

Yerma. Pasado y presente de la vivencia de la infertilidad femenina

Yerma. Past and present of the experience of female infertility

ANA CUERVO POLLÁN *

Doctora en Filosofía. Universidad Nacional de Educación a Distancia

ORCID ID: 0000-0002-4919-3777

Recibido: 21/4/2023

Aceptado: 25/11/2023

doi: 10.20318/femeris.2024.8339

Resumen. En el presente artículo, se reflexionará sobre la infertilidad. En primer lugar, se tomará como elemento de partida *Yerma*, pieza dramática en la que la infertilidad de la protagonista es magistralmente diseccionada por su autor, Federico García Lorca. A través de ella, se apuntarán las consecuencias sociales, personales y emocionales que la infertilidad tiene para las mujeres. Del mismo modo, se atenderán las implicaciones de la misma en el caso de los hombres. En segundo lugar, se discutirá si la infertilidad en sí misma es una patología o un estado de la persona que, si no fuera por la carga significativa que conlleva, sería irrelevante en términos de salud y bienestar emocional. Y, en tercer lugar, se debatirá si las Técnicas de Reproducción Asistida han solventado una necesidad o la han creado; si han normalizado la presión por lograr la maternidad o la paternidad sometiendo a las personas, especialmente a las mujeres, a un tratamiento innecesario en cuanto no mejora su estado de salud. Igualmente, se mostrará que la oferta de las técnicas de reproducción asistida está directamente condicionada por el sistema patriarcal y neoliberal. En consecuencia, se subrayará que las consideraciones sobre las mismas no atañen en exclusiva al ámbito médico, sino que deben atender a cuestiones sociales, políticas y éticas.

Palabras clave: Fertilidad, Técnicas de Reproducción Asistida, patriarcado, neoliberalismo, explotación reproductiva.

Abstract. This article will reflect on infertility. First of all, we will take as a starting point *Yerma*, a dramatic piece in which the infertility of the protagonist is masterfully dissected by its author, Federico García Lorca. Through it, the social, personal and emotional consequences that infertility has for women will be pointed out. Likewise, the implications of infertility for men will be addressed. Secondly, it will be discussed whether infertility in itself is a pathology or a state of the person that, if it were not for the significant burden it carries, would be irrelevant in terms of health and emotional well-being. And, thirdly, it will be debated whether Assisted Reproduction Techniques have solved a need or have created one: whether they have normalized the pressure to achieve motherhood or fatherhood by subjecting people, especially women, to unnecessary treatment in that it does not improve their state of health. Likewise,

* anacpollan@gmail.com

it will be shown that the supply of assisted reproduction techniques is directly conditioned by the patriarchal and neoliberal system. Consequently, it will be emphasized that the considerations on these techniques do not exclusively concern the medical field, but must address social, political and ethical issues.

Keywords: Fertility, Assisted Reproduction Techniques, Patriarchy, Neoliberalism, Reproductive exploitation.

1. Introducción

Aproximadamente un 15% de la población es estéril o tiene problemas de fertilidad (Levine et. al, 2017). Esto hace que muchas personas, a nivel individual o en pareja, recurran a técnicas de reproducción asistida (TRA, en adelante) para tener descendencia genéticamente propia. Trabajos como los de Consuelo Álvarez (2008), Joan Bestard (2004), Laura Flores (2016) o M. Isabel Jociles et. al. (2016) demuestran que, más allá de la consecuencia fisiológica (la incapacidad de concebir criaturas genéticamente propias –y de gestarlas y llevar un embarazo a término, en el caso de las mujeres–), la infertilidad, a menudo, es vivida como un estado indeseable que produce angustia, frustración y sensación de fracaso y vacío. Por ello, quienes la padecen se plantean la posibilidad de recurrir a la técnica para lograr concebir y sortear así la imposibilidad o la dificultad que derivada de su condición infértil.

En este artículo, se propondrá la pregunta respecto al origen de esa angustia. Se valorará si es resultado de la imposibilidad fisiológica de tener descendencia o si, por el contrario, deriva de las implicaciones a nivel social, cultural y político que se añaden a un simple dato biológico como es la imposibilidad de engendrar. Para ello, el drama lorquiano de *Yerma* será el lugar privilegiado desde el que observar la desesperación ante la infertilidad. Se evidenciará la magistral sensibilidad con la que Lorca plasmó los sentimientos y actitudes de una mujer infértil y se propondrá el propio texto para discernir si la infertilidad debe considerarse una patología o si es una simple incapacidad de la que, si deriva un malestar emocional, es debido a su lectura política y a la presión social existente para tener descendencia, especialmente, para las mujeres. Por último, se considerará que, de su calificación como patología, se ha derivado la pertinencia de establecer técnicas que asistan la reproducción. Al respecto, se discutirá si estas son una opción legítima y celebrable, en tanto que permite el acceso a la reproducción a personas que de otro modo no podrían tener hijos, o un fenómeno que lamentar en cuanto que facilita la explotación y la mercantilización de la reproducción y de las mujeres mismas en cuanto que sujetos pasivos de dichas técnicas.

2. *Yerma*. La vivencia de la infertilidad en el drama lorquiano

Federico García Lorca (1898-1936) desarrolla su obra poética y dramática en los años 20 y 30 del siglo XX, hasta que es asesinado, víctima del fascismo. Antes de tan triste desenlace, fue poeta y dramaturgo en un periodo efervescente y fecundo. Su posición y su

genialidad le permiten contacto temprano, permanente y directo con las mejores cabezas de su tiempo. Extraordinario fue el periodo e igual de fértil su obra, pues en las décadas descritas logró nueve poemarios, doce obras teatrales e innumerables discursos con los que delectó a un público y a un lector siempre entregados al particular simbolismo, belleza y sensibilidad de su obra, que sin embargo, no abandona el compromiso social y político, especialmente en sus textos teatrales.

Si algo caracteriza la dramaturgia de Lorca es la profundidad de sus personajes femeninos. Todo lo que dicen prueba la precisión de bisturí del autor a la hora de diseccionar la opresión padecida por las mujeres y de retratarla en sus diálogos, de manera cruda y sin remilgos. Esa ausencia de rodeos –por ser incisivo dibujando las injusticias aun cuando nunca renunciase a hacerlo con exquisito sentido poético– le valió algún comentario negativo de la crítica, que le reprochaba su dureza. A ella respondía que “las gentes a las que espanta mi realidad son fariseos que viven, sin asustarse, la misma realidad de mi teatro.” (Lorca, 2004, 89).

