

Les noves tecnologies de reproducció i els reptes a la maternitat/paternitat

Mònica Nadal i Anmella

Universitat de Barcelona

monica.nadal@uab.es

Resum: Noves tecnologies reproductives (NTR) és el nom general donat a les múltiples tècniques creades i desenvolupades en els últims trenta anys en el terreny de la medicina reproductiva. Aquestes tècniques s'adrecen a les diverses fases del procés reproductiu, des de la concepció fins al naixement. Les NTR constitueixen instruments poderosos de visualització i control dels fetus i de les dones que els gesten, creen nous subjectes d'intervenció mèdica i afecten el nucli de la concepció occidental sobre la reproducció i les relacions de parentiu. Així, per exemple, tècniques com l'amniocentesi o els sistemes d'ultrasons introdueixen nocions de qualitat i de viabilitat del fetus en les eleccions reproductives de les persones i modifiquen substancialment conceptes com el de paternitat/maternitat responsable. La fecundació *in vitro*, adreçada al moment de la concepció, ha generat tot un discurs al voltant de la infertilitat i la *necessitat* de reproducció biològica de les parelles. En definitiva, les NTR mobilitzen, qüestionen i creen representacions, conceptes, valors i discursos polítics al voltant de la reproducció i de la paternitat/maternitat i constitueixen així un terreny d'estudi per a les ciències socials poc explorat fins ara dins el context de la sociologia feta al nostre país.

Resumen: Bajo el nombre de «Nuevas tecnologías reproductivas» (NTR) se recogen las múltiples técnicas creadas y desarrolladas en los últimos treinta

años en el terreno de la medicina reproductiva. Estas técnicas se dirigen a las distintas fases del proceso reproductivo, desde la concepción hasta el nacimiento. Las NTR constituyen instrumentos poderosos de visualización y control de los fetos y de las mujeres que los gestan, crean nuevos sujetos de intervención médica y afectan al núcleo mismo de la concepción prevalente en Occidente sobre reproducción y parentesco. Así, por ejemplo, técnicas tales como la amniocentesis o los sistemas de ultrasonidos introducen nociones de calidad y viabilidad de los fetos en las elecciones reproductivas de las personas, al mismo tiempo que modifican sustancialmente nociones como las de paternidad responsable. La fecundación *in vitro*, dirigida al momento de la concepción, ha generado multitud de discursos alrededor de la infertilidad y la «necesidad» de reproducción biológica de las parejas (en especial de las mujeres). En definitiva, las NTR mobilizan, cuestionan y crean representaciones, conceptos, valores y discursos políticos alrededor de la reproducción y la paternidad, constituyendo así un terreno de estudio para las ciencias sociales poco explorado hasta el momento en el contexto de la sociología hecha en nuestro país.

Abstract: *New Reproductive Technologies (NRT) is the general name given to the multiple technological devices created and developed in the last thirty years in the area of reproductive medicine. They address different aspects of the reproductive process —from conception to birth. These technologies present continuities with some other technologies of reproductive control, but also introduce novelties which have the potential for challenging our understanding of reproduction, motherhood, parenthood and family. The need for the NRT and especially for In Vitro Fertilisation (IVF) has been created through complex discursive devices. In this article we will be looking at some elements of how IVF has been legitimised, and how this process has involved (and carries as a consequence) the creation and typification of new subjects (the infertile, among others), of a disease (infertility) and of a need (the need for a biological child).*

1. Presentació

Totes les societats han creat tabús, tradicions i rituals per regular la quantitat i la *qualitat* de la descendència. Cap societat coneguda no s'ha reproduït al límit de les seves possibilitats biològiques: l'infanticidi, l'avortament, la prohibició a les dones que encara alleten nadons de mantenir relacions sexuals han format i encara formen part, entre d'altres, dels mecanismes socials orientats al control de la reproducció (tant per prevenir-la com per promoure-la). Durant segles, el control de la fecunditat ha estat una àrea de conflicte i de

negociació entre els individus (especialment les dones) i les autoritats (l'Estat, l'Església o la institució mèdica), i les tecnologies reproductives, la seva bondat o maldat, el seu ús legítim o il·legítim, han estat presents en el cor d'aquests conflictes.

