: 25).

⁴ En 1993 la Organización Mundial de la Salud definió la esterilidad involuntaria como: "una enfermedad, y es un derecho fundamental conseguir la terapia para una enfermedad, así como la curación de un estado de variación anatómica o fisiológica no reversible". En conclusión, las parejas infértiles tienen el derecho a ser tratadas por todos los medios disponibles actualmente en Medicina Reproductiva.

⁵ La clonación humana -transferencia nuclear de células somáticas- está prohibida en todos los países. En algunas legislaciones se permite la clonación con fines terapéuticos. No se considera, estrictamente, una técnica de reproducción humana asistida.

inyección intracitoplasmática, transferencia de embriones, criotransferencia, diagnóstico preimplantacional... La elección de una u otra técnica para solucionar un problema de esterilidad va a depender del factor de esterilidad, de la edad de la mujer, del tiempo de duración de la esterilidad y de otros elementos como los recursos de los centros acreditados y de la legislación de cada país. La legislación española⁶ permite todas las técnicas de reproducción asistida salvo la del “útero de alquiler”. El acceso es posible no sólo para parejas con problemas de esterilidad sino también para mujeres solas y parejas de lesbianas. Éstas últimas están incluidas como “mujeres solas” y no se concede reconocimiento legal de “paternidad” a una de ellas, ni se contempla su situación de maternidad compartida. Los centros públicos posibilitan los mismos tratamientos que los privados, pero tienen unos criterios específicos para la utilización de los recursos del Sistema Nacional de Salud en reproducción asistida. Existen criterios sobre la edad de acceso de la mujer, que no ha de superar los 40 años, límite máximo de ciclos, selección de una u otra técnica, prioridad de parejas que no tienen hijos sobre las que tienen un hijo sano, exclusión de mujeres sin pareja o parejas lesbianas, etc.

En principio, la reproducción asistida pretende establecer un vínculo de consanguinidad, pero ¿cómo establecer el vínculo cuando hay gametos de donante en los tratamientos? En el caso de la mujer es posible que prevalezca la gestación y lo social por encima del vínculo genético, pero ¿cómo se construye la paternidad? La reproducción asistida con donación de gametos plantea una serie de características específicas en relación con otras técnicas que no requieren donación. Las herramientas de estas técnicas, entre ellas la donación de material biológico-genético, plantean cuestiones polémicas, que hacen difícil el consenso social e imposible la unanimidad. Se están planteando una serie de situaciones complejas que generan conflicto personal tanto en demandantes⁷ de los servicios como en profesionales implicados en estas técnicas⁸. Se recurre a alterar las acciones o las creencias, inventando excusas o redefiniendo las conductas bajo una luz más halagadora, pero en el trasfondo existe una profunda ambivalencia: la reproducción asistida hace

⁶ Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida (BOE, 1988) y Ley 45/2003 (BOE, 2003), de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida.

⁷ Se verán algunos conflictos en el grupo estudiado, sin pretender hacerlos extensivos a toda la población usuaria de los centros de reproducción asistida.

⁸ Jacques Testar, biólogo responsable del primer niño francés nacido mediante fecundación in vitro en 1982, manifestó abandonar las investigaciones sobre manipulación genética en 1986 por motivos éticos.

tambalean muchos cimientos que parecían bien anclados en la cultura occidental. La ausencia de acuerdos transnacionales complica aún más toda la situación ética y legal del sistema de donación en este campo biomédico.

La reproducción humana asistida ha originado polémicas claves e importantes en relación a los y las donantes, se han planteado cuestiones como: poner en marcha el registro nacional de donantes que evite el donante itinerante y las donaciones repetitivas; información de los riesgos en el caso de la donación de óvulos y seguros de responsabilidad; dejar claro en los consentimientos la donación con fines reproductivos o de investigación y respetar la objeción de conciencia del donante respecto a utilizar su material genético para parejas homosexuales o mujeres solas; rechazar determinados fenotipos de donantes por no ajustarse a las parejas receptoras, con lo que se produce un mercado de oferta y demanda además de vulnerar la legislación española; y consentimientos del cónyuge si el o la donante están casados. Por parte de los receptores de gametos la situación conflictiva está en admitir o no a la mujer sin pareja, y con ello institucionalizar o no desde el Estado la ausencia de padre. Una situación muy particular se produce en la pareja de lesbianas, que genera situaciones de maternidad compartida hoy por hoy irreconocibles en las sociedades occidentales. A este conflicto cabe agregar problemas que suscitan el turismo reproductor, desde países donde no está permitida la donación de gametos en determinados casos a centros españoles⁹, o el acceso a mujeres posmenopáusicas cuyos embarazos van a ser de riesgo para la madre y para el hijo¹⁰. Y, por último, el embrión, objeto de la reproducción asistida, plantea, entre otros problemas, el de sus excedentes. Se genera una situación conflictiva al evitar su destrucción y preferir que se destinen a la donación con fines reproductivos o a la investigación.

Las posibilidades y consecuencias de la utilización de gametos o embriones de donantes en reproducción asistida se acompañan de inquietud e incertidumbre social para los propios donantes, parejas receptoras y sociedad en general. Se trata de conseguir un vínculo biológico donde, en el caso de la donación, la dimensión gestacional de la receptora pasa a primer plano y se

⁹ Este fenómeno llega a alcanzar en España cifras como el 40%, debido sobre todo a que las leyes españolas en materia de reproducción asistida son más laxas.

¹⁰ La mayoría de los investigadores refieren una alta tasa de complicaciones en las gestaciones obtenidas por reproducción asistida, que ha sido explicada por avanzada edad materna, primiparidad y elevada incidencia de gestaciones múltiples.

obvia la genética de la donante para conseguir la filiación social. La relación biológica de la gestación es central en el caso de la donación de óvulos.

El vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas pone en cuestión una serie de conceptos que forman parte del universo simbólico en el que estamos inmersos, y que, en razón de la ideología y los sistemas de valores que los sustentan, encubren su carácter de construcciones culturales. El sistema de donación genera tensión, ambivalencia, ambigüedad, en todos los agentes implicados por chocar con varios ideales profundamente arraigados en sociedades occidentales. Me refiero al ideal de familia, a la construcción de la identidad y a la idea de “inmortalidad”. La construcción biocéntrica de la identidad conduce a pensar que los genes son portadores de identidades. De ahí, la importancia de la filiación biológica del individuo. Además, la genética permite imaginar que se transmiten elementos corporales y no corporales; una especie de “inmortalidad” genética¹¹. Las relaciones familiares adquieren mayor significado si se construyen a través de relaciones genéticas; y esto, unido a la ideología básica del sistema de parentesco occidental, una sola madre y un solo padre, hace que engendramiento y filiación deban preferiblemente ir unidos. La disociación padre biológico/padre social y madre biológica/madre social no es deseable.

Si partimos de estas tres construcciones de la familia, la identidad y la “inmortalidad” cuando existe donación de gametos, cabe preguntarse: ¿quién es el padre y quién es la madre?, ¿se puede hablar de dos padres y/o dos madres?, ¿debe conocer el niño quién es su madre y/o padre genético?, ¿cómo construir la relación con el hijo nacido mediante gametos donados?, ¿qué significado tiene el gameto donado para los y las donantes?

La donación de gametos hace surgir varias figuras parentales. La maternidad conseguida con esta técnica llega a matizarse y clasificarse en varios tipos, concediéndose mayor rango a algunos de ellos: la maternidad de gestación y determinadas modalidades prohibidas por ciertos países, sobre todo en el caso de la maternidad de sustitución. La Ley española que regula la reproducción asistida diversifica la maternidad, hablando de maternidad plena y maternidad no plena en función de aportar gestación y/u óvulo. Para la

¹¹ La posibilidad de transmisión de componentes personales, identidades, está presente en el ideal occidental de inmortalidad genética. Se trata de identidades que se transmiten a la descendencia como una forma de continuidad corporal y espiritual tras la muerte. Los genes, poseedores de una información que contiene características personales, pasan del progenitor a su descendencia. “En el imaginario contemporáneo pareciera como si los genes fuesen los portadores de la identidad de las personas” (Stolcke, 1998: 107).

paternidad sólo hay una categoría: la paternidad genética. Se contempla que tanto la maternidad como la paternidad pueden ser también legales, educacionales o sociales.

La relación compleja y paradójica entre parentesco y genética está bien presente en los tratamientos con donación de gametos. Es paradójica porque permite reivindicar simultáneamente la preeminencia de lo genético¹² y del vínculo social¹³ en función del contexto. Es compleja porque, en el caso de la maternidad, distingue todas las vertientes posibles, lo que puede llevar a definir tres madres: genética, gestacional y social. Además, indica Roigé (1996: 354), que la aplicación de estas técnicas puede poner en cuestión las concepciones sobre la familia occidental, y abrir la posibilidad de ruptura con los modelos de familia vigentes y de planteamientos nuevos en algunos aspectos¹⁴ de la teoría de parentesco en las sociedades occidentales. Para Hérítier (2002: 253), se hace necesario arbitrar nuevos modelos de filiación que integren a la tercera persona, el o la donante, participante en la reproducción asistida.

Cabe preguntarse por qué nuestra sociedad considera la necesidad de que el engendrado conozca la identidad de sus padres genéticos, independientemente de la relación de filiación -algo que es por ley en algunos países europeos-. Como indica Hérítier (2002: 279): “la paradoja de los métodos nuevos de procreación consiste en que permiten reivindicar simultáneamente, en ciertos casos, la preeminencia de lo genético, y en otros casos, la del vínculo social y de la voluntad”. En los mismos términos se manifiesta Bestard (1998: 212) cuando indica que: “las tecnologías de procreación permiten reivindicar al mismo tiempo la parte genética del parentesco...y, mediante métodos biológicos, su parte social”.

El grupo estudiado está situado en un contexto social donde el estereotipo cultural es un modelo de familia con un solo padre y una sola madre. A esto hay que añadir la intensa construcción biocéntrica de la maternidad y la paternidad. Con estas dos premisas, modelo clásico de familia y el concepto de consanguinidad como una manera de entender la maternidad y la paternidad, ¿cómo encajar y explicar la donación de gametos?, ¿qué significa,

¹² En la maternidad subrogada con semen y óvulos de la pareja, que contrata a la gestante, se prioriza la genética, la madre es la que aporta el óvulo.

¹³ En donación de semen, óvulo y embrión se obvia la vertiente genética.

¹⁴ Se trata de principios de carácter “natural”: necesidad de dos sexos para la procreación, relación entre consanguinidad y filiación, orden de la sucesión de generaciones y sucesión de los nacimientos en una generación.

para donantes y receptores, el vínculo genético o su ausencia? La elaboración de estos constructos, maternidad y paternidad en reproducción asistida con mediación de gametos donados, adquiere un significado especial y diferente al de la reproducción natural y la adopción. Por un lado, permite el vínculo biológico y/o genético con el hijo a uno de los miembros de la pareja cuando existe un problema de esterilidad en uno o en ambos. Por otra parte, permite ocultar una situación de esterilidad y la ausencia de vínculo genético con el hijo a familiares, amigos y a la propia descendencia. Y, por último, introduce una tercera persona, el o la donante de gametos, anónima y marginal. La búsqueda del hijo puede resultar comprensible en la aceptación de gametos donados por parte de la pareja que tiene dificultades en tener un hijo propio. Más confuso puede resultar entender las motivaciones/condicionantes de los y las donantes. Nos movemos entre límites de altruismo y compensación económica aparentemente claros, pero todas las situaciones que no están entre estos dos límites resultan más complejas de analizar que la simple dualidad altruismo/retribución. Esto nos lleva a la pregunta de qué significa todo ello, qué valor conceden donantes y receptores a los gametos donados y qué significado le dan, unos y otros, al vínculo genético con el hijo.

2. Problemática del trabajo de campo en reproducción humana asistida

Analizar las construcciones culturales, planteadas en la reproducción asistida, y las tensiones, que surgen en los diferentes agentes implicados, requiere observar prácticas y discursos en aquellos lugares donde se lleven a cabo técnicas de tratamiento en personas con problemas de fertilidad, es decir, en centros de reproducción asistida. Asimismo se hace necesario realizar entrevistas a ciertos agentes para explicitar y contrastar algunos aspectos fuera del contexto de la clínica. La observación se hizo fundamentalmente en consultas, aunque no de forma exclusiva.

Las técnicas de reproducción asistida producen diferentes pautas culturales y pluralidad de perspectivas en función del centro acreditativo y de la dependencia patrimonial, pública o privada. Unos centros ofrecen todas las técnicas de reproducción asistida, que autoriza la legislación española, y otros ofrecen solo aquellas que les permiten sus recursos o las que consideran los profesionales que trabajan en dichos centros. El trabajo de campo¹⁵ se ha

¹⁵ El periodo abarcado es desde octubre de 2003 hasta junio del 2005, con una interrupción de tres meses durante el verano del 2004.

llevado a cabo en centros acreditados de la Comunidad Autónoma de Madrid¹⁶: tres públicos y uno privado. El acceso a los centros y la presencia del observador¹⁷ en consultas fue, quizás, el proceso más difícil y largo con el que me enfrenté para realizar trabajo de campo.