Y, precisamente, de *Yerma* sorprende la condición desdichada de la protagonista, de mismo nombre que la obra, quien, sin embargo, se enorgullece de intentar cumplir sus deberes de esposa, entre los que se incluye proveer de descendencia al matrimonio, desde una férrea sumisión impuesta por su marido y autoimpuesta por sus propias creencias. La maternidad resulta para ella un deber inexcusable del que, además, espera la más alta recompensa y el mayor gozo de su vida. Esta visión de la maternidad, así como las expectativas puestas sobre ella se compara con lo que Badinter (1981) expone al respecto. Esta autora analiza cómo se ha conceptualizado y comprendido la maternidad a lo largo de la historia. Concluye que a finales del siglo XVIII y especialmente en los siglos XIX y XX la maternidad, que hasta entonces no ocupaba un lugar central en la vida de las mujeres, se convierte no sólo en su ineludible destino sino en su ocupación principal, a la que se entregan en cuerpo y alma, con total abnegación. Así, la maternidad se convierte en el fin más alto, y único, de la vida de las mujeres. En este sentido, se comprende que una mujer que no pueda ser madre se perciba a sí misma como víctima del peor destino posible.

Personajes como las protagonistas de *La casa de Bernarda Alba*, *Doña Rosita la soltera*, *Bodas de Sangre*, *Mariana Pineda* o la propia *Yerma* ponen de relieve cómo Lorca observaba, comprendía y transmitía lo que suponía ser mujer en una sociedad profundamente patriarcal, marcada por la religión y el conservadurismo. Lo evidenciaba de forma implícita, mostrando las limitaciones y sujeciones padecidas por sus personajes femeninos, y de forma explícita, con fortaleza inigualable en réplicas breves de sus protagonistas que, sin embargo, parecieran condensar los análisis teóricos más sesudos sobre la violencia patriarcal y la desigualdad entre los sexos. (Nieva de la Paz, 2008).

En *Yerma*, tenemos a una mujer emocionalmente destrozada, víctima de su obsesión por lograr una maternidad que no llega y un matrimonio que la anula. Casada con un hombre rudo y autoritario, ella expresa su angustia vital sin que el esposo la comprenda ni se haga cargo de la situación con sensibilidad. Muestra, por el contrario, indiferencia y autoritarismo respecto a ella. Mientras, *Yerma* observa cómo casi todas las mujeres de su entorno, a su edad, ya han sido madres y cómo los hijos llegan pronto a las parejas que se han

casado recientemente. Se mira en sus iguales con recelo y envidia. Se pregunta por qué ella no puede tener sus propios hijos, convencida de que tanto su deseo como su perseverancia intentando concebir es muy superior a la del resto de mujeres. En su desesperación, se lamenta de que siendo su disposición la más determinada, el tiempo pase sin que se atisbe la posibilidad de ser madre. Precisamente eso, que la vida vaya avanzando inexorablemente sin que ella conciba, va minando su estado emocional hasta perturbarla por completo. En toda la obra, se advierte cómo su deseo de ser madre gobierna tiránicamente su vida, hasta el punto de acabar impidiéndole cualquier comportamiento o decisión racional. Este anhelo la invita a probar todo tipo de remedios que no dan resultado y que acaban llevándola a la locura. Presa de su frustración, acaba matando a su marido quien, aunque parece comprensivo con la imposibilidad de concepción del matrimonio, causada supuestamente por Yerma, presenta un carácter hosco, frío y dominante respecto a su esposa.

Las emociones que Lorca dibuja en *Yerma* son desgarradoras. Al principio de la obra, aunque ya se percibe la inestabilidad emocional de la protagonista, parece presentar esperanza y determinación para convertirse en madre. Desde el inicio, ya advierte que la posibilidad de concebir se retrasa más de lo deseable pero aún espera con relativa, aunque precaria, serenidad. Pero, a medida que avanza la obra, esa débil calma desaparece y emerge una completa desesperación que arrastra a Yerma a actitudes cada vez más irracionales y la va sumiendo en una tristeza muy profunda que incrementa cuanto más crece su necesidad de buscar remedio a su situación, con ideas cada vez más peregrinas y que le valieron los mayores reproches de su marido y su peor reputación (tales como acudir a una suerte de hechicera buscando remedio).

Igualmente, la autopercepción de la protagonista es muy negativa. Al poner todas sus ilusiones y toda su energía en la maternidad, el resto de su vida, inquietudes, intereses y emociones desaparecen, transformándose en una autómatas que desoye cualquier apetencia, necesidad o razón –propia o ajena– que no sea el deseo mismo de concebir. Su vida entera gira entorno a su deseo de quedarse por fin embarazada; a periodos esperándolo en firme sucedidos de otros autodestructivos por la desesperación profunda de no haberlo logrado. Esto lleva a la protagonista al límite, haciéndola presa de un sufrimiento difícilmente soportable, provocando su huida y que termine asesinando a su esposo, precisamente en el momento en que intenta convencerla de que la vida puede ser tranquila y dichosa sin hijos. No obstante, la cabeza avanzada del autor incluye otro personaje femenino que, aunque secundario, intenta convencer a Yerma de que se puede no ser madre, e incluso desear no serlo, sin que eso suponga un lastre. Dicho personaje se hace cargo de un discurso contestatario que enjuicia crítica, aunque veladamente, la imposición de la maternidad como deber ineludible para todas las mujeres.

Lorca presenta una extraordinaria maestría describiendo la angustia vital de sus personajes femeninos; su desesperación, sus frustraciones, sus deseos no cumplidos que las llevan hasta el desgarramiento emocional más rotundo por intentar resistir a imposiciones que les sobrepasan, incapaces de que quienes las sufran puedan superarlas o siquiera evadir las. De este modo, la experiencia de Yerma parece una situación límite, con una carga dramática derivada del hecho mismo de ser un personaje de la ficción lorquiana, creado

para representar a una mujer en una tesitura a la que difícilmente llegaríamos en la vida corriente, en la “de verdad”. No en vano, resulta brillante que el nombre de la protagonista coincida con la condición que la engulle, haciendo evidente como su identidad depende en exclusiva, como la de todas las mujeres en las sociedades patriarcales, de su capacidad reproductiva y de su posibilidad de adaptarse (o no) al rol de madre y esposa. No obstante, más allá del componente dramático e incluso fantástico, con tintes casi mágicos que rodea la obra, ¿se podría sostener que la infertilidad provoca, hoy en día, frustración y un nefasto estado emocional en quien la presenta? ¿Podríamos afirmar que la infertilidad pasa una factura superior a las mujeres puesto que se sigue considerando que la razón de su existencia es convertirse en madres? Abandonando el delicioso mundo del teatro y del drama lorquiano y adentrándose en los estudios científicos y en la teoría feminista, se puede seguir respondiendo que sí, al menos para un número significativo de casos. El objetivo de este artículo es realizar una reflexión crítica sobre cómo en una sociedad patriarcal, la infertilidad sigue comprometiendo el bienestar emocional de las mujeres, pues se le sobrecarga de culpa, frustración y vergüenza, cuando debería aceptarse como hecho éticamente inobjetable.