De manera molt general, podem establir quatre grups de tecnologies destinades a intervenir en el procés de la reproducció humana (Stanworth, 1987). El primer grup inclou les tecnologies que s'orienten al control de la fecunditat, mitjançant la prevenció de la concepció o de la implantació de l'embrió a l'úter matern, o a través d'avortaments. El segon grup de tecnologies fan referència a la cura i control dels parts i dels naixements. Amb el traspàs del naixement (que tradicionalment era una activitat en mans de dones i assentada a la llar) a l'àmbit de la medicina es desenvoluparen nous instruments per vigilar i controlar el procés al voltant del part: cesàries i instruments per induir el part (fôrceps), entre d'altres. Un tercer grup, actualment en plena expansió, es dirigeix a la millora de la salut i de les característiques genètiques dels fetus i dels nounats, com és el cas, per exemple, dels ultrasons, l'amniocentesi i altres sistemes de control del desenvolupament fetal. Per últim, en el quart grup trobem les tecnologies conceptives, que s'orienten a produir l'embaràs: la inseminació artificial, la fecundació *in vitro* o el lloguer d'úters. D'aquest últim grup de tecnologies, no totes formen part del que es consideren noves tecnologies de reproducció, ja que algunes, com per exemple la inseminació artificial, es practiquen des de fa molt de temps.

D'una manera molt general, podem definir les noves tecnologies de reproducció (NTR) com el conjunt de tècniques creades i desenvolupades als últims trenta anys en el terreny de la medicina reproductiva. Aquestes tecnologies s'adrecen a diversos moments del procés reproductiu, des de la concepció, com ara la fecundació *in vitro*, fins al naixement (als últims anys, per exemple, s'ha desenvolupat la cirurgia fetal).

En aquest article voldria presentar alguns aspectes rellevants per al debat al voltant d'aquestes tecnologies, i en especial mostrar algunes de les línies d'investigació que des de la sociologia, l'antropologia i la psicologia social s'han desenvolupat a d'altres països. L'objectiu, doncs, no és fer una anàlisi exhaustiva de les NTR, sinó més aviat apuntar, fonamentalment a partir de fonts secundàries, algunes dimensions d'aquestes tecnologies que poden tenir un gran interès per a la sociologia, entre d'altres l'articulació i la legitimació del discurs científic, la construcció de la maternitat/paternitat i la interrelació entre tecnologia i societat.

2. Perspectives sobre les NTR

Al nostre país, l'establiment i la comercialització de les noves tecnologies de reproducció, i molt en concret de la fecundació *in vitro*, s'ha fet sense un debat públic obert al voltant dels reptes i les conseqüències de les seves aplicacions. Els mitjans de comunicació han jugat i juguen un paper molt important en la presentació i la legitimitat de tècniques com la fecundació *in vitro* (FIV). Tot i que els mitjans s'han fet ressò d'alguns dels temors més freqüents que desperten els casos «extremes» de l'ús d'aquestes tècniques (com, per exemple, la clonació o la generació d'un excedent d'embrions), en general la rebuda ha estat força aproblemàtica, i tècniques com la fecundació *in vitro* han estat presentades per la institució mèdica i els mitjans de comunicació com a millores en la qualitat de vida de les persones.

Les dones, com a úniques receptores (i, en gran mesura, conillots d'índies) d'aquestes tecnologies, han estat totalment absents del debat, tot i que la retòrica les situa a elles i als seus desigs de maternitat al centre del discurs legitimador. Així, la Comissió especial d'estudi de la fecundació *in vitro* i la inseminació artificial humana, creada a mitjan anys 80 per elaborar un informe que havia d'orientar la regulació legislativa al voltant de les tecnologies, estava formada per sis parlamentaris, un dels quals era una dona; entre els trenta-sis experts convidats per informar sobre les implicacions biològiques, genètiques, jurídiques i ètiques de les NTR hi havia només una advocada i una metgessa; entre els vuit filòsofs convidats, quatre eren de la Universitat Pontifícia de Comillas, un era catedràtic de dret eclesiàstic de la Universitat de Navarra i un altre especialista en dret canònic. Paradoxalment, no hi va haver representació de col·lectius de dones que poguessin participar en un debat que, de manera directa, les implicava, si més no en la mesura que constitueixen el *locus* físic d'aquestes tecnologies (Stolcke).