El centro, que llamaré 1, es de dependencia patrimonial privada y admite el acceso a mujeres solas. Los centros 2, 3 y 4 son de dependencia patrimonial pública y no admiten a mujeres solas. En la Comunidad Autónoma de Madrid los usuarios deben correr con los gastos de la medicación necesaria para los tratamientos. El centro 1 ofrece todas las técnicas de reproducción asistida que permite la legislación española y dispone de banco de semen y de embriones. Los y las donantes de gametos son voluntarios que acuden a la clínica y no tienen ninguna relación con los y las receptores; el centro se encarga de la captación, selección y la compensación económica. El centro 2 proporciona todas las técnicas de manera gratuita a excepción de las muestras de semen de donante. Tiene banco de embriones pero no de semen; si las parejas precisaran semen de donante en los tratamientos, se encargan personalmente de solicitar las muestras a un banco de semen¹⁸ de Granada o de Barcelona y se hacen cargo de los gastos. Este centro proporciona el sistema de donación de óvulos, pero las donantes son aportadas por la pareja; pueden ser altruistas o pagadas, familiares, amigas o captadas por Internet. El centro no interviene en la captación. Para mantener el anonimato que exige la ley, se forma un grupo de donantes y receptoras y el centro intercambia los óvulos de manera que la receptora nunca recibe los óvulos de la donante que los aportó. Las donantes desconocen a quién van destinados los óvulos y los receptores de quién son los óvulos que han recibido. Los criterios para formar la pareja donante-receptora se basan en aspectos médicos y semejanzas físicas entre donante y mujer receptora.

El centro 3 ofrece tratamientos con donación de semen pero no con donación de óvulos. La obtención de la muestra de semen de donante sigue el mismo procedimiento que el centro 2. El centro 4 solo dispone de técnicas de

¹⁶ En Madrid hay 34 centros autorizados y homologados relacionados con las técnicas de reproducción asistida, 9 de dependencia patrimonial pública y 25 privada; no todos ofertan todas las posibilidades técnicas que permite la legislación española.

¹⁷ La negociación con los profesionales responsables de los centros debía incluir que me permitiesen estar presente en las consultas, a pesar de que mi presencia resultase confusa para profesionales y parejas. La presencia en consulta permite escuchar los diálogos entre médicos y pacientes, comportamientos, relaciones interpersonales y poder contrastar la observación con el discurso de las entrevistas.

¹⁸ El coste es de 230 € -año 2005-, incluye una muestra de semen y gastos de envío al centro.

inseminación artificial con semen de la pareja o con semen de donante; no tiene laboratorio de fecundación in vitro ni banco de embriones, pero si banco de semen. Las muestras de semen criopreservadas provienen de donantes y de hombres que conservan muestras antes de ser sometidos a tratamientos con los que pueden perder la capacidad fértil. Los donantes de semen son voluntarios captados, seleccionados y compensados económicamente por el centro; para las parejas las muestras son gratuitas.

Centros	Dependencia Patrimonial	Tratamientos con óvulos de donante	Tratamientos con semen de donante	Banco de semen
1	Privada	Sí	Sí	Sí
2	Pública	Sí	Sí	No
3	Pública	No	Sí	No
4	Pública	No	Sí	Sí

El grupo que se estudia es heterogéneo¹⁹ en el caso de los demandantes de servicios de reproducción asistida. La experiencia de los problemas de esterilidad constituye un criterio de interacción entre las parejas. Ésta se produce sobre todo en los *chat* que existen en la red informática y que son específicos para personas sometidas a tratamientos de esterilidad. Hay una idea de colectivo dentro de este sistema e incluso llega a constituirse como una auténtica red de apoyo. Existen también asociaciones de ayuda para pacientes, pero ninguna de mis informantes ha utilizado este sistema. En los centros de reproducción asistida no se establece un contacto personal entre parejas; aunque pueden coincidir en salas de espera, sólo se producen diálogos relacionados con cuestiones administrativas o de funcionamiento del centro. En el caso de los y las donantes la situación es aún más compleja, no constituyen de por sí un grupo, no coinciden entre ellos ni con las parejas receptoras en salas de espera y no disponen de una red de apoyo como las parejas sometidas a tratamiento. El contacto de la observadora con los demandantes es puntual y esporádico, al ser un grupo itinerante en las consultas, lo que dificulta establecer una empatía con estos informantes y hace imposible la observación participante clásica.

De partida, hay que indicar que es imposible, al menos para personas ajenas a la profesión médica, consultar fuentes estadísticas españolas

¹⁹ Es un grupo no situado geográficamente en una zona común y con diversidad de clases socioeconómica.

actualizadas sobre reproducción asistida, donde se pueda conocer, por un lado, el número de parejas, mujeres solas, parejas lesbianas y donantes que solicitan los servicios de centros acreditados en reproducción asistida; y, por otro, el número de embarazos conseguidos y de niños nacidos con estas técnicas. Cada centro lleva sus propios registros pero no existe registro central a nivel estatal, en el que figuren las actividades de los centros acreditados, resultados obtenidos y niños nacidos de la aportación de gametos de donantes.

La elección de los entrevistados debería basarse en unos criterios concretos, ya que lo que interesaba era la donación de gametos; se hacía necesario entrevistar a donantes de semen y óvulos, a receptoras de gametos de donantes y sus parejas y a profesionales²⁰. Se ha entrevistado a 6 donantes de semen, 15 donantes de óvulos, 13 hombres, 40 mujeres y 18 profesionales; en el caso de las donantes, se ha llevado a cabo con cada una tres entrevistas: en la primera consulta, durante los tratamientos y tras la punción. Respecto a los profesionales, ha sido posible realizar algunas entrevistas en profundidad y otras de forma intermitente. En relación a las entrevistas a profesionales, ninguno me ha permitido usar grabadora por lo que se ha perdido matices y fragmentos del diálogo, aunque sí he tomado notas en el acto de la entrevista.

La edad de los donantes de semen va de 20 a 30 años; las donantes de óvulos de 21 a 34 años. En la tabla que figura a continuación se señala ciertos datos de los y las donantes entrevistados. En cuanto a los y las receptoras de gametos donados, la mujer más joven tiene 27 años y la más mayor 44; sólo dos parejas tienen un hijo, conseguido gracias a semen de donante, previo al tratamiento del periodo de este trabajo. De las 40 mujeres entrevistadas y registradas en los centros, sólo 8 han conseguido embarazo, una de ellas con donación de óvulos y el nacimiento de un niño sano.

²⁰ Interesa sobre todo el punto de vista de los demandantes pero también se tendrá presente los discursos profesionales, ya que contribuyen a elaborar determinadas representaciones tanto en las parejas sometidas a tratamientos como en los y las donantes.

	Trabajadores	Estudiantes	Nacionalidad	Hijos	Remuneración por donación
Donantes de semen	1	5	Española	1	Todos : 30-45 €
Donantes de óvulos	15	-	8 Españolas 2 Rumanas 5 Sudamericanas	8	5 Sí: 600-800 € 10 No: familiares o amigas

3. El legado genético: sangre y genes

Para mostrar las representaciones culturales en reproducción asistida sobre la maternidad y la paternidad y cómo se construyen en las sociedades occidentales contemporáneas para dotarlas de significado, voy a partir de dos hechos: la importancia que dan las parejas al vínculo genético con el hijo y de qué modo las innovaciones tecnológicas²¹ en reproducción humana asistida se dirigen a satisfacer y reforzar ese deseo. Vivimos en la edad de oro de la información: informática, medios de comunicación, genética. Todo conduce a informar, transmitir y compartir: ideas, conocimientos y sustancias corporales, y además, en el caso de la genética, identidades. Según refieren Stolcke (1998:110)²² y Riechmann (1998: 201)²³, la genética permite imaginar que se transmite elementos personales corporales: parecidos físicos y enfermedades; y no corporales: personalidad e inteligencia. Los genes aparecen como portadores de identidades. De ahí, la importancia del conocimiento de la filiación biológica en la construcción de la identidad del

²¹ La demanda ha aumentado de manera espectacular en los últimos años por el acceso tardío a la maternidad y las grandes expectativas que generan las nuevas técnicas. Más de la mitad de los ciclos de reproducción asistida, que se llevan a cabo en el mundo, se inician en Europa. Según datos del European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) en su congreso celebrado en Viena en el 2002, en 18 países europeos se realizaron 232.443 ciclos durante el año 1998, mientras que en USA y Canadá se llevaron a cabo 73.069. Más de la mitad se realizaron en Francia, Alemania y Reino Unido; la mayoría de los tratamientos en mujeres con edades comprendidas entre 30 y 39 años. En el congreso del año 2005, celebrado en Copenhague, se hace público los datos europeos correspondientes al año 2002, elevándose el número de tratamientos a 294.364. Este año España se sitúa en el 6º país con mayor número de ciclos de Europa y es también uno de los países que obtiene mejores tasas de embarazo. Un promedio de 1.3% de todos los niños nacidos en Europa fue con ayuda de técnicas de reproducción asistida; el mayor porcentaje se produjo en Islandia con un 3.79% de nacimientos.

²² “En una sociedad donde predomina la transmisión de todo tipo de información, la genética es una forma de elaborar un pensamiento que permite imaginar, que no solo se transmite vida sino que, se transmite al hijo elementos personales” (Solcke, 1998: 110)

²³ “En lo que ser refiere a los seres vivos...naturaleza es información transmitida genéticamente; cultura es información transmitida no genéticamente sino por aprendizaje social” (Riechmann, 1998, citando a Mosterín, 1993).

individuo. Se concibe como natural y beneficioso que los adoptados conozcan sus orígenes biológicos. “El menor debe conocer con exactitud toda la información sobre sus orígenes biológicos ya que en ella reside la posibilidad de construirse una identidad como sujeto” (Ubieto, 2004: 255).

Esta construcción biocéntrica de identidad²⁴, junto con el deseo de transmitir componentes personales al hijo, parece influir en el hecho de que el vínculo genético sea importante para los usuarios de las técnicas de reproducción asistida. La conexión genética de los dos miembros de la pareja, unido al embarazo y al parto, construyen el hijo propio “de una manera más compacta, algo imposible en la adopción” (Stolcke, 1998: 114). De este determinismo genético se nutre la reproducción asistida; casi todos los avances de las nuevas tecnologías reproductivas están encaminadas a priorizar el vínculo genético con el hijo, a pesar de que otras técnicas, como los tratamientos con donación de gametos, puedan resultar más rentables económica, biológica y emocionalmente. Las parejas, ante todo, desean poder utilizar sus propios gametos.

En la construcción de las relaciones de parentesco, que surgen en reproducción asistida, está presente, como una losa, la importancia que se da en estas sociedades al origen genético del individuo; origen que se niega en el caso de la donación de gametos. De ser así, ¿cómo se construye la maternidad y la paternidad cuando en la reproducción media la donación de gametos?, ¿cómo se construye la relación con el hijo cuando no existe vínculo genético?, ¿cómo se construye “el hijo” cuando hay vínculo genético pero no existe filiación?

Las técnicas de reproducción asistida nacen para solucionar problemas de esterilidad en la pareja y para asegurar el vínculo genético con la descendencia. Si bien hay múltiples razones por las que una pareja desea tener un hijo, buscará con estas técnicas obtener ese vínculo con el hijo. De no ser posible y tener que utilizar gametos de donantes en los tratamientos, este hecho se suele ocultar a la mayoría de familiares o amigos²⁵. Hay que señalar que la consecución del hijo mediante las técnicas de reproducción asistida es un proceso difícil, largo, costoso económica²⁶ y emocionalmente y que en

²⁴ El llamado “esencialismo genético”, según el que muchas cualidades, que constituyen la identidad de la persona, son heredadas.

²⁵ Se elige a las personas a las que se facilita la información. Si bien no dudan en comentar que están en tratamiento en un centro de reproducción asistida, un número muy pequeño de familiares conoce que necesitan gametos de donante.

²⁶ El análisis del tratamiento de la esterilidad desde la vertiente económica plantea una peculiaridad, su objetivo no es “ganar años de vida” pero si puede resultar “muchos años de vida”.

muchos casos conduce al fracaso²⁷. Teniendo presente la complejidad del proceso en la adopción para conseguir un hijo, la decisión de acudir a los centros lleva implícito el deseo de las posibilidades que les ofrecen estas técnicas, como es el hecho de conseguir un vínculo genético por parte de los dos miembros de la pareja o de uno, o, al menos, biológico con la gestación en el caso de la mujer. Las parejas desean ante todo conseguir un vínculo genético y rechazan, de entrada, los gametos de otros.

Los avances tecnológicos en la reproducción humana asistida están dirigidos fundamentalmente a proporcionar esos vínculos: genético y/o biológico. La transmisión de consanguinidad en la que se basaba nuestro sistema de parentesco occidental, próximo a la naturaleza de la reproducción, pasa ahora con este nuevo proceso al vínculo genético. Por un lado, se refuerza la naturaleza y, por otro, se permite que el ser humano pueda doblegarla a través de la ingeniería y manipulación genética. Los avances tecnológicos en el campo de la biomedicina permiten conseguir fecundaciones en el laboratorio, que hace unos pocos años eran imposibles con la fecundación *in vitro* simple, y la obtención de niños sin taras genéticas transmitidas por uno de los dos progenitores. Me estoy refiriendo a esterilidades masculinas severas, que hoy hacen posible el vínculo genético gracias a la posibilidad de conservar en frío muestras de semen²⁸ antes de un tratamiento que provoque esterilidad. Y también aludo a la inyección

Los costes deben hacerse no por proceso sino por producto, es decir, recién nacido vivo. Según este criterio de producto, las técnicas de reproducción asistida más caras tienen un coste de unos 54.091 € -9.000.000 Pts.- por parto. Los costes varían de 34.858 € -5.800.000 Pts.- para mujeres menores de 35 años a 99.768 € -16.600.000 Pts.- para mayores de 38 años. El empleo de ovocitos de donante reduce el coste por parto en mujeres mayores de 38 años a 39.065 € -6.500.000 Pts.-. En estos cálculos se incluye medicación, varios intentos de tratamientos, embarazos de riesgo -el embarazo triple cuesta de 9 a 11 veces más que el simple-, partos o cesáreas, etc. Toda esta información ha sido facilitada por un informante. El estudio lo ha llevado a cabo el Dr. Roberto Matorrás del Hospital de Cruces de la Universidad del País Vasco.