3. Infertilidad: ¿Patología o presión social?

Probablemente, el estigma que recae sobre las mujeres infértiles se haya rebajado substantivamente desde la época en que Lorca escribió su *Yerma*. Con el avance en los derechos de las mujeres y la paulatina conquista de la igualdad entre los sexos, la infertilidad ya no ahoga de manera tan determinante a las mujeres que la sufren, pues se espera de ellas algo más que ser esposas y madres abnegadas entregadas a la tarea de cuidado y crianza de sus hijos. Sin embargo, la esterilidad, tanto en hombres como en mujeres, sigue percibiéndose como una honda carencia, una enfermedad, una patología, un estado lamentable que trunca el proyecto vital de la maternidad y la paternidad y, por tanto, un problema al que debe ponerse remedio, con la ayuda de las TRA e incluso con el alquiler de mujeres para gestar hijos para parejas o personas infértiles. Además, en el caso de las mujeres, esta imposibilidad se convierte en falta y culpa. (Campos, 2011).

Probablemente, el mayor cambio en la percepción de la infertilidad es que, si hasta hace unas décadas se concebía como un destino fatal, un lastre y una carencia irremediable para la persona que lo sufría (especialmente si era una mujer), ahora se concibe igualmente como un lastre, una carencia, una enfermedad desgraciada, pero a la que, gracias a las TRA, puede ponerse remedio. De este modo, la desesperación por la imposibilidad de descendencia propia se transforma a menudo en un deseo irrefrenable de hallar una solución a dicha imposibilidad, transformada ahora en dificultad eludible mediante la técnica. Ese anhelo, a menudo, lleva a que las personas que padecen infertilidad recurran a las TRA y acepten someterse a una extraordinariamente férrea disciplina, de cuyo cumplimiento se espera la consecución final del deseo: tener un hijo genéticamente propio.

Lo que ocurre es que el porcentaje de éxito de las TRA es bastante limitado y es muy frecuente que sean necesarios múltiples intentos antes de que se consiga un embarazo y que este se pueda llevar a término. Los porcentajes de éxito se obtienen de forma bastante opaca y las evidencias parecen rebajar las esperanzas de que someterse a la reproducción asistida sea garantía de concebir un hijo (Flores, 2016), especialmente cuanto mayor es la mujer que se somete a ellas y peor es su estado físico. Al respecto, hay que apuntar que las parejas que llegan a las clínicas de reproducción asistida suelen tener una edad avanzada en cuanto a que lo habitual es que hayan pasado algunos años intentando concebir de manera natural. En otras ocasiones, la espera se debe a un largo esfuerzo de ahorro previo para poder afrontar el proceso de reproducción asistida, llegando a las clínicas muy avanzada su trentenaria e incluso parejas que superan los cuarenta años. Esto obliga a que las personas que se someten a las TRA vivan un proceso angustioso, de resultado incierto y de falibilidad muy probable. Por eso, suele exigir varios intentos y ni siquiera con ellos se garantiza su éxito. Así las cosas, lo que justifica que la infertilidad y, sobre todo, las técnicas para ponerle remedio, sean objeto de análisis ético y filosófico crítico es, precisamente, las consecuencias en el bienestar de las personas que conlleva su uso, tanto a nivel físico como a nivel psicológico o emocional. También las consecuencias a nivel político de las mismas. Pero, para hacerlo, se antoja necesario dirimir, en primer lugar, si la infertilidad es un problema de salud, un asunto estrictamente médico en tanto que se trata de una patología o si, por el contrario, el drama que provoca este estado responde a la carga de significado ético, político y social que las personas hemos dado a la fertilidad y la sobrevaloración que hemos otorgado a tener descendencia.

Quienes creen que la infertilidad es un problema médico sostienen que es una patología, una enfermedad (algo que respalda la propia OMS). Lo es en cuanto que impide la función reproductiva de una persona, algo esperable de cualquier cuerpo sano alcanzado el grado de desarrollo y madurez suficiente. La capacidad de reproducirse es algo biológicamente dado y tanto como lo que asegura nuestra existencia y perpetuación como especie. En consecuencia, parece lógico pensar que lo normal es que todo individuo maduro, si lo desea, pueda reproducirse sin mayores dificultades si tiene relaciones sexuales de tipo coital. Esta facilidad para la reproducción se espera sobre todo si se trata de personas jóvenes, en la mejor etapa del periodo fértil de su vida. En consecuencia, cuando después de tener relaciones coitales con frecuencia durante un periodo significativo y, evidentemente, sin medios de contracepción no se logra un embarazo, se supone que uno o ambos miembros de la pareja pueden padecer problemas de fertilidad o esterilidad.

Las causas de los problemas de fertilidad en los hombres pueden ser de factor endocrino (producidos por alteraciones hormonales), testicular (alteraciones cromosómicas, genéticas o afecciones posteriores que hayan afectado a los testículos), posttesticular (debido a obstrucciones en las vías seminales) o espermático (problemas derivados de una cantidad insuficiente de espermatozoides, de una cantidad anormal de espermatozoides muertos en el líquido seminal, de una inmovilidad de los espermatozoides o la ausencia de espermatozoides en el líquido seminal). Por otra parte, las causas de infertilidad en las mujeres pueden ser de factor ovárico (cuando no se producen óvulos o se producen

de manera irregular y con mala calidad, debido a una alteración hormonal), de factor tubárico (cuando la fertilidad la impide una anomalía en las trompas de Falopio tales como endometriosis o malformaciones de las mismas), de factor cervical cuando existen pólipos, miomas o cualquier composición irregular del moco cervical que impide el paso de los espermatozoides), de factor uterino (producidas, generalmente, por malformaciones en el útero). (Francos et. al, 2021).

Podría decirse que la infertilidad es una patología en el sentido de que está causada por una anomalía o una disfunción hormonal u orgánica que presenta un individuo. Y en ese sentido, puede considerarse indeseable en cuanto impide el normal desarrollo de las funciones reproductoras y el aparato que las posibilita. Ahora bien, ¿la infertilidad en sí misma es una patología o un resultado de una patología? Parece más bien ser el resultado de las anomalías hormonales o físicas descritas. De hecho, lo que produce un problema o un malestar físico no es la infertilidad en sí sino la dolencia que la provoca, y ni siquiera todas las causas de la infertilidad tienen consecuencias negativas en la salud y el bienestar físico de quienes las presentan. Suelen ser indoloras, asintomáticas y desprovistas de riesgo para la salud del individuo. Mientras que, por ejemplo, la endometriosis provoca dolores abdominales muy severos, especialmente durante la menstruación, la oligospermia es perfectamente indolora, asintomática, no provoca ningún riesgo en la salud de quien la padece y no tiene consecuencias más allá de la dificultad o imposibilidad de engendrar. En consecuencia, creo que se puede concluir que, en sí misma, la condición de infertilidad no es una enfermedad ni una dolencia para el individuo que la padece. En este sentido, Álvarez Plaza explica que hay una ambigüedad al respecto y que según convenga se define como estigma o como patología. (Álvarez, 2008, 36)