Ciència i maternitat: perspectives feministes

Les NTR han generat un debat molt intens dins la teoria feminista, en considerar que l'aplicació de tecnologies a un àmbit femení per excel·lència, com és la reproducció humana, en el context d'una societat patriarcal ha de tenir forçosament conseqüències en la vida de les dones. Voldríem repassar aquí, en les seves línies generals, algunes d'aquestes aportacions al debat, perquè creiem que, tot i els problemes d'algunes d'aquestes formulacions, els diferents discursos feministes ajuden a entendre millor el context cultural i històric

de les tecnologies reproductives, els supòsits sobre els quals se sustenten i alguns dels reptes que plantegen.

Les respostes feministes als reptes plantejats per les NTR van des d'un entusiasme incondicional, representat per Shulamith Firestone en el seu llibre *La dialèctica del sexe* (1972), fins a una oposició igualment incondicional, com la de Gena Corea (1988) i d'altres. Firestone (1972) defensa en el seu llibre que la causa de l'opressió de les dones en el patriarcat és el rol que tenen en la reproducció, és a dir, la seva capacitat biològica de donar a llum. Amb una argumentació típicament marxista, Firestone assenyala que si l'arrel de l'opressió femenina és biològica, només una revolució en la biologia pot canviar la posició social de les dones. Si la tecnologia permetés als humans de reproduir-se fora de l'úter matern, les contribucions d'homes i dones a la reproducció s'equipararien i d'aquesta manera les legitimacions socials que situen les dones en l'àmbit domèstic perdrien validesa. D'aquesta manera, la família heterosexual deixaria de tenir sentit, ja que el sexe es desvincularia definitivament de la reproducció. La desaparició de la dona reproductora i de la seva parella, l'home productor, donaria pas a una cultura andrògina, en la qual tots els éssers humans, homes o dones, tindrien cura de la descendència de la societat.

Aquesta perspectiva presenta problemes importants, entre els quals cal destacar el que Julia Mosse i Josephine Heaton (1990) assenyalen:¹

Que les dones diguin que és la seva biologia femenina la que les oprimeix és com si la comunitat negra digués que el problema d'haver nascut negre no és viure sota règims d'*apartheid* racista, sinó tenir la pell de color negre i no blanc; si així fos, l'alliberament de la comunitat negra només podria venir per la distribució gratuïta de cremes aclaridores de la pell i productes allisadors dels cabells, i de la investigació intensiva en tecnologies que canviïn el fenotip de les persones (Mosse i Heaton, 1990, p. 27).

La proposta de Firestone, feta anys abans del naixement de la primera *mena proveta*, va rebre crítiques molt dures d'altres feministes radicals. Mary O'Brien (1988), Adrienne Rich (1977) i Gena Corea (1988), entre d'altres, ofereixen una perspectiva molt diferent de la maternitat i del que les noves tecnologies podien oferir a les dones. O'Brien creu que les arrels del patriarcat se situen en l'intent per part dels homes de contrarestar l'alienació de la seva consciència reproductiva: els homes són conscients del seu estatus precari com a pares i, per tant, posseir el poder reproductiu de les dones vol dir posseir i controlar el producte del seu poder, els fills. Les noves tec-

1. Totes les citacions han estat traduïdes de l'anglès per l'autora de l'article.

nologies permetrien als homes d'obtenir un fill a canvi de res i d'aquesta manera, en darrer terme, desfer-se de les dones.