²⁷ De 239.427 mujeres sometidas a tratamientos de fertilización -la mayoría con edades entre 34 y 39 años-, un 51% no ha conseguido tener un hijo y el resto, 117.577, ha tenido al menos un hijo vivo -sin especificar tras cuantos intentos lo han logrado y el tiempo que han tardado- (INE, 2000).

²⁸ La crioconservación de semen humano se inicia en 1953 con Bunge y Sherman. En España el primer banco de semen data de 1978. Banco de semen puede definirse como un amplio servicio que permite conservar las muestras de semen congelado a lo largo del tiempo, manteniendo al menos parte de su viabilidad inicial para ser utilizado en el momento necesario. La congelación de semen se define como el tratamiento de espermatozoides a temperaturas de -196 grados. Las muestras de semen se obtienen mediante masturbación, después de un periodo de abstinencia sexual -de 3 a 5 días-, o bien por biopsia testicular -en casos excepcionales-.

intracitoplasmática del espermatozoide en el ovocito, conocida como ICSI²⁹, al diagnóstico de los embriones o diagnóstico preimplantacional³⁰, antes de ser implantados en el útero, y a las técnicas de lavado de semen³¹, que posibilitan que parejas serodiscordantes -hombre portador de VIH- tengan hijos sanos, evitando transmitir la enfermedad a la mujer no portadora del virus. Estas técnicas hacen viable que la pareja tenga un hijo y, además, vienen a reforzar el vínculo genético. Estos tratamientos no se ofrecen en todos los centros y algunos conllevan riesgos para la mujer o para la

²⁹ Una modalidad de la fecundación in vitro es la microinyección intracitoplasmática de espermatozoide, ICSI. Se microinyecta un espermatozoide con buena morfología y movilidad en la mejor zona del interior del ovocito, intentando causarle el menor daño posible. Se utiliza en casos de factor de esterilidad masculina severa, ya que esta técnica precisa menos espermatozoides que la fecundación in vitro. Los primeros embarazos con microinyección intracitoplasmática se publicaron en 1992. Ian Grafo fue el primero en publicar la capacidad de fecundación con esta técnica de espermatozoides, obtenidos del testículo mediante biopsia, y poco después Schoysman comunicó el primer embarazo (Remohí, 2000: 339). En España se llevó a cabo en 1994. La polémica de esta técnica gira en torno al aumento significativo del número de malformaciones en niños nacidos tras aplicar ICSI. Además, en ciertas formas de esterilidad masculina, existe una base genética, por tanto, es lógica la preocupación sobre el riesgo de transmitir alteraciones a la descendencia. En el año 2002, en 24 países europeos, fue el procedimiento más utilizado, constituyendo el 52% de los ciclos de reproducción asistida -Congreso Europeo de Medicina Reproductiva, ESRHE, celebrado en Copenhague en el año 2005-.

³⁰ Diagnóstico genético preimplantatorio es un método de diagnóstico prenatal que se realiza en el embrión, al tercer día de la fecundación en el laboratorio, antes de su implantación en el útero. Permite seleccionar únicamente embriones sanos, la elección de sexo y la selección inmunológica -seleccionar embriones para abastecer de tejido a otra persona-. Sobre las tres posibilidades, que permite esta técnica para la elección de embriones, no existe legislación europea específica; cada país comunitario tiene su propia normativa legal.

³¹ El lavado de semen consigue eliminar partículas virales que existen en el semen de hombres portadores de hepatitis C o sida, evitando la transmisión de la enfermedad tanto a la mujer como a los futuros hijos. Una vez comprobada la ausencia de virus en los espermatozoides, se lleva a cabo una técnica de inseminación o de fecundación in vitro. A. E. Semprini fue el precursor de esta técnica. En 1992 publicó los primeros resultados de parejas serodiscordantes, en las que sólo el varón estaba infectado por el VIH, y que tuvieron hijos sanos mediante esta técnica. En España empezó a utilizarse en 1994, siendo ofrecida únicamente por centros privados. Las parejas serodiscordantes, en los centros públicos, deben recurrir a la donación de semen para conseguir gestación sin riesgo de contagio. El inconveniente es que los costes son mayores utilizando esta técnica para conseguir embarazo que recurriendo a semen de donante. La ventaja es que ambos miembros de la pareja serodiscordante consiguen el vínculo genético con el hijo. El coste del lavado de semen está en unos 1.100 €, a los que hay que añadir el precio del resto del tratamiento de reproducción asistida, medicación, inseminación o fecundación, etc. En septiembre de 2004, la ministra de Sanidad española anunció que el lavado de semen es parte de las nuevas prestaciones contra la fertilidad que ofrecerá el Sistema Nacional de Salud. El primero en incorporar esta prestación, en el año 2005, será un centro de Granada.

descendencia, pero muchas parejas están dispuestas a asumirlos con tal de transmitir su legado genético.

Para ilustrar la preeminencia del vínculo genético en reproducción humana asistida, voy a mostrar varias posibilidades que ofrecen las tecnologías biomédicas y cómo son demandadas por las parejas. Me refiero al banco de semen, al ICSI y a la donación de gametos. Estos casos son los que con mayor frecuencia me he topado en el trabajo de campo. El diagnóstico preimplantacional y el lavado de semen, por haber sido muy puntuales durante mi presencia en consultas, no dejan de ser anecdóticos y voy a obviarlos.

La necesidad del vínculo genético con el hijo está presente en las demandas de las parejas que acuden a los centros, y también es visible en los hombres que acuden a bancos de semen para crioconservar su semen y poder utilizarlo en un futuro para tener descendencia. Se crioconservan muestras de semen de pacientes diagnosticados de determinados tumores, que van a precisar tratamientos que pueden provocar situaciones de esterilidad permanente o transitoria. Uno de los centros, donde realicé trabajo de campo, ha recibido unos 2000 hombres desde la apertura del banco, que han llegado para crioconservar muestras de su semen ante la posibilidad de esterilidad tras los tratamientos a los que se van a someter. Suelen ser pacientes con tumores hematológicos, de testículo, leucemias, etc. De éstos, muchos afectan a gente joven, hombres que pasan por mal momento al diagnosticarles un cáncer y que, cuando en consulta el oncólogo les propone conservar muestras de su semen con fines reproductivos, la mayoría aceptan, aunque su curación es lo más preocupante y están sometidos a una gran presión,.

Según nos cuenta un profesional de un laboratorio de un banco de semen: “Con todo lo que están pasando..., poder tener una esterilidad es terrible para ellos... El banco les ofrece la esperanza, impide cerrar la puerta al hecho de tener hijos propios... Guardamos incluso muestras muy malas..., por si en un futuro la tecnología permite que puedan ser padres”. Asimismo, un paciente con un tumor cerebral, que acude al banco a crioconservar su semen, nos dice: “Al principio sólo piensas en la enfermedad y en curarte..., pero mi mujer me animó a venir y dejar mi semen..., lo de que puedes quedarte estéril es un mazazo... Quiero tener un hijo mío, propio, que no sea de nadie más, aunque tengan que ayudarme”. Un hombre soltero, con tumor de testículo, refiere también que: “Una cosa es tener uno propio y otra de otra persona, porque sería de otro, no mío... Prefiero adoptar antes de que se utilice un donante”. Y otro paciente con tumor de testículo señala: “Horroriza pensar

que no puedes tener hijos tuyos, propios de tu sangre... Lo de no tener hijos, pues, tiene que ser horrible..., pero prefiero adoptar...con donante. Claro ya no sería de los dos sólo de mi mujer”.

Todos remarcaban la necesidad de establecer el vínculo genético con el hijo y rechazan recurrir a semen de donante, prefiriendo la adopción. Las expresiones “hijo propio”, “hijo mío”, “de mi sangre” hacen clara alusión al vínculo genético; se niegan, de entrada, a “compartir” el hijo con un donante. Mientras que la adopción les resulta una buena opción ante un caso de infertilidad, la donación de semen les produce rechazo, una especie de repulsión que expresan más con gestos -fruncir el ceño, negar con la cabeza, negaciones enfáticas: “no eso no”- que con el discurso. Hay que tener presente que se trata de hombres que en el momento de las entrevistas no se han planteado tener un hijo, pero si desean tenerlo en un futuro con técnicas de reproducción asistida.

En la fecundación natural del ovocito se precisa un elevado número de espermatozoides y una buena movilidad. En casos de problemas de esterilidad masculina, las técnicas de reproducción asistida permiten la fecundación con una calidad espermática inferior que en el proceso espontáneo. Para cualquier técnica se requiere que la mujer, sea cual sea el factor de esterilidad³², se someta a tratamientos hormonales de estimulación de la ovulación³², con el fin de aumentar el número de ovocitos y poder incrementar las posibilidades de embarazo. El tratamiento se prolonga de 21 a 25 días y requiere controles, por lo que la mujer debe acudir a consultas con frecuencia durante el ciclo. Los riesgos que asume la mujer con estos tratamientos son el embarazo múltiple -20%- y el denominado “síndrome de hiperestimulación ovárica” -1-4%-, que afecta a la función renal, hepática, respiratoria y hematológica y que, en ocasiones, requiere hospitalización. La fecundación in vitro y la inyección intracitoplasmática demandan tratamientos de estimulación más agresivos³³ que la inseminación. Los riesgos de la inyección intracitoplasmática giran en torno al aumento significativo del número de malformaciones en niños nacidos tras aplicarla. En ciertas formas de esterilidad masculina existe una razón genética, por lo que aumenta la

³² Para situar al lector con la terminología de la reproducción asistida, vease Remohí (2002), y Vandrell et al. (1999).

³³ Las dosis hormonales son mayores para poder obtener un mayor número de folículos -de 10 a 20-. Por tanto, las molestias y complicaciones aumentan. Por el contrario, para la inseminación artificial, se requiere que sólo madure uno o dos folículos. Por consiguiente, la estimulación con hormonas es más suave y las complicaciones prácticamente inexistentes.

preocupación sobre el riesgo de transmitir alteraciones a la descendencia³⁴. Estos riesgos son comunicados en consulta, pero la pareja está dispuesta a asumirlos con tal de conseguir el vínculo genético con el hijo.

Un ginecólogo, dirigiéndose en consulta a una pareja, advierte:

El 90% de los varones con un problema como el suyo lo transmiten a la descendencia. Otra cuestión del ICSI es la propia técnica de la microinyección. Los niños nacidos con esta técnica, al hacer un cariotipo, hay un 4-5% de alteraciones genéticas que pueden transmitir a sus hijos, no sabemos las consecuencias de esto... un 6% de los niños tienen malformaciones genéticas... No es cuestión de tener un hijo a cualquier precio, sino un hijo sano.

A esta advertencia, sin embargo, la pareja anterior responde: “Preferimos que sea nuestro, vamos a intentarlo con el semen de mi marido..., hágame lo que sea”. Es una respuesta en la misma línea que la que ofrece otra mujer, a la que se le han realizado 4 inseminaciones, dos fecundaciones in vitro y dos ICSI: “Llevo muchos ciclos y dos abortos, pero quiero que el hijo sea de los dos”. A pesar de que la opción podría ser “no tener un hijo a cualquier precio, sino un hijo sano”, las parejas prefieren arriesgarse y tener hijos con sus propios gametos. La opción “donante”, de entrada, la suelen rechazar salvo en casos de imposibilidad de utilizar el semen conyugal.

Los diagnósticos preimplantacionales han provocado confusión y conflicto social por la manipulación embrionaria que supone y por la eliminación de embriones que conlleva. Existen dos situaciones muy distintas y de diferentes consideraciones éticas. Una es “crear” en el laboratorio embriones, el diagnóstico preimplantacional, comprobar cuáles son sanos y descartar los portadores de enfermedades; se pretende transferir los “sanos” al útero y eliminar los “enfermos”. Otra posibilidad sería el diagnóstico preimplantacional extensivo; en este caso, se seleccionan embriones compatibles con un sujeto³⁵ y se eliminan los no compatibles, aunque sean sanos; es programar un embarazo con fines terapéuticos. En el primer caso hay aceptación social, al considerar que el nasciturus tiene derecho a ser competitivo en nuestra sociedad y determinadas minusvalías implican una limitación o tener menos posibilidades de competir. El diagnóstico

³⁴ Se desconoce las consecuencias en la descendencia de los niños nacidos tras cualquiera de las modalidades de las técnicas de reproducción asistida, ya que, hasta el presente, ninguno de ellos ha tenido hijos.