Determinar si la infertilidad en sí misma es una patología o no resulta fundamental en cuanto que, en función de lo que se responda, se podrá justificar el uso de las TRA en cuanto que subsanan una patología y evitan una dolencia o se deslegitimarán en cuanto que ni subsanan una patología ni evitan un estado incompatible con el bienestar del individuo. Se ha resuelto que la infertilidad en sí misma no tiene por qué entrañar ningún problema para el perfecto estado de salud de quien la padece. Efectivamente, las TRA facilitan la concepción de una nueva criatura y posibilitan un embarazo, pero haber no engendrado y no haber pasado por un embarazo no es una condición patológica. Por lo tanto, no parece que remedien ninguna enfermedad. De hecho, en todo caso, lo que hacen las TRA es sustituir una función fisiológica para que, pese a la disfunción presentada en el aparato reproductivo, la persona pueda concebir, pero ni convierten al usuario/a en alguien fértil ni atajan la causa de la esterilidad. Por lo tanto, su conceptualización como tratamiento médico o reparador de una patología se antoja absolutamente inoportuno.

Si la infertilidad es una condición del individuo que no produce ninguna dolencia (no tener descendencia genéticamente propia no es una enfermedad, ni daña nuestra salud, ni acarrea consecuencias físicas indeseables ni tendría por qué acarrear malestar emocional) debemos preguntarnos si el estado emocional lamentable que a veces provoca no estará auspiciado por determinados marcos ético-políticos que van más allá de lo que, desde lo estrictamente médico y científico, se puede determinar como patológico o indeseable.

Entonces, una pregunta se hace pertinente: ¿Qué era lo que provocaba el desgarrador sufrimiento emocional de Yerma? ¿La imposibilidad misma de no ser madre o creer que la maternidad es deber y destino ineludible para todas las mujeres y que no cumplirlo acarreará su desdicha y vacío existencial? Si bien desde este artículo no se niega que la imposibilidad misma de concebir pueda provocar tristeza y frustración, no parece arriesgado afirmar que, si la maternidad no se entendiera como un imperativo para las mujeres y la paternidad como el derecho a la trascendencia genética para los hombres, sería mucho menos traumática la simple imposibilidad de tener hijos.

Por tanto, considero que el sufrimiento psicoemocional que provoca la infertilidad deriva no tanto del hecho fisiológico sino de la concepción social y política que tienen la maternidad y la paternidad. Para ello, es ineludible contextualizar en qué circunstancias sociopolíticas se reflexiona al respecto, y no son otras que en un patriarcado universal y metaestable, esto es, bajo un sistema de desequilibrio de poder entre los sexos que privilegia a los hombres y subordina a las mujeres, que se mantienen sometidas al grupo dominante. Siendo así, la maternidad y la paternidad, aunque similares, merecerán una lectura diferente. Esa lectura diferente la impone, para empezar, la propia biología. Aunque ambos sexos son igualmente necesarios e imprescindibles para la concepción, resulta innegable que las mujeres tienen un papel principal en la reproducción de la especie en tanto que, además de aportar el gameto necesario para la formación de un nuevo embrión, debe albergarlo en su útero nueve meses y sus funciones biológicas son las responsables de propiciar el proceso madurativo del mismo hasta que se convierta en un feto y posteriormente en una nueva criatura. Mientras, la función de los varones se limita a aportar un espermatozoide que permite, al unirse con un óvulo, el comienzo del proceso de gestación, exclusivamente femenino.

Muchas feministas han encontrado en las diferentes funciones de los sexos en la reproducción el origen de la sujeción femenina (Beauvoir, 2016; Firestone 1976; Falcón, 1983). Argumentarán que los largos procesos de gestación y parto (sobre todo, si se dan encadenados) relegaron a las mujeres al ámbito doméstico y de los cuidados, mientras que los hombres ocuparon el espacio social y se ocuparon del ámbito productivo. A esto se une la imposición del derecho paterno. Esto es, mientras toda mujer puede estar segura de su maternidad respecto a la criatura que ha parido, el único modo que los hombres han tenido de estar seguros de la paternidad de sus propios hijos ha sido controlando la sexualidad y la reproducción de las mujeres. En consecuencia, parece posible aventurar que la infertilidad masculina y la infertilidad femenina se vive de distinta forma y provoque reacciones y explicaciones muy distintas en cada uno de los dos sexos. Probablemente ambos sexos, cuando quieren tener hijos, pero son infértiles, compartan sentimientos de impotencia, tristeza, ansiedad y frustración. También la sensación de haber fallado como pareja, con la consecuente inseguridad que eso produce. Sin embargo, el modo de enfrentar y razonar la propia infertilidad o la de la pareja es distinta, debido a la socialización de género, en un sexo o en otro.

Según Consuelo Álvarez Plaza, “la esterilidad es vivida de diferente manera por hombres y mujeres y tiene mucho que ver con la diferente aportación en el proceso de pro-

creación.” (Álvarez Plaza, 2008, 105). Cuando es el hombre (de una pareja heterosexual) el que padece la infertilidad, vive su situación con mucha vergüenza y frustración. A menudo, lo oculta a su entorno y pide a su pareja que, en caso de someterse a las TRA, sea algo que se quede para la intimidad de ambos o, en el peor caso, sea conocido en exclusiva por el círculo más cercano. Pese a su deseo de ser padres, manifiestan profunda incomodidad con la fecundación *in vitro* o la inseminación artificial. La investigadora Consuelo Álvarez entrevistó a muchas parejas con problemas de fertilidad en las clínicas de reproducción asistida y así pudo conocer con bastante profundidad cuáles son los sentimientos de los hombres cuando descubren su propia infertilidad y cuando en pareja deciden tener un hijo con gametos de donante. Relata que muchos hombres, a pesar de aceptar que su pareja recurra a la inseminación artificial con semen de donante, manifiestan un profundo desagrado ante esta técnica. Explican que les resulta violento ver que sus parejas son inseminadas con semen de otro hombre; que en el momento de la inseminación sienten estar sufriendo una infidelidad de sus parejas; que prefieren no presenciarse e incluso que a pesar de que la decisión de acudir a esta técnica haya sido conjunta, sienten satisfacción cuando no se logra el embarazo, experimentando con alivio que el semen de otro varón tampoco haya posibilitado la concepción.