Adrienne Rich en el seu llibre *Of Woman Born* (1977) segueix aquesta línia quan diu que si el patriarcat vol sobreviure ha de restringir el poder de les dones; les dones com a mares potencials són percebudes pels homes com la font de vida, però també de mort. Els homes han intentat i intenten apropiar-se de la maternitat. Així, els ginecòlegs i els tocòlegs (homes) han substituït les llevadores (dones) en l'assistència durant el part; la medicina i la psicologia expliquen a les dones com han de comportar-se, sentir-se i viure durant l'embaràs i la maternitat, etc. Tot i que Rich està d'acord amb Firestone en el fet que la maternitat, tal com ha estat institucionalitzada en el patriarcat, és opressiva per a les dones, creu que si les dones poguessin recuperar el control del naixement i de la cura dels fills la maternitat podria esdevenir una experiència positiva. La solució a una definició opressiva de maternitat no és cedir-la a la tecnologia, sinó permetre a les dones de definir-la en un nou sistema de valors.

En algunes formulacions feministes, la maternitat és percebuda com l'últim reducte de poder per a les dones. Gena Corea a *The Mother Machine* (1988) assenyala que l'objectiu de les NTR és robar el poder procreatiu de la maternitat i reemplaçar les mares biològiques per *mares màquines*. La FIV no seria sinó el primer pas d'un procés que ha de conduir a la creació d'úters artificials o a la substitució de les dones en la reproducció per tècniques de clonació.² La possibilitat d'un embaràs fora de l'úter matern o la clonació humana són de moment impossibles, però aquestes autores denuncien els esforços invertits per aconseguir-ho, ja que temen que la maternitat, com a base del poder de les dones, quedi sense fonament. La possibilitat assenyalada per Firestone de substituir la capacitat reproductiva de les dones per úters artificials és vista per aquestes autores com un malson que ha de portar a la destrucció de les dones.

Ann Oakley (1987, p. 51) utilitza el cas d'una dona declarada cerebralment morta però mantinguda amb vida gràcies una màquina fins que va donar a llum, per il·lustrar la tendència creixent a considerar innecessària la implicació intel·lectual i emocional de les dones en la maternitat (biològica). L'autora assenyala la coincidència entre la definició de les dones com a mares «sense cervell» i el desplaçament cap a un cada cop més gran control tecnològic de l'embaràs.

2. KIREJCZYK i VAN DER PLOEG (1992) recullen en un article la realització d'un experiment dut a terme en una universitat japonesa, que consistia a reproduir un embaràs fora del cos d'una dona. Tres embrions foren col·locats en un úter extret a una dona i mantingut amb vida durant cinquanta-dues hores amb l'ajut d'una màquina. Només un dels embrions va mostrar signes de desenvolupament abans que l'úter es col·lapsés.

Al segle XIX, el desplaçament de l'embaràs i el part, fins llavors en mans de les dones, a l'àmbit de l'obstetrícia es legitimà amb l'argument que constituïa una millora en la salut reproductiva de les dones. Diversos estudis, en canvi, mostren que els naixements eren tan perillosos sota l'autoritat mèdica com ho havien estat sense aquella. Rona Campbell i Alison Macfarlane (1987) en un estudi basat en dades sobre mortalitat infantil i maternal conclouen que l'afirmació normalment acceptada que l'increment dels naixements en hospitals ha estat la causa de la caiguda de la mortalitat perinatal als últims cinquanta anys és falsa. El descens de la mortalitat perinatal i maternal es produeix fonamentalment per «l'extensió de la prosperitat, que va conduir a la disminució de la proporció de dones malnodrides o reproductivament ineficients», més que no pas a la intervenció mèdica.

Marjorie Tew (1990) assenyala que la major part dels elements mèdics d'atenció prenatal són inefectius, però que la pràctica obstètrica distorsiona, malrepresenta i suprimeix aquesta evidència, per legitimar així el seu rol en els naixements *sans*. Així, aquestes autores coincideixen a afirmar que la incorporació dels parts i els naixements dins el camp de la pràctica mèdica al segle XIX responia menys a un interès per la salut de les dones que a un interès pel desenvolupament de l'obstetrícia com a disciplina mèdica:

Si les dones poden ser induïdes a creure que els seus sofriments seran disminuïts o escurçats i les seves vides i les dels seus fills estaran més segures en mans de la professió, no hi haurà cap problema per a l'establiment universal de la pràctica de l'obstetrícia. (Citada a Tew, 1990, extret d'una classe magistral impartida a estudiants de medicina l'any 1838).