³⁵ Son los llamados “bebés-medicamento” o “bebés a la carta”, que nacen para ser donantes de un hermano enfermo.

preimplantacional extensivo³⁶ plantea un problema ético más complejo para la sociedad, es seleccionar un embrión para salvar la vida de un hermano. Hay diferencias de opiniones, unos consideran que es un objetivo sublime venir al mundo para salvar a un ser humano, y otros lo ven como una forma de instrumentalizar al hijo. En los dos tipos de diagnóstico preimplantacional se generan embriones excedentes³⁷.

Tanto en la ICSI como en la selección embrionaria subyace la posibilidad de transmitir el legado genético al hijo. Conseguir el vínculo genético, en estos dos casos, supone asumir que la mujer se someta a tratamientos, no exentos de riesgos y que el hijo nacido pueda tener alguna tara. Si la pareja decide continuar con estos tratamientos, a pesar de estar informados, hemos de pensar que en la construcción del hijo el vínculo genético es importante. Son riesgos que podrían evitarse, no obstante, utilizando gametos de donante en los tratamientos³⁸.

La donación de gametos, como opción para tener el hijo, produce una situación un tanto ambigua, las parejas lo aceptan pero lo suelen ocultar en su medio familiar; muy pocas personas conocen que su hijo nacerá gracias a la donación de semen o/y de óvulo. La necesidad de ocultación se ve reforzada por los discursos médicos. En las consultas se recomienda que no lo digan, ni siquiera es necesario comunicar al tocólogo que la mujer ha sido sometida a tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos.

Un ginecólogo subraya: “Eso es algo vuestro, no tiene que saberlo nadie, ni el ginecólogo, forma parte de vuestra intimidad”. También una mujer en tratamiento con semen de donante, serodiscordante, afirma: “No lo sabe nadie sólo la familia de mi marido, porque claro ellos saben lo de que tiene sida y que no puede tener hijos normalmente para no contagiarme a mí”. A ello agrega otra mujer, con un hijo nacido mediante donación de óvulos: “Mi madre sí sabe lo del óvulo, pero mi padre... es otra mentalidad”.

³⁶ El diagnóstico extensivo no está, por el momento, contemplado en la legislación española. En el año 2000 se realizó en USA el primer diagnóstico preimplantacional extensivo sobre 15 embriones de una pareja con un hijo que necesitaba un donante. De éstos, 11 embriones sanos fueron descartados por no ser compatibles con el hijo enfermo y 2 se transfirieron al útero de la madre con la finalidad de obtener un hijo que sirviese, con su nacimiento, de donante al mayor.

³⁷ Durante mi trabajo de campo, sólo un centro ofrecía el diagnóstico preimplantacional no extensivo, y he coincidido únicamente con dos parejas que acudieron solicitando esta técnica, cuando podían acceder a conseguir el vínculo genético en hijos sanos. Los otros tres centros que no disponen de esta técnica, si los padres son portadores de alguna tara genética, deben recurrir al sistema de donación de gametos.

³⁸ Los cuatro centros donde he realizado trabajo de campo ofrecen técnicas con donación de semen.

La consanguinidad, fuertemente arraigada en el sistema de parentesco de las sociedades occidentales, plantea conflicto con las nuevas técnicas, ya que, en el caso de la donación de gametos, introduce una tercera persona ajena a la pareja demandante. Si bien se establece la primacía de lo social sobre lo biológico con la firma de los consentimientos informados, genera situaciones ambiguas en los demandantes cuando los hijos son nacidos con gametos de donante, pues, como indica Hérítier (2002: 278), la filiación y el engendramiento están fuertemente unidos en nuestra concepción del parentesco. Consanguinidad y filiación se enlazan y refuerzan con las técnicas de reproducción asistida. Si partimos de la base de la importancia que dan los demandantes al vínculo genético, ¿cómo se establece el vínculo padre-madre-hijo en el sistema de donación?, ¿cómo se construye la maternidad en la donación de óvulos o en la de semen?, ¿cómo se construye la paternidad en la donación de semen?, ¿cómo construyen la maternidad las donantes de óvulos y la paternidad los donantes de semen?

4. Múltiples maternidades

Como ya se ha comentado, la normativa legal española en torno a la reproducción asistida, diferencia, clasifica y jerarquiza la maternidad. Se dice que “desde una perspectiva biológica, la maternidad puede ser plena o no plena”; en la maternidad biológica plena, la madre ha gestado al hijo con su propio óvulo; en la no plena o parcial, la mujer sólo aporta la gestación -maternidad de gestación- o su óvulo -maternidad genética-, pero no ambos. Se concede mayor rango a la plena, quedando en último lugar la genética. Por su parte, la paternidad sólo es genética por “razones obvias de imposibilidad de embarazo en el varón” (Ley 35/1988: 33374). Finalmente, la maternidad y la paternidad biológicas pueden ser también legales, educacionales o de deseo -también llamadas maternidad y paternidad parenteral o social-.

Tenemos, pues, varias maternidades: social, plena, de gestación y genética. ¿Cómo viven estas maternidades las mujeres sometidas a reproducción asistida? ¿Las clasifican de igual modo? ¿A cuál conceden mayor rango? Según mis informantes, acuden a los centros de reproducción asistida porque desean gestar a su hijo: “quiero sentir el hijo”. En principio, podemos pensar que para ellas es importante la vinculación biológica con el hijo, por encima incluso de la genética; pero también hablan de tener “uno tuyo”, un “hijo propio”, y es aquí donde se remarca el lazo genético. Se trata de tener el “hijo propio” como una continuidad de los padres, como una realización personal.

Una mujer en tratamiento manifiesta: “Pero, mira, nosotros no tenemos ningún problema, no necesitamos donante de óvulo. Yo con tratamientos para los óvulos y él con... está bien. No nos hemos planteado eso. Y la adopción tampoco porque yo quiero sentir un hijo”. Y otra mujer, también en tratamiento, señala: “Quiero tener un hijo dentro, ya se que a los niños adoptados se les quiere igual..., no se, creo que es mejor uno tuyo”.

Los discursos de los y las informantes sobre la maternidad giran en torno a la idea de que existe un instinto y un amor maternal que, por un lado, protege al niño y, por otro, le vincula más con la madre que con el padre. El cuadro de la maternidad aparece compuesto por teorías biomédicas sobre la emoción que asocian naturaleza, cuerpo y sentimientos a la mujer, dando por hecho que son más sensibles y emotivas que los hombres hacia sus hijos. El amor maternal parece estar inscrito en la naturaleza femenina; es componente innato, no aprendido. La poética maternal surge como un conjunto de imágenes, prácticas, sentimientos que, lejos de ser culturalmente aprendidos, las mujeres lo perciben como naturales. Los sentimientos maternos aparecen fuertemente enraizados en la naturaleza de la mujer³⁹. Scheper-Hughes (1997: 384-392) y Elisabeth Badinter (1991: 238) señalan que las teorías contemporáneas del sentir maternal surgen con el auge de la familia burguesa y por una transición demográfica; la familia patriarcal tradicional requiere de la existencia de un amor maternal para que la mujer se implique con el recién nacido. En el seno de esta familia cobra un gran valor social el niño, concebido como “mercancía” social y biológica valorable. En la cultura popular, e incluso en círculos científicos, subyace la idea de que la maternidad es un conjunto de pautas de ternura, amor y devoción. Se espera que la madre quiera a su hijo. Se produce una inducción emocional social de tal calibre que las mujeres y los hombres consideran que lo natural es la empatía con el hijo y que el rechazo resulta antinatural; a su vez, el niño tiene un fuerte apego a la madre. Subyace la idea en occidente de que el apego del niño hacia la madre se produce en épocas muy tempranas⁴⁰. De ahí, que mis informantes, sobre todo las mujeres, en el caso de adopción se inclinen preferiblemente y en ocasiones de manera exclusiva por optar sólo a niños

³⁹ Es el postulado, del que habla Ortner (1979: 129), de que la mujer es tenida por más próxima a la naturaleza que el hombre. El hombre parece carecer de un equivalente “sentimiento paternal”.

⁴⁰ Están reconocidos en Psicología y Pediatría la importancia de los dos primeros años de vida en el posterior desarrollo físico, intelectual, social y emocional de los bebés, así como los efectos beneficiosos de una correcta estimulación en esta etapa por parte de los padres. La corriente del aprendizaje temprano, tanto en USA como en Europa, está basado en las técnicas de psicomotricidad desarrolladas por el Dr. J. Koch.

menores de un año. No debemos descartar la importancia para la pareja de iniciar precozmente el proceso de apego con el hijo, considerando que, si es de mayor edad, este proceso es difícil.

Una mujer, que combina la reproducción asistida y la adopción, señala: “Estamos apuntados en un programa de adopción, pero sólo queremos un niño español, los extranjeros suelen ser mayorcitos y no es igual... Siempre me han gustado los bebés-bebés... Queremos criarlo desde el principio”. Por su lado, otra mujer en tratamiento con donación de óvulos, manifiesta: “No me importaría adoptarlo pero lo quiero pequeñito”.

La experiencia del embarazo, del parto y de la lactancia no es posible en la adopción, pero con niños muy pequeños se puede establecer el nexo maternal del apego madre-bebé, propuesto por Chodorow (1978: 65-87) y de gran influencia en las prácticas obstétricas en Europa y Estados Unidos. Este apego para ser eficaz debe establecerse precozmente.

Las parejas van pasando por distintas etapas en los tratamientos de reproducción asistida. En un principio, durante el estudio de su problema, quieren tener un hijo con su material genético y rechazan utilizar en los tratamientos óvulos o semen de donantes, prefiriendo la adopción. Posteriormente, según van experimentando diversos tratamientos y ante la imposibilidad de poder utilizar sus gametos, acceden a la donación. Donación de óvulos y semen que es vivida de diferente manera por la mujer. El cuerpo gestante sirve para anclar la maternidad, la sustenta, la justifica. El poder “sentir el hijo” en el cuerpo permite que el pensamiento abstracto de la maternidad adquiera un significado. El cuerpo gestante se percibe de la misma manera en la relación con el hijo, independientemente de que se utilice en los tratamientos semen conyugal o de donante. Es “hijo mío”, aunque “no sea de mi marido”. Este “hijo mío” aparece en los discursos cargado con un fuerte significado de pertenencia, “es mío” equivale a “de mí”, un ser parte de la madre, parte del cuerpo. No se trata de compartir el cuerpo, que sería el caso de la gestación, es la entrega de una parte del cuerpo.

Teniendo esa vinculación biológica con la gestación, la gran mayoría de mis informantes no encontraban inconveniente en que, para conseguir el embarazo, se recurriera a semen de donante. No es una solución perfecta, insisten constantemente, aunque incomoda un poco. No es algo a lo que aludan en un principio, sino que va surgiendo en la conversación. Cuando realizo la pregunta concreta contestan que el marido lo quería tanto como ella, que el deseo del hijo es de los dos, que el marido comparte el hijo como un acto de voluntad: “Claro, las inseminaciones y los “icsis” fueron con

semen de donante. No hay problema..., mi marido desea el hijo tanto como yo". Algunas mujeres, al inicio del tratamiento, temen tener que enfrentarse a la decisión de utilizar semen de donante en la terapia. No es una decisión fácil que se planteen de entrada. Algunas parejas en consulta descartan el semen de donante: "No lo hemos comentado, pero no ha llegado por miedo a llegar a eso".

El vínculo genético, que no se puede compartir con la pareja cuando hay donación de semen, se desea que exista "entre dos hermanos". Así, muchas mujeres consideran la posibilidad de que en un segundo hijo se pueda utilizar el semen del donante de su primer hijo. Resulta difícil saber si es porque conceden al donante, con el que han tenido el primero, una "capacidad fértil" especial que facilitará de nuevo el embarazo, o más probablemente porque pretendan que entre los dos hijos exista el mismo vínculo genético. El vínculo genético está muy presente en las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida con semen de donante. Dos mujeres, que habían tenido ya un hijo mediante inseminación con semen de donante en uno de los centros, volvían para una segunda gestación. En consulta manifestaron al ginecólogo su interés de que en este ciclo se utilizara el semen del mismo donante:

- Quiero tener otro hijo del mismo donante.
- No te podemos garantizar eso, no reservamos dosis. Si es de otro donante, no hay problema.
- Ya, es que me fue muy bien con él.
- ¿Por qué no usan el semen del donante de mi otro hijo?
- Eso no es posible.
- Me gustaría que se parecieran los dos hermanos, además serían como más hermanos.

Los tratamientos de reproducción asistida con semen de donante permiten que la mujer tenga vínculos genéticos, gestacionales y sociales con la aceptación de su pareja. El proceso de búsqueda de vínculo a través de los tratamientos con donación de óvulos es algo más complejo. No es posible el vínculo genético y se refuerza el gestacional y el social. A la receptora se le plantean muchas dudas; en primer lugar: el origen de los ovocitos y las características físicas y sociales de las donantes; en segundo lugar: suele ser necesaria una labor de mentalización sobre la paciente respecto al grado de maternidad sobre su futuro hijo. La potenciación de la vertiente biológica con la gestación y de los componentes educacionales de la maternidad sobre los

genéticos es un planteamiento frecuente entre las mujeres receptoras de óvulos de donante⁴¹. Hablan de “mi hijo”, término que implica posesión y reconocimiento social, aunque implique menor pertenencia y rango que “hijo mío”. Denota un vínculo de filiación que separan del genético. En las conversaciones aparece. Es una cierta idea de compartir, de no llegar a pertenecer totalmente, aunque ninguna llega a manifestar de forma abierta que el hijo pueda tener “otra madre”. La donante ni se nombra, se refieren a ella como “la persona que me ayuda”, mientras que al donante de semen se le califica de “donante”.