Álvarez aporta estos y otros testimonios directos de parejas masculinas infértiles de mujeres que se someten a una inseminación artificial. Igualmente, recoge los datos aportados por el personal médico que realiza esta técnica y muchos refieren que es frecuente que los varones, en consulta, previamente, durante y después de la inseminación tomen una actitud evasiva que transmite incomodidad, frustración y asco por el proceso. Asimismo, se detecta una actitud de evitación en cuanto al contacto físico y visual con la pareja, así como la ausencia de apoyo verbalmente explícito o gestos cariñosos como un beso, una sonrisa o una caricia. El motivo de esta actitud fría y evasiva es confirmado por los testimonios directos de las parejas varones de las mujeres que se someten a la inseminación artificial. Como ya se ha apuntado, cuando son explícitamente preguntados al respecto, refieren con claridad el sentimiento exasperante y frustrante que les provoca tanto presenciar como asumir que sus parejas sean inseminadas con el semen de otro hombre. Les produce vergüenza, rabia, frustración, sentimiento de haber sido víctimas de una infidelidad (incluso sexual, pues muchos consideran que la inseminación artificial guarda una similitud razonable con la práctica coital) y algunos desean que el proceso fracase. (Álvarez, 2008).

Si no fracasa y se logra un embarazo con inseminación artificial, los temores de muchos hombres infértiles continuarán durante el mismo y posteriormente al nacimiento del bebé. En primer lugar, temen que el entorno sepa que en realidad no son los padres biológicos de la criatura. Manifiestan mucha preocupación por que el resto conozcan los pormenores del proceso y cuestionen la paternidad del hombre que la ejerce. En segundo lugar, surgen las dudas de si hacer partícipe al menor de su origen biológico y en caso afirmativo cuándo hacerlo y cómo hacerlo. Revelar esta información se torna molesto e incómodo. Manifiestan su temor de que cuando sus hijos/as crezcan desafíen su autoridad reprochándoles que en realidad no son sus padres. Y, en efecto, ellos mismos, los propios varones, consideran que, al no existir filiación biológica y genética entre ellos y

sus criaturas, por más que a efectos sociales, jurídicos, familiares y afectivos ejerzan la función de padres, ellos saben que no lo son en realidad, lo que –aseguran– dificulta un vínculo genuino y profundo con el menor. (Álvarez, 2008, 111).

Para las mujeres, la vivencia de la infertilidad tampoco es sencilla. También les resulta incómodo admitir que para lograr la maternidad ha sido necesario el concurso de los óvulos de otra mujer. No obstante, como confirma la autora, son los hombres, más que las mujeres, los que muestran más reticencia a que sus parejas expresen que la criatura no ha sido concebida con un óvulo propio, argumentando que la mujer será mejor aceptada en su familia política si esta desconoce que el bebé no tiene vínculo genético con ella. (Álvarez, 2008, 118). Esto mismo es confirmado por los testimonios recogidos por Jociles y otros autores en la obra *Revelaciones, filiaciones y tecnologías* donde se concluye que lo que dificulta que una pareja revele que el hijo fue concebido gracias al óvulo de otra mujer distinta a su madre provoca “miedo a la falta de reconocimiento por parte de la familia del marido al no cumplir su rol de reproductora y, por tanto, no consumir el objetivo del vínculo conyugal de unir mediante la descendencia a las dos líneas.” (Jociles et. al, 2008, 41). En esta obra, se recogen testimonios de mujeres a las que no les importaría o al menos no les costaría tanto como a sus parejas varones explicar a sus hijos que el óvulo con el que fueron concebidos no era de ellas, pero son reconvenidas por sus parejas para evitar la revelación (Jociles et. al. 2008, 54).

Con las mujeres, también sucede que, en general, no viven con tanta impotencia la necesidad de utilizar un óvulo de otra mujer para lograr un embarazo puesto que estiman que si hay algo que subraye y evidencie su condición de madres es el hecho de haber pasado por un proceso de gestación y de parto, que es lo que, en definitiva, determina la filiación del bebé respecto a ellas mismas. Sin embargo, aunque esto pudiese entenderse como una ventaja para aquellas cuyos problemas de fertilidad no dificultan la gestación, lo cierto es que son ellas quienes padecen en primera instancia, en primera persona, las TRA y son sus cuerpos y, por tanto, ellas mismas, las que se exponen a procesos con un significativo riesgo para su salud y su bienestar, físico y emocional. (Flores, 2016; Álvarez, 2008; Taboada, 1986; Falcón, 1982, Firestone, 1976...)

Los hombres que recurren a TRA con sus parejas sólo han de aportar sus espermatozoides. En caso de que estos presenten alguna dificultad para eyacular, la mayor invasión posible puede consistir en la extracción de espermatozoides mediante punción testicular, práctica no invasiva e indolora en tanto se realiza con anestesia local, sin tratamiento hormonal previo ni contraindicaciones (algo que sí existe en la extracción de óvulos). Además, la punción testicular es pertinente sólo en casos muy específicos. En la inmensa mayoría de ocasiones, para la obtención de espermatozoides para la fecundación *in vitro* o la inseminación artificial suele bastar con que un varón, bien el padre de la futura criatura o un donante, emita una muestra de semen mediante eyaculación, que logrará masturbándose, y la recoja en un frasco esterilizado.

En el caso de las mujeres, la técnica menos invasiva consiste en que sean inseminadas artificialmente. Aun así, es muy poco frecuente que esta inseminación artificial se produzca sin un tratamiento hormonal previo de estimulación ovárica. Lo habitual es que

las mujeres que recurren a esta técnica, para aumentar las posibilidades de éxito, reciban primero un tratamiento que haga que, en un solo ciclo menstrual, sus ovarios produzcan más óvulos que el único que se produciría en un ciclo natural, sin la administración de hormonas exógenas. No obstante, a diferencia de la fecundación *in vitro*, para la inseminación artificial es suficiente con que se produzcan uno o dos óvulos maduros para el momento de depositar el semen en el útero de la mujer a través de una cánula con la muestra previamente preparada. Si bien es posible realizar una inseminación artificial sin estimulación ovárica previa, eso hace que decrezca sensiblemente las posibilidades de embarazo.

La fecundación *in vitro* exige el mismo tratamiento de hiperestimulación hormonal, pero en dosis más elevadas, puesto que lo ideal no es provocar la maduración solamente de uno o dos óvulos sino de varios más, con el fin de que sean mayores las posibilidades de fecundación cuando los gametos femeninos entren en contacto en el laboratorio con la muestra de semen. Por tanto, al contrario que en la inseminación artificial, para que la fecundación *in vitro* tenga unas posibilidades de éxito aceptables, las dosis hormonales son mucho mayores, por lo que el riesgo de sufrir un síndrome de hiperestimulación ovárica también lo es.