La presència de dones embarassades als hospitals va permetre la investigació i l'experimentació massiva en els cossos de les dones de noves tècniques mèdiques, com per exemple l'ús dels fòrceps. Ja dins el segle XX els raigs X foren intensivament utilitzats en dones embarassades abans no es reconegueren els seriosos efectes que tenien sobre la salut de les criatures nascudes d'aquestes dones. De la mateixa manera, la crítica feminista denunciava la naturalesa experimental de les NTR, i en especial de la FIV, de les quals no s'han investigat els efectes secundaris ni els riscos per a la salut de les dones. La crítica feminista de la pràctica mèdica denuncia la facilitat amb què els cossos de les dones són manipulats i usats i la freqüència amb què s'intervé sobre l'aparell reproductor de les dones (com en el cas de les histerectomies) sense causa mèdica justificada. En definitiva, la ciència mèdica s'ha caracteritzat per una progressiva patològització i medicalització del cos femení. Aquest *diagnòstic* ha estat

profusament documentat i és compartit per bona part dels discursos crítics al voltant de la pràctica mèdica.

Crítiques

Tot i la importància de les aportacions de la teoria feminista, que han jugat un paper important en la desmitificació de la ciència i de la medicina, els discursos del feminisme radical tenen problemes a diversos nivells. En primer lloc, Sawiki (1991, p. 73) fa notar que afirmar que les NTR conduiran a la desaparició de les dones és fer equivalent maternitat i feminitat, maternitat i embaràs/part. Aquestes autores, segons Sawiki (1991), ignoren els múltiples rols de les dones i la diversitat de maneres en què els cosos de les dones poden ser disciplinats i controlats: en tant que mares, treballadores, mestresses de casa, éssers sexuals, etc.

En segon lloc, des del punt de vista polític, la retòrica d'una ciència mèdica dominada pels homes com a exemple de la violència sistemàtica contra les dones en el patriarcat resulta ineficient si es vol incidir sobre les decisions que prenen les dones: les dones, com la majoria de les persones, depenen de la institució mèdica per a la seva salut. De fet, en relació a les tecnologies reproductives ens trobem amb una arma de doble tall. Si bé és veritat que el domini de les tecnologies reproductives ha permès a la institució mèdica d'exercir un gran control sobre els cossos de les dones, seria hipòcrita negar que les dones mateixes s'han beneficiat de les possibilitats mèdiques a l'hora de decidir quan, com i sota quines condicions tenen fills (Stanworth, 1987). Les dones no són víctimes col·lectives de les tecnologies i de la institució mèdica, ni tampoc en són només beneficiàries; més important que trobar una posició feminista unívoca respecte de les NTR és trobar maneres de participar en el debat, de crear significats i de definir els usos que aquelles poden tenir.

En tercer lloc, tant les tecnofíliques com Firestone com les tecnofòbiques semblen basar la seva eufòria o els seus temors en un determinisme tecnològic, segons el qual l'existència de tecnologies ha de portar a la tecnològització total de la societat; ens trobem davant una visió quasi teològica de la tecnologia, que emula l'omnipotència divina. La distòpia d'una societat totalment tecnològitzada no és possible, ja que això implicaria que podem conèixer i controlar totes les dimensions de la realitat; sortosament, això no està dins les possibilitats de la ciència i sempre hi ha espais de resistència, de mal ús i de redefinició. Sí que és veritat, però, que les tecnologies, en modifi-

car la realitat en la qual són desenvolupades, creen les condicions de la seva pròpia reproducció, com il·lustrarem més endavant.