En el curso de un tratamiento con donación de semen, puede oírse: “Yo agradezco al donante lo que ha hecho, su ayuda es inestimable”. Asimismo, durante los tratamientos con óvulos de donantes, es fácil escuchar estas palabras: “Estas mujeres demuestran un gran valor, sin ellas mi hijo no hubiese nacido ¿Cómo agradecer lo que ha hecho la persona que me ayudó?”; o: “Ya se que no es mío, pero será como mío”.

Esta expresión: “será como mío”, implica que “no es mío” -de mí-, pero a través de la gestación “parecerá” que es suyo. La aceptación social se garantiza porque nadie conocerá la procedencia genética del hijo; familiares y amigos verán un embarazo y un parto de la mujer. Sin embargo, la espada de Damocles pende como una amenaza, existe la posibilidad de que el hijo pueda saber que hay “otra madre” implicada en el proceso de la gestación. Esta fragmentación de la maternidad genera ansiedad y confusión, algo que no sucede en la naturaleza. La construcción de la maternidad con el eje principal en torno al cuerpo gestante⁴² ya no es tan segura. La corporeidad de la maternidad, que hacía más sencillo explicar la relación madre/hijo y posibilitaba la antropomorfización del feto, se vive con inseguridad desde algo tan oculto e invisible como es la genética. La presencia humana en el útero gestante permite explicar sensaciones y sentimientos a estas mujeres sometidas a tratamiento con donación de óvulos, hace posible elaborar un discurso con una fuerte referencia al cuerpo, pero cojea, no termina de anclarse la maternidad, no es completa al faltar el vínculo genético. “Es más mío” conlleva jerarquizar la posesión pero también compartir maternidad.

Según refiere una gestante con óvulos de donante: “Claro que lo voy a llevar yo y lo voy a parir yo..., aunque no es mío... Nadie puede negar que es

⁴¹ La apropiación se hace con la gestación y la crianza. Se consigue “un hijo propio” (Strathern 1999: 161).

⁴² En las consultas los profesionales insisten sobre la vertiente gestacional cuando hay donación de óvulos; madre es la “que lo lleva y lo pare”.

más mío que de la otra persona... Será mi hijo". A ello agrega otra mujer con el mismo tratamiento: "Mi marido se lo tomó bien, yo me lo tomé peor, él decía: 'si no tenemos hijo, no tenemos'. Quería el hijo igual que yo pero no manifestaba ansiedad, yo sí..., y nos decidimos por la donación de óvulos".

En la recepción de óvulos de donante existe el vínculo gestacional, pero falta la carga genética. Por ello este proceso se vive de una manera angustiosa por la mujer en la mayoría de los casos y a pesar de la aportación del semen de su pareja en la fecundación. Muchas mujeres necesitan realizar la apropiación del hijo con la gestación y la crianza. Una informante, con la que tuve la posibilidad de hablar en tres ocasiones, tardó en contarme que en su tratamiento se utilizó óvulo de donante. La última vez que conversamos, había conseguido el embarazo y hasta ese momento no me habló de forma concreta de la donación de óvulos:

No, al final no me sacaron óvulos, me dijo la doctora que no... Sí, fue por donación de óvulos, te voy a decir por qué, porque me hicieron todo... Me dijeron que no podía, que por la edad, pues que a lo mejor... Te digo la verdad que no lo sabe mi padre. Te lo voy a decir por qué, no se lo digo a mi padre. Mi padre me dijo: yo pensaba que tú no ibas a tener hijos por la edad. Mi madre si lo sabe. Pero se lo digo ahora a mi padre, es como otra mentalidad, diferente.

Para mis informantes la genética marca la pertenencia del hijo aún más que la gestación. La genética, como materia prima de lo simbólico, parece ideal para construir vínculos y relaciones con el hijo. Permite transmitir la vida como un valor y una capacidad importante, pero sobre todo opera la creencia de que permite legar rasgos físicos y mentales. Es una especie de "clonación" a pequeño nivel, una prolongación de uno con el hijo; los elementos personales que permanecen en los hijos al morir los padres. Con la gestación se comparte el cuerpo durante nueve meses, mientras que con la genética se transmite la vida y parte del cuerpo y de las características personales. Según manifiesta un miembro de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida: "Bueno los gametos representan la transmisión de la vida humana, es un valor y una capacidad importante para la pareja...la gente es más reacia a donar su cerebro para investigación y a donar sus gametos que cualquier otro órgano".

El niño se forma por la unión de los genes de la madre y del padre. Los parientes consanguíneos comparten material genético; la denominación "consanguíneo" refleja una relación genética. Los parientes no consanguíneos, no mantienen esta relación. Si la mujer gesta un hijo con

óvulos de otra mujer y no existe la “consanguinidad”, ¿quién es la madre? Para Thompson (2001: 178-179) hay más de una respuesta posible. Su trabajo sobre una clínica de California, donde compara donación-recepción de óvulos y maternidad subrogada, refiere esta ambigüedad sobre la maternidad. En el caso de la mujer que gesta, sea o no el niño de sus óvulos y sea o no para ella el niño, es más íntima la conexión biológica de la gestación que compartir material genético. ¿Pero cómo entender que una mujer, que gesta un niño, lo deje en manos de otra mujer si el embarazo ofrece una conexión “significativamente” más fuerte que el vínculo genético? Se elaboran estrategias que liberan la tensión de esta situación, creando y manteniendo relaciones de parentesco correctas -hacer parentesco-; se prima en unos casos lo genético sobre lo gestacional y en otros la volición. Donación de óvulos y maternidad subrogada son dos procedimientos que utilizan sustancias corporales y genes como recursos naturales para hacer niños y padres, pero distribuyen los elementos de identidad y de pertenencia de diferente manera. La ambivalencia entre naturalismo y constructivismo social es evidente; lo natural se desnaturaliza. Para Thompson la reproducción asistida ofrece a usuarios y profesionales la posibilidad de manejar de una manera flexible lo “natural” y lo “cultural”.

El lazo biológico de la gestación es un elemento importante para construir el hijo cuando la mujer es receptora de óvulos donados. Pero ésta sigue necesitando “construir su maternidad”. Un estudio realizado por el Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), con amplia experiencia en los tratamientos de donación de óvulos, confirma la situación ambigua para estas mujeres cuyos hijos tienen el material genético de una donante: “La actitud de la receptora... hace necesaria una labor de mentalización respecto del grado de maternidad de su futuro hijo. La potenciación de las vertientes biológica y educacional de la maternidad sobre la genética resulta fundamental” (Remohí, 2002: 497)⁴³. Para Franklin (1997: 196-198), la reproducción asistida con donación de gametos muestra modelos inciertos de padre, madre y filiación. De ahí, la necesidad de reconstruir los modelos.

Según mis informantes, la suma de la maternidad genética y gestacional confiere un mayor sentido de pertenencia del hijo que la mera maternidad gestacional. En este último caso refuerzan el embarazo y la crianza, utilizando los términos “lo voy a parir yo”, “es mío porque lo voy a criar yo”. La

⁴³ No hay estudios en el campo de la medicina sobre esa misma necesidad de llevar a cabo una “labor de mentalización” en padres receptores de óvulos o semen de donante.

dicotomía de la experiencia corporal de embarazo y parto⁴⁴ y el acto social de la preservación y del cuidado del bebé se unen para paliar la ausencia del óvulo propio. Pero esta necesidad, casi permanente, de justificarlo da idea de que el hecho específico de compartir genes es más importante para ellas que para sus parejas, quienes “parecen” aceptar bien la donación de semen. El “hijo mío” significa “de mí”; el vínculo genético, al que se une la gestación, produce una fuerte pertenencia del hijo, no se comparte maternidad. En los tratamientos con semen de donante para la mujer se sigue manifestando: “es hijo mío” -de mí-, pero “no de mi marido” -de él-; “no es de los dos” -no se comparte cuerpo-; es “más mío que de él” -mayor pertenencia-. Por su lado, en la donación de óvulos se habla de que: “no es hijo mío” -de mí-, pero será “mi hijo” -para mí-; no me pertenece totalmente pero lo poseo. El término: “como si fuera mío” implica que parece que es hijo mío porque hay gestación y parto, pero no lo es totalmente. Progenitora y madre están separadas; lo que la naturaleza une la cultura disocia, fragmenta y jerarquiza. En el cuadro que se adjunta en el capítulo 6 he tratado de resumir la construcción de la relación con el hijo y el distinto significado que se otorga al mismo adjetivo determinativo posesivo.

5. La insoportable levedad de la paternidad

Los hombres quieren cubrir la necesidad de maternidad de sus mujeres. No les importa, en general, que sea con semen de donante y a la mujer tampoco. Pero la situación cambia cuando el tratamiento es con óvulo de donante. Aunque al hombre sigue sin afectarle, le importa a la mujer: “pero entonces no tendrá nada mío”. Y ello, pese a que su ginecólogo le asegure: “sí, lo vas a parir tú”. Según subraya un ginecólogo: “Si el factor de esterilidad es masculino, el hombre se siente culpable y no tiene inconveniente en someterse a tratamientos. Hace todo lo posible para que su mujer tenga un hijo..., lo que ocurre es que entiende el deseo de su mujer”.

Los ginecólogos de los cuatro centros afirman que las mujeres, en general, aceptan mejor la donación de semen que la de óvulo en los tratamientos, y que los hombres no parecen tener problema con el semen de donante para que la mujer consiga el embarazo. En términos similares se expresan las mujeres durante las entrevistas. Profesionales y mujeres hablan de “necesidad” de maternidad como un deseo arraigado, intrínseco y natural. La paternidad se expresa como un acto social, de compromiso y voluntad. La

⁴⁴ Es el “cuerpo escindido y compartido”, al que alude Bodoque (2002).

insistencia en afirmar que para los hombres el vínculo genético no es importante llegaba a ser “realmente pesado” y poco convincente, sobre todo al observar sus comportamientos, ausencias y silencios en las consultas⁴⁵. Fue el silencio de los hombres lo que me llevó a interesarme por el significado de la paternidad en los casos de utilización de semen de donante. La curiosidad fue en aumento durante las entrevistas con las parejas. Los hombres no parecían muy dispuestos, a pesar de proponérselo, a la entrevista sin la presencia de sus mujeres, manifestando: “bueno la que interesa en todo esto es ella ¿no?”, “yo aquí no pinto nada ¿qué quieres que te diga?”, y “pero ¿qué es lo que quieres saber?”.

Otro informante presenta una visión algo diferente sobre si la pareja tiene o no problema con la donación de gametos. Según expresa un ginecólogo, es un intento de integración social, tras el aislamiento que supone la experiencia de la esterilidad, un deseo de demostrar que “pueden”: “lo que buscan es llegar a su barrio y demostrar, ellas, que pueden preñarse y, ellos, que pueden preñar..., para que todos vean que son normales... Lo viven como una incapacidad... Si hay que utilizar semen de donante, pues se usa... No lo va a saber nadie”.

En los tratamientos con gametos de donante el hombre aparece en los discursos profesionales como desinteresado por el vínculo genético⁴⁶ y valorando más la filiación. Las mujeres, al hablar de la aceptación de sus parejas para que se utilice semen de donante en las terapias, justifican la decisión del hombre porque ambos quieren el hijo, se reafirman en su pareja como una decisión tomada conjuntamente: “Mi marido me dijo: no me importa de verdad, va a ser como nuestro. Y nos decidimos, pero creo que va a ser más mío”. Uno de los hombres cuya mujer está sometida a tratamiento con semen de donante reafirmaba el papel social de la paternidad como acto de voluntad y compromiso, sin relación con la genética:

La paternidad no existe-hombre “receptor” de semen de donante- es un invento... como que casi nos impulsan a tener un “coembarazo” y entonces el hombre que no

⁴⁵ En los cuatro centros pude comprobar que los hombres son silenciosos y silenciados. Son silenciosos porque habla y pregunta más la mujer. Da la impresión de que “es cosa de mujeres”. La mayoría de los informantes se extrañaba de que quisiera hablar con ellos. Son silenciados porque en ocasiones no es “necesaria” su presencia en consulta e incluso no pueden estar presentes en algunas técnicas; suelen permanecer en la sala de espera mientras su mujer lleva a cabo la consulta médica.

⁴⁶ En el capítulo 3 he mostrado que en realidad no es así. El interés masculino por el vínculo genético está presente en el aumento de las técnicas como lavado de semen e inyección intracitoplasmática.

vive el embarazo con su mujer pues como que no es “buen padre” o “buen marido”. Supongo que la paternidad es un invento, pues como lo de Dios: Necesitamos un dios pues lo inventamos, necesitamos la paternidad pues la inventamos, pero es una cosa muy abstracta. Lo realmente tangible es la maternidad. Pero la paternidad no... el hecho de ser su padre no hace que los quiera, lo que supone es que tengo un compromiso con ellos, una responsabilidad.