Con lo expuesto se pretende demostrar que, si bien la infertilidad afecta a ambos sexos y puede ser una circunstancia negativa y desesperante tanto para los hombres como las mujeres, estas últimas son las receptoras de las TRA y las que sufren en sus propias carnes los efectos negativos de las mismas (Flores, 2016; Álvarez 2008: 37; Taboada, 1986; Firestone, 1976). No sólo a nivel físico –en cuanto a las molestias tanto de los tratamientos de estimulación ovárica, de los cambios hormonales y los riesgos derivados de la gestación resultantes, en ocasiones de riesgo, puesto que es habitual que se recurra a las TRA después de haber sufrido abortos espontáneos y otro tipo de complicaciones en embarazos previos– también a nivel emocional. Se analizará en el siguiente apartado.

4. La justificación de la explotación reproductiva y el drama de la infertilidad

Las personas que presentan problemas de fertilidad y acuden a TRA consideran que estas son una tabla de salvación indispensable para poder alcanzar la paternidad y la maternidad. Estiman que su empleo es un indiscutible avance médico y técnico que no puede sino ser celebrado en cuanto que abre la puerta a la paternidad a aquellas personas que, sin el concurso de la tecnología, no podrían tener su propia descendencia. A menudo las presentan como una luz al final del túnel en cuanto que, tras desesperarse intentando conseguir, en vano, un embarazo por el método tradicional, gracias a ellas encuentran la solución en estos procesos de reproducción asistida, viendo cumplido un sueño que ya daban por perdido, con la frustración y el sufrimiento que implicaba semejante denuncia. Así, estas técnicas serían las aliadas de mujeres y parejas que se encontrasen desesperadas. Una salida, una certidumbre, una solución o, al menos, una gran ayuda para un proyecto vital que, sin ellas, estaría indefectiblemente condenado al fracaso. Parecería, en efecto, la puerta al final feliz que hubiese deseado Yerma y que, por entonces, en la época en que

Lorca concibió su drama, se hubiese tomado por pura magia, por puro milagro. Se dice, así, que con las TRA, las personas se sobreponen a sus propias limitaciones reproductivas y salvan obstáculos ineludibles hasta fechas recientes. Se asienta, en definitiva, la tesis de que la infertilidad justifica la existencia y permanencia de estas técnicas. Se defiende su regulación, su presencia en el sistema público de salud y se celebra que la biotecnología posibilite un mejor catálogo de las mismas, ampliándolas y perfeccionándolas.

No obstante, a mi juicio, esta visión idílica de las TRA ha de ser racionalmente rebajada. Para empezar, aunque se presenten como solución a todos los problemas de una mujer o pareja infértil que desea tener hijos, lo cierto es que la tasa de efectividad de las mismas es bastante relativa, y como ya se apuntó, tanto más baja cuanto más edad tiene la mujer que se somete a ellas. Teniendo en cuenta que nadie las contempla como primera opción y que su alto precio económico exige cierto poder adquisitivo, lo normal es que las mujeres y parejas que recurren a ellas tengan avanzada su etapa fértil, lo que disminuye muy significativamente sus tasas de éxito. A ello se suma que tanto la inseminación artificial como la Fecundación *In Vitro* suelen exigir varios intentos hasta que se logra un embarazo exitoso, lo que impone, además, desembolsar una gran cantidad de dinero. También impone que las mujeres soporten varios ciclos, lo que implica un elevado coste para su salud física y su bienestar emocional.

El bienestar psíquico o emocional de las mujeres que se someten a un proceso (o varios) de reproducción asistida suele ser débil. Y esta inestabilidad no se debe sólo a la frustración por las dificultades de fertilidad que sufran, ellas o sus parejas. También se debe, e incluso puede que fundamentalmente, a la presión y el sometimiento en el que las sitúa el propio proceso de reproducción asistida. Estos procesos exigen un extraordinario disciplina física y mental que abarca desde suministrarse una medicación notablemente agresiva, hasta imponerse un control sobre el propio cuerpo y las propias emociones difícilmente soportable, pasando por una atención absoluta al ciclo menstrual, soportar los efectos secundarios de la medicación, los cambios hormonales, la inestabilidad emocional provocada y una sexualidad sujeta a las exigencias de las técnicas, en ocasiones inhibida o exigida sin que pueda ser la espontaneidad del deseo quien la dicte. Además, se libra continuo combate para regular la ansiedad, la tristeza, la frustración, la irritabilidad e impedir hacerse falsas esperanzas puesto que se sabe que conseguir el éxito del proceso no está, ni mucho menos, garantizado.

Las mujeres que se han sometido a estas técnicas refieren haber sentido perder el control sobre sí mismas entregándose sumisas al proceso tecnificado que se cernía sobre su cuerpo, sobre ellas mismas. Muchas también reseñan malestar por el tratamiento hormonal; sensación de excesivo disciplinamiento por la medicación y las constantes consultas, revisiones y el resto de pautas que se les aconseja. Al respecto, Consuelo Álvarez subraya que:

El control y la motorización del cuerpo reproductor es vivido con ansiedad por las parejas. Ellas, sometidas a los tratamientos, aprenden las manifestaciones corporales relacionadas con la reproducción. Viven pendientes de los cambios de su cuerpo. La mayoría de

mis informantes han pasado por varios ciclos de tratamientos de manera que son expertas en hormonas, ecografías, punciones, pruebas de embarazo, etc. La espera hasta saber si hay o no folículos suficientes, si hay o no embarazo se hace eterna. (Álvarez, 2008, 98).

Por lo tanto, es frecuente que las mujeres presenten síntomas de estrés, ansiedad e incluso depresión. Y cabe insistir en que estos no son (o no sólo) por la infertilidad misma, sino también por la heteronomía o pérdida de control sobre ellas mismas que produce someterse a estas técnicas. A menudo, la ansiedad por cumplir todas las indicaciones médicas; por no olvidar administrarse la medicación; por soportar los efectos secundarios de la revolución hormonal que produce; por soportar la ansiedad de la intervención quirúrgica que supone la aspiración transvaginal de los folículos; el posible síndrome de hiperestimulación ovárica, etc. unido a la angustia por saber si por fin el proceso dará resultado y se producirá un embarazo o si hay que afrontar un nuevo fracaso no es mejor sino bastante más lamentable que lidiar con la infertilidad misma.