Des del meu punt de vista, la tecnologia no és ni un monstre autònom amb vida pròpia ni tampoc un instrument neutre fàcilment utilitzat i modificat per interessos específics; és una empresa complexa, creada en contextos concrets, configurada per i alhora configuradora de valors socials i culturals i interessos polítics i econòmics. Hi ha una relació dinàmica d'agents recursius (consumidors, indústria, Estat, entre d'altres) que defineixen problemes i estableixen els paràmetres en els quals es busquen i s'inscriuen les solucions. Al mateix temps, el significat i els usos d'aquestes tecnologies canvien i afecten aquestes mateixes institucions i valors socials.

Sawiki (1991) proposa una perspectiva foucaultiana de les NTR que permeti escapar a les trampes inherents a una concepció bipolar del poder, que situa les dones com a víctimes i els homes (i les institucions socials per ells construïdes) com a botxins amb l'únic objectiu d'oprimir les dones.³ La importància dels discursos com a constituents de poder i el concepte de *poder disciplinari* són dos elements importants en la seva anàlisi de les NTR. En aquest sentit, crec que, efectivament, aquesta perspectiva aporta instruments útils per a l'anàlisi i crítica de les NTR en general i de la FIV en particular. En aquest article em serviré d'alguns d'aquests conceptes, tot i que d'una manera temptativa.

Des d'una perspectiva discursiva, les NTR no són només el producte d'un desig unidireccional dels homes d'apropiar-se de la capacitat reproductora de les dones i dels seus cossos (encara que això en pugui formar part); més aviat la manera com les tecnologies reproductives són creades, usades i enteses és el resultat d'una miriada de micropràctiques, conflictes, tàctiques i contratàctiques entre els agents socials, dels quals el feminisme també forma part. Això possibilita la introducció a la pràctica de resistències i canvis i permet qüestionar les definicions i els usos actuals de la tecnologia. Naturalment, això no vol pas dir que tots els agents socials tinguin el mateix poder a l'hora d'incidir en els significats que aquelles prenen, ja que no tots els agents tenen les mateixes possibilitats objectives per fer sentir la seva veu i legitimar els seus projectes. En

3. Prenc aquesta perspectiva amb una certa cautela, ja que el concepte foucaultià de poder presenta alguns problemes: la fluïdesa i l'omnipresència del poder tendeix a diluir i a enfosquir l'existència de relacions de poder sistemàtiques entre homes i dones, unes relacions que considero que formen part de l'estructura de la vida social. El llibre editat per Linda J. NICHOLSON (1990), *Feminism/Postmodernism*, ofereix una anàlisi dels perills i els beneficis dels discursos postmoderns per a la teoria i la pràctica feminista.

aquest sentit, la institució mèdica, en presentar-se com a projecte neutre i desinteressat, ha pogut crear-se un espai i una legitimitat basats en la seva habilitat per descobrir la veritat de la naturalesa. En contraposició, altres discursos com els feministes són socialment percebuts com a discursos ideològics, no neutres i, per tant, interessats.

Finalment, voldria assenyalar la manera com les NTR poden ser enteses en el context del poder disciplinari. El poder disciplinari, a diferència del poder tradicional, funciona exercint control sobre els cossos mitjançant discursos i pràctiques que creen nous objectes i subjectes de coneixement, nous desigs i normes corporals i tècniques (Sawiki, 1991). L'objectiu d'aquestes creacions no és només controlar els cossos, sinó fer-los més útils, més poderosos i més dòcils a l'observació i a la vigilància, cosa que al seu torn és usada per incrementar el control i el poder. La vigilància, la creació de nous subjectes d'investigació (subjectificació), l'articulació de desigs i necessitats són part integrant i conseqüència de les tecnologies reproductives.

Al llarg de l'article veurem uns quants exemples de com algunes d'aquestes tècniques creen nous subjectes d'intervenció mèdica: les parelles infèrtils i els fetus, entre d'altres. Veurem també com aquestes tècniques (els seus usos i els discursos articulats al seu voltant) qüestionen i modifiquen conceptes com maternitat i paternitat, i com creen i recreen valors culturals de primer ordre.