Merecería matices la explicación que daban las mujeres y los ginecólogos de postura “desinteresada” del hombre, cuando en los tratamientos se utiliza semen de donante. ¿Qué sucede al disociar progenitor de padre? ¿Se refuerza la filiación? ¿Es importante para el hombre el vínculo genético? ¿Cómo perciben los hombres no poder llevar a cabo su papel “engendrador” o “reproductor”? Aunque no aparece la asociación entre fertilidad y virilidad, los hombres viven como un fracaso su problema de infertilidad. No pueden cumplir el papel reproductor y la paternidad social resulta insuficiente, incompleta y paradójica. El hombre heterosexual, en el siglo XXI, camina sobre una cuerda floja, la ruptura de roles entre sexos, que comenzó en la centuria pasada y ha hecho cuestionar los ejes de la masculinidad. Ésta aparece desdibujada, sin un claro papel, el hombre ya no es el centro de la sociedad y se podría decir que hombre y mujer, con matices y en sociedades occidentales, son equiparables. Sólo su misión en la reproducción resulta insustituible, pero incluso el papel reproductor y la paternidad que puede conllevar, se tambalean y se cuestiona con las técnicas de reproducción asistida. Pese a que no es posible, por el momento, obviar el gameto masculino⁴⁷ para la reproducción sexual de la especie, se puede prescindir del coito sexual gracias a los tratamientos de reproducción asistida. La relación hombre-mujer no resulta imprescindible para la especie.

La palabra “padre”, la sustancia de la paternidad sustentada en las relaciones paternofiliales, en la patria potestad, no implica engendramiento. Sin embargo, es uno de los significados clave que damos a la paternidad en nuestra sociedad. Aunque la filiación, la paternidad como una actitud del hombre hacia su descendencia, resulta importante, el reconocimiento es mayor cuando se asocia lo paterno al acto de engendrar. Cuando se habla de

⁴⁷ Stolcke afirma que una de las repercusiones de la clonación podría ser el fin de la participación del varón y que “la clonación amenaza con socavar la propia concepción monogenética patriarcal occidental de la procreación” (1998: 114). La clonación precisa óvulos pero puede prescindir del espermatozoide. Pero el tema de la clonación aún tiene mayores implicaciones. El investigador japonés Teruhiko Wakayama sugiere que, para evitar recurrir a donantes de óvulos, son posibles dos alternativas: generar gametos a partir de células madre embrionarias o usar óvulos de otras especies (Nelkin y Andrews, 2004).

pruebas de paternidad, tan en boga hoy en día, se hace referencia al padre engendrador, constituyendo la esencia de la paternidad y relegando a un segundo plano la filiación. ¿Cuál es la situación del hombre en la reproducción del grupo social? ¿Cómo vive el hombre su falta de papel engendrador, revalorizando la función social de padre?

Yo no puedo sentir lo mismo que mi mujer, no puedo tener la misma situación con el hijo, yo puedo comprender, pero no sentir lo mismo. Yo estoy preocupado pero no puedo ni acercarme a eso del hijo como ella... Se que va a ser mi hijo pero no será mío... Llega un momento que quieres tener un hijo porque lo sientes..., pero hubiese preferido una cosa que sea de los dos.

Se hace difícil para el hombre pensar la paternidad sin un buen material de observación, como es un elemento corporal. La paternidad, pues, se piensa en términos materialistas (Héritier, 2002: 37). Si falta la materia engendradora, resulta complejo elaborar un pensamiento lógico. El padre y el progenitor separados producen confusión, temor por no saber como afrontar la paternidad compartida, la pluripaternidad.

Hay un temor a que el hijo descubra en un futuro que ha sido engendrado por otro hombre. Las parejas y los profesionales coinciden en que el hijo no debe saber⁴⁸ que ha nacido gracias a semen u óvulos de donante: “yo creo que querrá saber donde está su verdadero padre... me da miedo pensar cómo será mi hijo, si se parecerá algo a mí, si me reprochará tener otro padre”. Todas las parejas ven lógico querer conocer a los padres biológicos. Los hijos quieren saber de dónde vienen, quieren conocer su origen; por eso es preferible no darles esa información. Es una curiosidad razonable y legítima para todos los implicados en el sistema de donación de la reproducción asistida, pero que puede resultar perjudicial para el hijo. El desconocimiento del origen genético permite ocultar relaciones existentes con un tercero ajeno a la pareja. El hombre con la donación de semen para su mujer se siente desorientado, no sabiendo ubicarse en su relación con el hijo. Un informante, con el que hablé sin estar presente su mujer, me decía:

Me da miedo muchas cosas, antes de decidir si utilizar o no semen de donante y en que situación me quedo yo... Luego, cuando mi mujer se quedó embarazada, pensé bueno al menos es de mi mujer, aunque no sea mío... pasas por etapas en las cuales lo aceptas y otras en las que no... No lo tengo todo asumido, me falta

⁴⁸ En las entrevistas sólo dos hombres manifestaron dudas sobre si el niño tenía derecho o no a esta información, pero terminaron por reconocer que probablemente nunca se lo dirían.

metabolizarlo. Cuando nazca, ¿qué pasará?, no lo sé... Hombre el roce hace el cariño pero no lo siento mío, es una frustración... ¿Se lo digo o no cuando sea mayor?..., si se lo digo, mal, y, si no, le estoy engañando.

Una ginecóloga me decía que los hombres, que no quieren semen de donante, por su mujer o por el deseo del hijo terminan aceptando, pero que les cuesta tomar la decisión. Tienen miedo a que trascienda, a que se rompa la privacidad y alguien se entere. Lo viven como una deficiencia: “pasan ansiedad todo el embarazo, luego, ven a su hijo y lo asumen, pero creo que pasan por etapas duras”.

No es un tema banal para estos hombres que no pueden hacer el refuerzo biológico como las mujeres y que se ven en la situación de que: “mi hijo no es mío”. Por tanto, se comparte paternidad, una posesión, “por ser para mí”, pero no hay pertenencia puesto que “no es de mi cuerpo”. Subyace el deseo de ofrecer a la pareja la paternidad social, ya que no es posible la biológica. En la reproducción asistida la paternidad comienza en el momento en que se firman los consentimientos informados para que la pareja se someta a estudio y tratamiento, sea o no con donación de gametos; lo que refuerza la voluntad de la paternidad -aspecto jurídico-. El inicio de la maternidad es más tardío. Hay un cierto consenso social, no escrito, en considerar madre a la mujer que pare, el momento sería el parto. Se refuerza el componente biológico. El parto -biológico- es un acto de coacción importante para el compromiso -social- de la crianza.

¿Qué opinan los hombres de los tratamientos de reproducción asistida con semen de donante? El semen de donante puede utilizarse para realizar a la receptora una inseminación artificial o bien una fecundación en el laboratorio en función de diversos factores⁴⁹. Para la mujer la técnica de fecundación in vitro o de microinyección intracitoplasmática requiere tratamientos hormonales más agresivos y punción de los ovarios. La punción de los ovarios -realizada por la vagina- precisa estar en ayunas, anestesia general o local, puede generar más o menos molestias tras ser efectuada y obliga a permanecer en reposo de dos a tres horas. A las mujeres se les comunica que es conveniente que vengan acompañadas. La técnica de inseminación artificial, por el contrario, es sencilla y no necesita una preparación especial

⁴⁹ La decisión de una u otra técnica con semen de donante se basa en criterios médicos relacionados con las condiciones reproductivas de la mujer o en relación con fracasos, por ejemplo, se decide hacer fecundación en el laboratorio cuando no se consigue embarazo con la inseminación artificial.

de la mujer. Simplemente se introduce, con una cánula, en el interior del útero, una muestra de semen previamente preparada en el laboratorio. En dos de los centros, donde he realizado trabajo de campo, permiten que esté presente la pareja durante la inseminación artificial, en los otros dos no es posible. Según mis datos⁵⁰, frente a un 85% en las inseminaciones, un 98% de los hombres acompañaba a sus mujeres en las técnicas más complejas, tanto si se utilizaba semen de donante como conyugal. En el caso de utilizar semen de donante en la inseminación, el porcentaje disminuía a un 60%. Evidentemente aquí hay que considerar dificultades para la obtención de permisos en los trabajos, tanto para el hombre como para la mujer, y que la inseminación es inocua para la mujer y, por consiguiente, puede acudir sola. Quiero señalar que del total de hombres que acudían acompañando a sus mujeres -a las que se iba a realizar una inseminación artificial con semen de donante-, en los centros donde se les permitía estar presentes durante la realización de la técnica, sólo la mitad entraba a la consulta con la mujer, el resto permanecía en la sala de espera. La gran mayoría de los hombres, que decidían entrar, permanecía alejada de su mujer, sin contacto visual, ni dar la mano o siquiera gestos de apoyo. Era difícil preguntar a los hombres la razón de este comportamiento, que era diferente en muchos casos, al de los hombres que acompañaban a mujeres durante la inseminación artificial con semen conyugal. Mas difícil aún era hablar con ellos sin estar presente su mujer. Tras vencer la resistencia de hablar de algo que les incomoda, en ausencia de su mujer y forzando la pregunta, uno de los hombres cuya pareja estaba siendo sometida a inseminación artificial con semen de donante me ofrecía una explicación:

Bueno yo... no se el caso de los demás, pero a mí me da no se que. Cuando las fecundaciones sí la acompañaba y la daba la mano, pero es que lo de el laboratorio es como más aséptico..., pero esto... Mira es la tercera vez que se lo hacen y me parece como más no se... Eso de que el semen de un tío esté ahí es una sensación como... Hombre me da no se que decirlo, parece adulterio. Una cosa es que cojan en el laboratorio unos espermatozoides y otra el semen por ahí... Ya se que lo lavan y todo pero...bueno no se que decirte... A ella no se lo digas bastante tiene. Pero que yo este ahí me parece morboso.

No necesita comentarios este testimonio. Que lo del laboratorio sea más “aséptico” puede significar tanto limpieza como distanciamiento entre la

⁵⁰ En el registro del diario de campo anoté si la mujer acudía sola o acompañada al centro y por quién.

mujer y el donante; no hay unión de cuerpos y los gametos son meras herramientas que se manipulan en el laboratorio. El proceso de la inseminación artificial pasa a ser “más contaminante”, más una unión de cuerpos, más cercano al coito que la fecundación en el laboratorio. La unión de fluidos corporales presenta una situación más cercana al adulterio aunque no medie la cópula. Lo de “al hombre no le importa” y “a mi marido no le importa” que se utilice semen de donante son expresiones que dejan de ser ciertas, es evidente que sí “importa”. El semen de donante interfiere en la pareja y en la relación con el hijo.

Pero no sólo se puede prescindir de la cópula, sino que además las nuevas tecnologías ofrecen múltiples opciones para el hombre. Por un lado, le permiten reforzar la transmisión de su legado genético con los bancos de semen y la microinyección de sus espermatozoides en el óvulo; y, por otra parte, le liberan de su herencia genética con la utilización de semen de donante y reforzando el vínculo de filiación con los consentimientos informados, donde se compromete con su pareja y el niño nacido en la filiación. Y, por último, hacen posible obviar la filiación masculina en el caso de mujeres solas y parejas de lesbianas. En los dos primeros casos existe el reconocimiento de un papel masculino en la paternidad, mientras que en el último se institucionaliza la ausencia de padre. ¿Eliminar el papel de padre?

Aunque en las sociedades contemporáneas hay varios modelos de familia, el arquetipo, el preferido, el deseable, sigue siendo la triada padre-madre-hijo. Las técnicas de reproducción asistida generan y promueven la obsesión por la paternidad biológica, al mismo tiempo que provocan la institucionalización de la ausencia de padre. Se produce una ambigüedad: por un lado, la ley autoriza el acceso a la maternidad a las mujeres solas o a las parejas de lesbianas que acuden a los centros de reproducción asistida, pero, por otro, lo dificultan los problemas morales que esta opción genera en muchos profesionales y donantes. Me comentaba un ginecólogo que el motivo de no permitir el acceso de estas mujeres a la sanidad pública estaba relacionado con la idea de que los médicos estaban para ayudar a parejas con problemas de esterilidad, que los recursos eran limitados y que en esos casos no existía problema médico sino rechazo a la sexualidad reproductiva. Pero además existe el temor de provocar, intencionadamente, una ausencia de la figura paterna: “me parece una barbaridad que nosotros hagamos niños huérfanos de padre”. Se trata de una idea compartida por donantes de semen, con los que he hablado: “no me gustaría que mi semen fuese para una mujer soltera... A mí me han dicho que es para ayudar a las parejas”. Así lo confirman también otras

expresiones: “que un hijo mío no tenga padre porque sí, la verdad es que no, es mejor que tenga un padre y una madre”.

La donación de semen en los tratamientos hace posible que, en nuestro país⁵¹, un 26% de mujeres, sometidas a tratamientos de reproducción asistida, corresponda a mujeres solas y un 10% a lesbianas. Éstas últimas no pueden acceder a título de parejas; pero, aunque se reconociera legalmente esta nueva situación de “co-maternidad” y se rompiera el muro de silencio de los niños nacidos en el seno de estas parejas, estaríamos ante una institucionalización de la ausencia de la figura paterna. La falta de padre en familias constituidas por hijos y madre, por ser ésta soltera, divorciada o viuda, se contempla como accidente pero nunca es una situación social ideal. Hay aceptación social de estos casos, pero no es así con el hecho de provocar intencionadamente familias monoparentales. No obstante, la paternidad, como una institución en la que el hombre mantiene una actitud de compromiso hacia su descendencia, se considera prescindible en la legislación española que regula la reproducción humana asistida. La paternidad como una manera de llevar a cabo la tarea de mantener, educar y orientar al hijo que ha concebido el hombre ya no es importante.