Muchas mujeres sometidas a las TRA transmiten sentir una absoluta pérdida de control sobre sus vidas y su autonomía durante todo el proceso; una suerte de heteronomía desde que deciden iniciar el proceso, sometiéndose desde entonces a todo tipo de tratamientos, pruebas e intervenciones de modo que su vida entera se dispone en función de lo conveniente para el proceso que han iniciado. A eso se suman las exiguas garantías de éxito del proceso y la resignación de asumir varios intentos, con sus costes físicos, emocionales y económicos, que pesan cada vez más. Según la revista médica *Reproducción asistida* la tasa de éxito de la FIV en mujeres menores de 35 años apenas alcanza el 34%, reduciéndose al 14% cuando se superan los 40 años. (Porcentajes de éxito en la reproducción asistida. (Barrenetxea et. al. 2021). Respecto a las sensaciones emocionales negativas, tales como ansiedad, tristeza, desesperación y angustia, debe subrayarse que estas aumentan a medida que los intentos van resultando fallidos. Algunos usuarios y usuarias de las TRA acaban por reconocer sentir cierta envidia por la facilidad con la que el resto de parejas conciben a sus hijos de modo natural, y sobrevaloran su paternidad como especialmente merecida en cuanto que su esfuerzo y constancia para conseguirla ha sido muy superior. Joan Bestard recoge testimonios de algunas personas que reconocen haber reaccionado con ira y con rabia cuando, mientras ellas se someten a las TRA, amistades o familiares han conseguido, sin esfuerzo, un embarazo de modo natural. (Bestard, 2004, 50).

Siendo un proceso tan duro y tan invasivo, que causa tantos malestares a nivel físico y emocional, resulta pertinente preguntarse si las TRA suponen una liberación para las mujeres o parejas infértiles o si, por el contrario, han resultado un dispositivo de dominación que, lejos de solventar un problema, crea una necesidad a la que somete especialmente a las mujeres y además hace de la reproducción un objeto de lucro (Flores, 2016, 123). Si se responde que en efecto oprimen a quienes hacen uso de ellas debe señalarse que dicho sometimiento lo padecerían las mujeres porque –como ya se ha dicho– la práctica totalidad de las TRA se aplican sobre el cuerpo de las mujeres. De hecho, como subraya Natalia Fernández Jimeno, si bien estas técnicas podrían desafiar al modelo heterosexual-patriarcal familiar, lo cierto es que lo refuerza y lo perpetúa, pues precisamente, son ma-

yoritariamente las parejas heterosexuales las que recurren a estas técnicas para reproducir el modelo de familia tradicional, sin cuestionar el mandato de maternidad ni siquiera cuando no puede lograrse sin extraordinarias dificultades (Fernández, 2016, 141). Por todo ello, parece posible considerar que estas técnicas, como ya denunció Lidia Falcón, amplían el deber de maternidad a mujeres que, hasta que la industria de la reproducción se puso en marcha, se veían exentas, *a priori*, del deber de la maternidad tales como mujeres solteras, lesbianas o infértiles. (Falcón, 1982, 404).

Las TRA son muy invasivas para las mujeres y apenas molestas para los hombres. Las mujeres que se someten a ellas se medican sin que esos medicamentos tengan un efecto positivo en su bienestar. Se emplean, por el contrario, para producir alternaciones en el ciclo menstrual normal y para provocar la sobreproducción de ovocitos. Parece, además, que lejos de ser un instrumento que facilite que las mujeres tomen el control sobre sí mismas y su propia reproducción, estas técnicas, si acaso, les permiten intentar cumplir su deseo de ser madres, pero, en primer lugar, con escasas garantías de éxito, y, en segundo lugar, a costa de autoimponerse una disciplina que implicará su malestar físico y emocional y de relegar su propio bienestar al transcurso del proceso. Con las TRA, las mujeres, lejos de tomar las riendas sobre su cuerpo y la reproducción, someten su voluntad a un proceso cuyas lógicas, exigencias y consecuencias no controlan. (Álvarez, 2008, 37).

Además, los tratamientos invasivos solo deberían estar justificados para evitar una dolencia, patología o un riesgo para la salud de un individuo. Las TRA no corrigen la infertilidad. Y la infertilidad misma no es una patología ni en sí misma provoca dolencias. Puede ser provocada por una enfermedad, malformación o disfunción, pero la infertilidad en sí misma ni lo es ni acarrea problemas para la salud de un individuo. La mayor dificultad que provoca la infertilidad es el sufrimiento emocional de quien la padece. No obstante –insisto– más que la infertilidad en sí misma, es la concepción social y ética que el patriarcado le ha atribuido a la maternidad y a la paternidad y lo que implica el estigma, lo que hace sobredimensionar la importancia de tener descendencia genéticamente propia y lo que condena, sobre todo a las mujeres que no pueden ser madres, a sentimientos de culpa, frustración y sensación de no cumplir con las expectativas. En consecuencia, la mejor forma de evitar el sufrimiento emocional provocado por la infertilidad no parece ser remediarla con un mal emocional y físico mayor, sino cuestionando la lectura patriarcal que se impone sobre la misma, tanto en hombres como en mujeres. El supuesto derecho a tener descendencia genéticamente propia y la creencia de que, gracias a ella, se trasciende la propia finitud rodea la paternidad. Hace que los hombres sobredimensionen la importancia de la paternidad y de que esta sea genética y no adoptiva, por ello presentan una enorme frustración cuando sus parejas necesitan ser inseminadas con semen de donante debido a su infertilidad y prefieren ocultarlo porque les produce impotencia y vergüenza. Igualmente, “dar hijos” al esposo se convierte en un mandato para las mujeres, que sienten una gran impotencia si es su estado lo que lo impide.

La infertilidad no es un problema médico; es un problema político en cuanto que el patriarcado sanciona y estigmatiza no ser padre (aunque no estigmatice en absoluto no ejercer los deberes de padre) y ordena la maternidad para todas las mujeres. Si esto no

fuese así, creo posible sostener que la angustia y la sensación de fracaso que impone la infertilidad se rebajaría de manera substancial. En consecuencia, las TRA se considerarían innecesarias y no se aceptaría el sometimiento y la explotación reproductiva que imponen a las mujeres, pero, ante todo, se irracionalizaría la convicción de que la maternidad debe lograrse a toda costa, con independencia de las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que ese empeño acarree para las mujeres.

5. Conclusiones

La infertilidad no es una enfermedad. Puede estar causada por una patología o una disfunción en el aparato reproductor, pero, en sí misma, no es una enfermedad. En todo caso, es una consecuencia en sí misma indolora y que no entraña por ella misma un riesgo para la salud de quien la presenta. Una persona con dificultades o imposibilidad para concebir no es una persona enferma. Sólo es alguien incapaz de tener descendencia genéticamente propia. Tener descendencia genéticamente propia no es un requisito ineludible para la salud física y emocional de un individuo. La infertilidad no provoca dolencias ni una merma en la calidad de vida de quien la presenta. En consecuencia, se estima inoportuno aventurar un remedio clínico a lo que no es una patología, sobre todo cuando dicho remedio sí ocasiona un riesgo objetivo para la salud de las mujeres y un malestar perfectamente evitable y que no redundaría positivamente en su estado físico y emocional. Al contrario, suele empeorarlo. La infertilidad puede ser causa de una carencia o una anomalía hormonal u orgánica, pero, en sí misma, no reporta ningún menoscabo de la salud del individuo.