Un miembro de la Asociación de Padres Separados y Divorciados comenta respecto al nacimiento “provocado” de niños sin padre: “¿Qué nos queda a los hombres, qué debemos hacer ahora? En la situación de igualdad de géneros debemos caminar hacia un consenso, el hombre cede parte de su parcela y la mujer debe hacerlo también”. Aquí aparece el temor a un exceso de feminización. El cuidado de los hijos siempre ha estado en manos de la mujer, ahora también puede hacerlo la procreación y la filiación ¿Qué queda de la paternidad, qué lugar puede ocupar? Los papeles de engendrador y filiación aparecen desdibujados, prescindibles. El padre social ya no es imprescindible en el momento en que se institucionaliza la no presencia del padre en el seno familiar y se permite compartir maternidad. El reconocimiento social de esta situación, por ahora, no existe, pero puede que no sea algo tan lejano tras legalizar las uniones homosexuales. Si la figura social de padre aparece como algo frágil e inconsistente gracias a las nuevas situaciones de pareja creadas, algo de lo que se puede o no prescindir en función de los deseos o necesidades individuales ¿Cuál es la función del

⁵¹ En Dinamarca, Alemania, Suiza y Noruega no se permite el acceso a mujeres solas. España se convierte en un destino importante dentro del turismo reproductivo.

hombre en la reproducción del grupo? ¿Que papel aparece como más seguro e indiscutible?

Las funciones de padre y madre vienen definidas por los valores y necesidades de una sociedad determinada. La naturaleza en realidad no da cabida al concepto de paternidad, pero “en el Estado social que es el nuestro... el hombre se ha atribuido funciones paternas” (Badinter, 1991: 136). Y estas funciones han ido cambiando. Hasta el siglo XVII el padre tenía la autoridad y la responsabilidad de protección del niño, pero en el XVIII la madre invadió funciones del padre, lo que supuso una retracción de éste. En el siglo XIX el Estado pasó a ocupar funciones que dejó vacante el padre. Señala Badinter (1991: 270-286) que Lacan y Dolto en el siglo XX retoman al padre, atribuyéndole una función simbólica que, si bien es reducida, no por ello es menos importante. Vuelve a formarse la relación triangular específicamente humana. El padre simbólico es representante del mundo exterior, detentador de la palabra y actúa inmiscuyéndose en la pareja madre-hijo, separándolos y reconstruyendo el triángulo. En la actualidad el padre autoritario y “entrometido”, representante del orden y de la sociedad, ha dado paso a un padre comprometido con la crianza y partícipe de facetas reservadas a las mujeres.

El padre social, o simbólico, que aparece y desaparece en el seno familiar, mientras no se desfeminice lo relativo a la procreación y al cuidado de los hijos, es una figura poco consistente, insegura y prescindible; considerándose mas imprescindible la madre para el desarrollo del hijo. La pluripaternidad, que ofrecen las reconstrucciones familiares tras un divorcio⁵², da también idea de cómo la figura del padre se adapta a las nuevas situaciones familiares. La maternidad, ya de por sí fuertemente enraizada en la reproducción natural, aparece reforzada, en algunos casos, con la reproducción asistida, mientras se debilita, en ocasiones, la paternidad. ¿Qué queda pues para el hombre en la reproducción de la especie? Lo mas seguro, lo indiscutible, lo innegable en nuestra sociedad sigue siendo la consanguinidad. El esencialismo genético permite al hombre decir: “hijo mío”, de mí, como una pertenencia, aunque no se posea al hijo y el reconocimiento social no se produzca. La genética, se entiende anclada en el cuerpo, aunque no sea visible. Permite que, si las estructuras sociales confunden, “la materia prima de lo simbólico siga siendo

⁵² Los “dos padres” también están presentes en las reconstrucciones familiares tras un divorcio. El niño convive con su padre -biológico y social-, con el que mantiene contactos puntuales, y el marido de la madre -al que incluso llama “padre”- que suele actuar como “padre suplente”, aunque sin reconocimiento legal.

el cuerpo” (Héritier, 2002: 231-232), un lugar de observación de datos y lugar de evidencias elementales cuando la sociedad tiene cambios profundos.

¿De qué modo relacionar una herramienta tan compleja y oculta como la genética con la corporeidad? Los parecidos físicos son un excelente anclaje. La transmisión de las características está fuertemente arraigada en las parejas que acuden a los centros de reproducción asistida. Hay un temor a las diferencias y una búsqueda de semejanzas constante cuando en los tratamientos media la donación de gametos. Una mujer, sometida a ciclos de inseminación con semen de donante, me decía en la entrevista: “hemos pedido que el niño se parezca a mi marido ¿A mí?, no eso ya lo aportó yo”. Buscar la semejanza con el marido, que no aporta el semen, implica: no es “hijo mío”, pero “como si fuera mío”, es decir, va a parecer que es mío. Veíamos que el vínculo en la donación de óvulos se refuerza con la gestación, parece mío, ven -por el embarazo- que es mío. En la donación de semen el refuerzo para el hombre se lleva a cabo a través de las semejanzas fenotípicas: parece que es mío porque se parece a mí.

Cuando no hay vínculo genético, llega a ser tan preocupante el temor a las diferencias fenotípicas que, en el caso de la donación de semen, la pareja busca incluso igualdad de grupo sanguíneo entre el padre social y el donante. No se trata solo de buscar compatibilidad con la madre para evitar problemas durante la gestación de incompatibilidad Rh, sino que el grupo sanguíneo, algo oculto, pasa a ser fenotípico. Es muy corriente en nuestra sociedad el conocimiento particular del grupo sanguíneo, además existe la creencia de que éste se transmite genéticamente⁵³ de padres a hijos. El hijo hereda el grupo y Rh del padre o de la madre. Si el grupo del donante coincide con el del padre social, se atan más las semejanzas, el hijo puede pensar que el grupo sanguíneo, y no solo los aspectos fenotípicos, los ha heredado de su padre o de su madre. La explicación sigue siendo el deseo de las semejanzas físicas entre padres e hijo, de que “parezca que es mío”.

6. Los otros padres: relaciones imposibles, relaciones impensables

Los nuevos modos de filiación generados por la reproducción asistida plantean el problema sobre todo de la tercera persona, que interviene en el

⁵³ Grupo sanguíneo es un sistema de clasificación de la sangre -A, B, O y AB-, establecido en 1901 por Landsteiner y basado en los componentes antigénicos de los glóbulos rojos. Landsteiner descubrió que se transmitía según el modelo de herencia mendeliano y que está totalmente determinado por componentes genéticos. No se conoce ninguna situación debida al medio que varíe las características. El grupo se hereda de los padres.

proceso para que la pareja o mujer demandante tenga un hijo: el y/o la donante. Si se parte de la base de que el origen genético es importante en la construcción de la relación con el hijo, ¿qué relación consideran los donantes que existe cuando hay vínculo genético pero no filiación con “el hijo”? Según Strathern (1992: 20), el donante es un padre diferente al padre natural -progenitor que tiene descendientes fuera del matrimonio- y diferente al padre social.

El sistema de donación en reproducción asistida en España se basa sobre dos principios: el anonimato y el altruismo. La problemática en este sistema gira en torno a: sistemas de captación de donantes; compensación económica por las molestias; exclusión de determinados fenotipos por no ajustarse a la demanda; diferencias de género en la donación; motivaciones de los y las donantes para donar; escasez de donantes en los sistemas públicos; si los donantes deben tener seguros médicos específicos para afrontar eventualidades; si en los consentimientos se debe o no especificar a qué -reproducción, investigación- y a quiénes -parejas, lesbianas, mujeres solas- va dirigida la donación. Estos aspectos, aun cuando son muy interesantes, no voy a tratarlos y me voy a centrar en cómo construyen los y las donantes la relación con el hijo y el significado del producto de su donación.

Los donantes de semen hablan de “hijo” y lo nombran: “hijo mío” o “un hijo mío, con el mismo significado que las parejas aun cuando tienen un vínculo genético: el “hijo mío” es “de mí”, pero no es “mi hijo” no es para mí, no lo voy a criar yo y no va a existir filiación. Hablan abiertamente del “hijo” pero como algo abstracto. Reconocen la vinculación genética, pero recalcan que, dado que no ha habido cópula -la vinculación genética se refuerza con la cópula- con una mujer, su semen ha sido una mera herramienta en el engendramiento del niño. Esta idea les permite establecer un distanciamiento. Saben que habrá “hijos míos” en un futuro pero, como no los van a conocer, no les plantea problema; no existe una vinculación ni social ni emocional siempre y cuando no sepan que existen. Otra cosa sería, si se perdiera el anonimato o si, por casualidad, se llegase a conocer al “hijo mío”. Cuando a la vinculación genética se le dota de identidad y apariencia física es más difícil desvincularse emocional o moralmente. Si no hubiese anonimato no serían donantes de semen. Así se manifiesta todo ello en las palabras de un donante de semen: “Bueno sería mío, aunque se haga cargo otro. Eso es así, aunque todos los que estemos en esto nos hagamos los ciegos... el hijo será mío”. De forma parecida se expresa: “Es una responsabilidad moral..., una célula mía que va a dar lugar a mi hijo en tal sitio..., pues ya cambia la cosa... Si yo se

que se llama de una manera, que tiene cara y una vida..., para mí sería diferente conocerle y saber que existe y soy el padre”. También lo subraya: “Si no lo conozco no siento pérdida..., si tengo relación sexual con una mujer, pues, claro puedo pensar a lo mejor tiene un hijo y me siento implicado y responsable pero donando semen no”. Y asimismo se señala: “Es un pensamiento muy natural en un tío pensar a mí me gustaría tener hijos por ahí”.

La idea de virilidad-fertilidad-abundancia ha aparecido en los discursos de casi todos los donantes. Algunos donantes de semen acuden con la idea de que les realicen un estudio de su semen aprovechando la donación. Aunque no les preocupa especialmente, sienten curiosidad por conocer su estado de fertilidad y admiten que les produce satisfacción, en un momento que se airea en los medios de comunicación los elevados porcentajes de esterilidad masculina, saber que ellos tienen “esa capacidad”.

Si bien no sienten ninguna responsabilidad hacia “el hijo mío” y lo diferencian de “mi hijo”, al que denotan un significado de filiación, de paternidad social y de identidad, ninguno de mis informantes quería que su semen fuese destinado a mujeres solas o lesbianas⁵⁴. Marcan la necesidad de que el “hijo mío” tenga una familia “normal”, constituida por padre, madre e hijos. Significativamente ninguno de ellos recurriría a la donación en reproducción asistida para tener un hijo, prefiriendo la adopción: “no me gustaría no poder tener hijos propios..., pero nunca utilizaría un donante, prefiero adoptar”.

Las donantes de óvulos no perciben sus gametos como meras “herramientas” para concebir un niño. Hay un cierto temor a denominarlo “hijo mío” y utilizan términos como “el resultado”, “un niño”. Éstos son mas abstractos y no denotan relación donante-óvulo-hijo. En estas mujeres la disonancia se produce ya en el momento de la donación, en que el resultado da un hijo con el que se sienten vinculadas; no lo nombran pero en el discurso flota el hijo. Mientras que para el donante de semen la paternidad genética no produce problema moral, la maternidad genética para las donantes de óvulos sí lo genera. Observemos tres testimonios de donantes de óvulos a este respecto. El primero de ellos señala: “No sirve...esto es muy íntimo..., se da y luego, pues, lo mejor es olvidarse... Ahorita estoy aquí pero no pienso si sale algo o no de todo esto..., sería cosa de locos”. El segundo apunta: “Sería mío

⁵⁴ Alegan que lo “natural” y deseable es tener padre y madre, aun cuando reconocen que los homosexuales pueden tener el mismo deseo de maternidad y paternidad que los heterosexuales. Para mayor información sobre homosexualidad y parentesco, ver Cadoret (2002).

pero no me lo planteo y no quiero saberlo porque si no supongo que me lamentaría toda la vida..., bueno si no me entero pues bueno”. Y el tercero manifiesta: “No me planteo nada...que no..., cuando vienes aquí ya sabes a lo que vienes, lo dejas ahí... Ni buscaría, ni investigaría ni nada..., da como miedo todo esto”.

Otra donante, tras la punción de folículos, me comentaba: “después de esto me quiero quedar embarazada para no pensar en ese niño... ¡sí es hijo mío! Si algún día tiene dieciocho años, bueno no deseo que piense mal de mí y me diga porque me diste así...”. La disonancia cognitiva que supone la cesión, la entrega de un hijo, debe intentar mitigarse teniendo “uno para mí”, “mi hijo”. Al preguntar si recurrirían a la donación de semen o de óvulo para tener un hijo, todas mis informantes decían que sí a la donación de semen, mientras que la donación de óvulos les producía mayor inseguridad, no tenían una respuesta clara, dudaban, no sabían como encajar el hecho de que “mi hijo” tenga dos madres y no se atrevían ni a mencionar la relación genética con el hijo nacido mediante sus óvulos.

En los siguientes cuadros trato de mostrar cómo se nombra al hijo en función de que exista vínculo genético y/ o filiación y la percepción que tienen de él parejas y donantes. En ocasiones la palabra “hijo” va unida al adjetivo posesivo y en otras no, respetando los discursos de los informantes. En la columna sobre reconocimiento social he tratado de expresar cómo se refuerza la filiación en las parejas ante la ausencia de vínculo genético y la percepción de los donantes para remarcar que no debe haber reconocimiento social.

NOMBRAR AL HIJO. NOMBRAMIENTO DE RELACIÓN

HIJO MÍO	COMO SI FUERA MÍO	MI HIJO
Pertenencia	No pertenencia	Posesión
De mi cuerpo	Parece de mi cuerpo	Puede o no ser de mi cuerpo
Vínculo genético	Filiación	Filiación
Puede o no ser para mí	Es para mí	Es para mí
Puede o no haber reconocimiento social	Reconocimiento social por simulación de la pertenencia	Reconocimiento social

PERCEPCIÓN DEL HIJO EN EL SISTEMA DE DONACIÓN

	MUJER	HOMBRE	RECONOCIMIENTO SOCIAL	Nº DE PROGENITORES
Parejas en tratamientos sin donación	hijo mío	hijo de mi marido	total	1 padre 1 madre
Mujeres receptoras de semen de donante	hijo mío	no es de mi marido	semejanzas marido y donante	2 padres 1 madre
Hombres en recepción de semen de donante	es de mi mujer	no es mío	crianza semejanzas con donante	2 padres 1 madre
Mujeres receptoras de óvulos de donante	es más mío	es de mi marido	gestación y parto	1 padre 2 madres -1 más que otra-
Donantes de semen		hijo mío	no es mi hijo	2 padres
Donantes de óvulos	es mío		no es para mí	2 madres

7. Ocultar la identidad genética, evitar la verdad perturbadora

En nuestra sociedad es importante el conocimiento sobre los orígenes genéticos en el desarrollo de la identidad. En los casos de adopción se recomienda explicar al niño sus orígenes, pues resulta beneficioso para él y para evitar el rechazo hacia los padres sociales. La mayoría de los padres lo hacen. Sin embargo, en la reproducción asistida está establecido, en algunos países por ley, el derecho del niño a conocer sus orígenes, pero en otros, como España, no está legislado el tipo de información que se debe dar. Habría que plantearse las repercusiones sociales y emocionales que pueda tener en el niño conocer la forma en que fue engendrado. Las parejas, con las que he hablado, y los profesionales sostienen que se debe decir al niño que ha sido concebido mediante técnicas de reproducción asistida, pero, si media donación de gametos, hay unanimidad respecto a no informarlo. Una receptora de óvulo de donantes sostiene: “Pues yo que se, de momento no me lo he planteado..., de momento no... A lo mejor llega un momento que se lo puedo..., se lo digo... No es ninguna vergüenza pero yo que sé a lo mejor

mi hijo no lo entiende”. Y otra receptora de semen y óvulo de donantes manifiesta:

Pero en este caso no lo sé... Yo creo que no le diría que el semen o el óvulo no era de sus padres, si le diría que nos sometimos a tratamiento especial para tenerle, pero nada más. No podría enterarse por nadie ya que me han visto embarazada todo el mundo y nadie podría sospechar. Y además sería nuestro, ¿o no? ¡Bastante trabajo costaría! Más nuestro que del donante. Sería como nosotros.

En las consultas se aconseja no informar al hijo de la forma en que ha sido concebido. La ocultación es posible por el sistema de anonimato de la donación y porque no funciona el Registro Nacional de Donantes⁵⁵, por lo que no hay una información centralizada del número de donantes ni de los niños nacidos de cada donante. Además ese ocultamiento se puede efectuar porque ni durante la gestación, ni en el parto es necesario indicar este hecho, porque el Registro Civil no precisa conocer el origen genético del niño para la filiación, y porque al pediatra se le puede ocultar también este dato.

Una de las razones que se aduce para no informar al niño sobre sus orígenes es la de protegerlo, temiendo que la verdad pudiera ser perturbadora y el impacto que podría causar sobre la relación familiar. Otra de las razones es mantener una buena relación fuera de la familia, existe el temor de que, por ejemplo, el niño dijera a otras personas la verdad sobre su concepción y éstas reaccionaran negativamente. Otros dicen que sencillamente no hay ninguna necesidad de hablar de ello al niño. Una informante dice que su temor es que el posible hijo obtenga la información a través de otra persona, no perteneciente a los pocos miembros de la familia que saben de su tratamiento. Otra informante está preocupada sobre el riesgo de emparejamiento de su hijo con alguien concebido por el mismo donante. Al ocultar el origen genético se niegan relaciones con un/a tercero/a, pero, por otro lado, se pueden dar relaciones incestuosas al unirse dos “hermanos” genéticos.

Existe un cierto temor a explicar a los niños la verdad sobre sus orígenes, a pesar de las posibles consecuencias que esto pudiera acarrearles en un futuro. Es un temor a que el niño no comprenda, a que se sienta excluido y estigmatizado.

⁵⁵ Lo reconoce la propia Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, CNRHA - órgano colegiado multidisciplinar, de carácter permanente y consultivo y dirigido a orientar acerca de la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida-, en sus dos informes de alerta sobre la falta de funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Embriones (1998, 2000).

8. Conclusiones

Cuando en los tratamientos de reproducción asistida se utiliza gametos de donante, se genera tensión, ambigüedad y ambivalencia. Las ideas occidentales de inmortalidad genética, construcción biocéntrica de la identidad y asimilación de engendramiento y filiación resulta paradójicas en el sistema de donación de gametos para donantes y receptores.

La consanguinidad, ahora considerada en términos genéticos, sigue ocupando un lugar importante en el sistema de parentesco occidental, lo que justifica que las parejas que acuden a centros de reproducción asistida deseen, ante todo, establecer un vínculo genético con el hijo. El sistema de donación de gametos genera situaciones de pluripaternidad y plurimaternidad que todos los agentes implicados, parejas receptoras, donantes y profesionales reconocen. El esencialismo genético es un excelente material para pensar la maternidad y paternidad como algo único e indivisible; cuando no está presente el vínculo genético ambas construcciones culturales se fragmentan y jerarquizan provocando confusión y relaciones múltiples con el hijo. La dicotomía de la experiencia corporal de embarazo y parto y el acto social de la crianza se unen para paliar la ausencia de óvulo propio. El pensamiento de la maternidad adquiere un significado al sustentarse y justificarse en el cuerpo gestante, pero no plena. El hijo se comparte, se admite la posesión, es “para mí”, pero se niega la pertenencia, “no es mío”.

El engendramiento es clave para pensar la paternidad, su disociación de la filiación en la donación de semen hace imposible utilizar el cuerpo como material simbólico generando confusión en el padre social. La crianza del hijo y las semejanzas físicas con el donante, aunque son importantes, resultan insuficientes; por la filiación el hijo se posee pero no hay pertenencia ante la ausencia del vínculo genético. Parece como si la reproducción asistida pusiese énfasis en la maternidad en relación con la paternidad. La ley de reproducción asistida española permite el acceso a los centros de tratamiento a mujeres solas, institucionalizándose la ausencia de padre. Se asientan la idea de madre-hijo como pareja acabada, el pensamiento maternal como instintivo, y que la mujer desea ser madre y no se la puede privar de ese derecho, con o sin pareja, con o sin relaciones sexuales. El deseo de ser padre simplemente no se contempla, como si fuese menos intenso que el de ser madre o simplemente inexistente.

Los donantes de semen perciben sus gametos como meras herramientas para que la pareja receptora tenga un hijo; no muestran reparo en reconocer

el vínculo genético y abiertamente hablan de “hijo mío”. Las donantes de óvulos tienen una percepción de sus gametos más compleja. El hecho de no nombrar al “hijo” muestra un intento de alejarse de una posible relación cuya existencia terminan reconociendo; los óvulos no son meras herramientas, lo que se da es una parte importante del cuerpo, algo muy íntimo y valorado, por eso resulta inquietante la donación.

Hay nuevas formas de maternidad y paternidad generadas por el sistema de donación de la reproducción asistida, que cuestionan la consanguinidad y que, al negarla, la convierten en paradójica. Los diversos tratamientos de procreación asistida con donación producen nuevos modos de relación, lo que hace imperativo adaptarse. Sólo hay dos posibilidades: o se integran cambios en la filiación, reconociendo la existencia y separación de padres biológicos y padres sociales, como sucede en la adopción; o se oculta y enmascara la existencia de diferentes maternidades y paternidades mediante estrategias sociales y legales como el anonimato de donantes, la privacidad y la confidencialidad de receptores de gametos donados. Ambas soluciones no terminan de resultar satisfactorias y son contrapuestas: una reafirma y refuerza el vínculo genético y la otra lo niega y lo desvaloriza.

El derecho al conocimiento del origen genético, que se concede en la adopción, se niega, en nuestro país, en la donación de gametos. Profesionales y demandantes consideran que la ignorancia por parte del niño de este conocimiento es beneficiosa para su integración social. Esta ocultación sugiere, por un lado, una dificultad para ubicar a los niños nacidos con gametos donados, un vacío cultural para nombrar la relación de madres/padres/hijo; y, por otro lado, un intento de los padres de proteger al niño de un conocimiento que consideran que puede resultar perturbador. Para que se produzca un reconocimiento social, se haría necesario separar los conceptos de vínculo genético y social y articular mecanismos, que regulen las nuevas formas de relación surgidas en los tratamientos de reproducción asistida en los que interviene una tercera persona que es el/la donante.

Otro aspecto que genera tensión, dentro del sistema de donación, es la institucionalización de la ausencia del padre, al permitir el acceso a mujeres solas y parejas lesbianas. Esto es vivido por los profesionales, parejas y donantes como una situación compleja para los niños. Es un cambio no deseable y dramático que afectaría al niño en su desarrollo, por carecer de la figura paterna, y al hombre que pasaría a constituir una mera herramienta para engendrar, a pesar de que su papel en la filiación se considera importante. De extenderse esta situación, ¿qué quedará de la identidad

masculina?, que se construyó, entre otros elementos, sobre un modelo familiar concreto, ¿qué pasará con la sexualidad del hombre?, cuando la sociedad desvaloriza su papel de padre social y reproductor. ¿Se podrá prescindir también de su papel engendradora? ¿Cómo construir la identidad masculina y su lugar en la reproducción biológica y social de la especie? La excesiva feminización del cuidado de los hijos agudiza esta situación y quizás también lo haga el sistema de donación de semen.

9. Referencias bibliográficas

BADINTER, E.

1991 *¿Existe el instinto maternal?* Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

BESTARD, J.

1998 *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

BESTARD, J.; OROBITG, G.; RIBOT, J.; SALAZAR, C.

2003 *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica. Universitat de Barcelona.

BODOQUE, Y.; MONTES, M. J.

2002 *El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones*. Symposium 6: Cultura, poder y salud. IX Congrés d'Antropologia, FAALE. Barcelona.

BOE

1988 "Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida". Madrid: BOE, 282: 33373-33378.

2003 "Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida". Madrid: BOE, 280: 41458-41463.

CADORET, A.

2002 *Des Parents comme les Autres. Homosexualité et Parenté*. Paris: Odile Jacob.

CHODOROW, L.

1978 *The Reproduction of Mothering*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

COMISIÓN NACIONAL DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

1998 *I Informe Anual. Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid: Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

2000 *II Informe Anual. Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid: Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

- FRANKLIN, S.
1997 *Embodied Progress: A cultural account of Assisted Conception*. Londres: Routledge.
- HÉRITIER, F.
2002 [1996] *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
2000 *Encuesta de fecundidad, 1999*. Madrid: INE.
- MOSTERÍN, Jesús
1993 *Filosofía de la cultura*. Madrid: Alianza editorial.
- NELKIN, D.; ANDREWS, L.
2004 "On the road to therapeutic cloning". *Nature Biotechnology*, 22, 4.
- ORTNER, S.B.
1979 "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?", en *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama, 109-131.
- REMOHÍ, J.; PELLICER, A.
2002 [1996] *Reproducción Humana*. Madrid: Macgraw-Hill Interamericana.
- RIECHMANN, J.
1998 "La industria de las manos y la nueva naturaleza. Sobre naturaleza y artificio en la era de la crisis ecológica global", en A. Durán y J. Riechmann (eds.), *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid: Trotta, 179-235.
- ROIGÉ, X.
1996 "Antropología y transformaciones de la familia", en J. Prat y A. Martínez (eds.), *Ensayos de antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona. Ariel, 344-356.
- SCHEPER-HUGHES, N.
1997 [1992] *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- STOLCKE, V.
1998 "El sexo de la biotecnología", en A. Durán y J. Riechmann (eds.), *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid: Trotta, 97-118.
- STRATHERN, M.
1992 *Reproducing the future. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press.

1999 *Property, Substance and Effect*. London: The Athlone Press.

THOMPSON, C.

2001 “Strategic Naturalizing: Kinship in an Ifertility Clinic”, en S. Franklin y S. Mckinnon (eds.), *Relative values. Reconfiguring Kinship Studies*. Dirham: Duke University Press, 175-202.

UBIETO, J. R.

2004 “Verdad y ficción en la adopción: el mito del origen”, en Diana Marre y Joan Bestard (eds.), *La adopción y el acogimiento. Presente y perspectivas*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 255-265.

VANRELL, J. A. et al.

1999 [1996] *Fertilidad y esterilidad humana. Tomo I: esterilidad e infertilidad*. Barcelona: Masson, S.A.