El sufrimiento emocional que produce la infertilidad es fruto del sistema patriarcal. La infertilidad, en sí misma, no tendría por qué producir en quien la padece sentimientos de ansiedad, tristeza e impotencia o al menos, no hasta el punto de quienes la presentan padezcan sentimientos tan profundos de fracaso y de haber perdido el control sobre su vida, como ocurre con frecuencia. Si, en efecto, los produce se debe a la sobrecarga significativa que se ha otorgado a la paternidad como derecho del varón a que otro individuo porte sus genes y a la maternidad como deber de las mujeres, definidas por este sistema como dadoras de hijos, al matrimonio y particularmente, al esposo. Tener hijos puede ser un deseo muy legítimo y su imposibilidad dolorosa. Ahora bien, sostengo que ese exceso de frustración no se produciría de manera tan profunda si no fuese por el mandato patriarcal imperante al respecto.

Así las cosas, la voluntad de tener descendencia genéticamente propia se funda en un deseo, no en un derecho, por lo que no encuentro razonable prever mecanismos que corrijan la infertilidad, especialmente si para ello se han concebido unas TRA que implican la explotación reproductiva de las mujeres y que no tienen, en absoluto, una repercusión positiva en su salud ni un carácter reparador. En todo caso, considero oportuno el uso de aquellas técnicas que sean mínimamente invasivas, lo que se reduciría a la inseminación artificial, idealmente sin estimulación ovárica previa. Apuesto por esta reducción de la intervención técnica en la reproducción porque considero que las TRA, tal y como

están concebidas, someten a las mujeres a un control médico excesivo; exigen un control sobre ellas mismas que comprometen su bienestar físico y emocional, provocan efectos secundarios adversos y, además, ni siquiera les aseguran un embarazo ni que sea viable. Por tanto, concluyo que la infertilidad no es una condición patológica, sino una incapacidad de la persona que no conlleva consecuencias lesivas para su salud, pero que ha sido estigmatizada injustamente; que las TRA son agresivas e invasivas para las mujeres; que la infertilidad no provocaría apenas sufrimiento emocional si el derecho a la paternidad y el deber de maternidad no fuesen dos imposiciones patriarcales.

Igualmente, sostengo, con Flores Anarte, que el mercado de las TRA no solventa una necesidad; sino que la crea. No ataja una patología; convierten el deseo legítimo de maternidad en una necesidad a la que se sacrifica hasta la propia salud. Las TRA se sustentan en dos pilares: el patriarcal y el neoliberal. El patriarcal impone el mandato de maternidad y el neoliberal mercantiliza la reproducción. De este modo, en las TRA no se conciben como un servicio social o sanitario, sino como un mercado en el que se oferta un “servicio” sin reparar en su pertinencia ni en las consecuencias negativas del mismo para las mujeres. Además, rigiéndose por la lógica mercantilista del abaratamiento de costes, se prima la sobremedicalización y la agresividad en las técnicas para aumentar el porcentaje de éxito y con ello la reputación del negocio, sin importar las consecuencias negativas que eso produce en el bienestar de las mujeres. No es casualidad que el mercado de las TRA se haya desarrollado en paralelo con el capitalismo neoliberal en el que las barreras de lo que puede ser objeto de comercio se han difuminado, casi hasta desaparecer. En consecuencia, se impone señalar que las TRA, en lugar de evitar un daño, pueden ocasionar un mal mayor. Lo hacen tanto a las usuarias directas de las mismas –por imponerles el sometimiento y las consecuencias para la salud ya descritas– como por sus repercusiones ético-políticas: convertirnos en una sociedad donde una nueva vida dependa de un entramado empresarial y mercantil y en la que se naturaliza que el deseo de maternidad y paternidad justifica toda sujeción y alienación de las mujeres, expropiándoles el control sobre sus propios cuerpos y sobre sus propios proyectos vitales.

Desde esta perspectiva crítica y advirtiendo la influencia del sistema neoliberal, sostengo que recurrir a estas técnicas está atravesado por una cuestión de clase. Habitamos un planeta superpoblado en el que millones de personas, muchas de ellas, menores, se encuentran en una situación de pobreza extrema. Siendo esto así, se concluye que la infertilidad solo puede ser considerada un problema médico en las sociedades más ricas. Eso no demuestra que solamente se conceptualiza como tal entre quienes tienen los privilegios suficientes para poder exigir una reproducción a la carta.

6. Bibliografía

- Álvarez Plaza, Consuelo. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Jaén: Alcalá.
- Badinter, Elizabeth. (1981) *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós-Pomaire.

- Barrenetxea, Gorka et. al. (1 de abril de 2022). "Porcentajes de éxito de la reproducción *in vitro*." Reproducción Asistida ORG. Recuperado el 21 de abril de 2022. <https://www.reproduccionasistida.org/resultados-de-fiv/>
- Beauvoir, Simone. (2016). *El segundo sexo*. Cátedra: Madrid.
- Bestard, Joan. (2004). *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de la reproducción*. Barcelona: Estudis d'Antropología Social i cultural.
- Campos, Beatriz. (2011). "La falta de descendencia biológica. Una lectura social y feminista de la infertilidad de las mujeres." *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*. 4(1), 97-121.
- Falcón, Lidia. (1982). *La razón feminista (Vol. 2). La reproducción humana*. Barcelona: Fontanella.
- Fernández Jimeno, Natalia. (2016). "Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA)." *Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad*, 31(11), 119-146.
- Firestone, Shulamith. (1976). *Dialéctica del sexo*. Barcelona: Kairós.
- Flores Anarte, Laura. (2016). *Las técnicas de reproducción asistida en España. ¿Mercantilización de la maternidad o empoderamiento femenino?* Valencia: tirant to Blanch.
- Francos, Alicia et. al (26 de julio de 2021). "¿Cuáles son las principales causas de la esterilidad e infertilidad?" Reproducción Asistida ORG. Recuperado el 21 de abril de 2022. <https://www.reproduccionasistida.org/causas-de-la-esterilidad/>
- García Lorca, Federico. (2004). *Bodas de sangre y Yerma. Teatro completo III*. Barcelona: Debolsillo.
- Jociles Rubio, María Isabel [Ed.]. (2016). *Revelaciones, filiaciones y biotecnologías. Una etnografía sobre la comunicación de los orígenes a los hijos e hijas concebidas mediante donación reproductiva*. Barcelona: Bellaterra.
- Levine, Hagai. et. al. (2017). "Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression análisis." *Human Reproduction Update*, 23(6), 646-659. Doi: 10.1093/humupd/dmx022.
- Nieva, Pilar. (2008). Identidad femenina, maternidad y moral social: yerma (1935), de Federico García Lorca. *Anales de la Literatura Española Contemporánea*, 33(2): 155-176.
- Taboada, Leonor. (1986). *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*. Madrid: Icaria.