3. Imatges fetals: mares vs. fetus

Tal com hem assenyalat, les NTR poden ser enteses en el context del poder disciplinari. L'amniocentesi i els ultrasons, per exemple, són tècniques sofisticades de control i examen del desenvolupament fetal. Aquestes tecnologies constitueixen elements fonamentals per fer visibles a d'altres agents (metges, científics i públic en general) els cossos femenins i els fetus; una visibilització que permet crear nous subjectes d'estudi. Mitjançant tecnologies de visualització, com els ultrasons, podem pensar que els fetus són subjectes en si mateixos, independents dels cossos que els fan créixer, els nodreixen i els mantenen en vida. La presentació del fetus a la mare a través d'instruments electrònics permet situar-lo fora d'ella mateixa.

Aquestes tecnologies ens permeten *esborrar* les mares com a intermediàries i posseïdores d'informació en relació al fetus. El fetus, com a objecte de coneixement, ha estat creat mitjançant l'eliminació del cos femení:

Perquè l'embrió/fetus pugui emergir com a ésser autònom [...] qualsevol imatge del cos de la mare (a l'igual que la ubicació de l'embrió dins aquest cos) ha de desaparèixer (Stabile, 1994).

No es tracta només d'un procés de separació entre embrió i mare, sinó d'un procés que progressivament els enfronta i els oposa, definint-los amb interessos contraposats. Les mares, així, només apareixen en termes de responsabilitat o d'irresponsabilitat envers els futurs fills: les dones embarassades són col·locades en una posició d'adversàries als seus propis fetus, constituint un entorn apropiat o hostil en funció del seu comportament (si fumen, si beuen, si practiquen esports de risc, etc.). Si les dones són definides com a receptacles, o simplement com l'entorn en què el fetus es desenvolupa (com si els fetus fossin implantats i no creïessin gràcies a elles, com a part dels seus cossos i del seu context social), llavors resulta fàcil concentrar-se en el subjecte fetus: podem demanar a les mares que canviïn els seus estils de vida i els seus hàbits en favor dels seus futurs fills,⁴ podem parlar de millorar les criatures mitjançant l'enginyeria genètica, etc.⁵

Katz Rothman (1994) assenyalava que les NTR introdueixen una nova manera de pensar la maternitat, una manera que defineix com a «masculina». L'amniocentesi, per exemple, demana a les dones que comencin la seva relació amb la futura criatura només quan les autoritats científiques hi han donat el vistiplau, quan les tècniques de diagnòstic confirmen que l'embaràs és real i que el fetus és normal.

Una tecnologia de diagnòstic que emet judicis a la meitat de l'embaràs demana a les dones que se separin del fetus que tenen a dins. En comptes de moure's des de la unió total cap a la separació que comença després del naixement, aquesta tecnologia demana a les dones que comencin amb la separació i la distància. Només quan s'ha emès un judici acceptable, només un cop el fetus es considera prou valuós per continuar-lo, la vinculació pot començar. La realitat s'ha capgirat. L'experiència de l'embaràs, quan és vista des d'ulls mas-

4. Tal com Sheila Kitzinger es pregunta al prefaci del llibre de Katz ROTHMAN, *The tentative pregnancy* (1994): «El fet que s'hagi mostrat que alguns estils de vida poden danyar el fetus ens permet anar més lluny encara i preguntar-nos si les dones haurien de tenir cap elecció sobre si fumar o prendre drogues, sobre si practicar certes activitats en el seu temps lliure o sobre el que mengen o beuen. En quin punt els drets de la mare i la seva llibertat poden ser limitats pels del fetus? Tenen les dones embarassades algun dret?»

5. Un altra conseqüència, especialment rellevant en el cas de la FIV, de la subjectificació del fetus com a separat de la mare, és que equipara les contribucions femenines i masculines en la reproducció. La reproducció biològica és reduïda a la contribució de material genètic, i d'aquesta manera els drets de les mares i els dels pares no poden ser distingits (STABILE, 1994).

culins, va de la separació a la vinculació. El moment de separació inicial, el naixement, és declarat el moment d'unió [...]. Només quan hem tocat els nous nats amb l'exterior del nostre cos podem creure que els hem tocat realment (Katz Rothman, 1994, p. 115).

Imatges fetals i control social

Una altra àrea en la qual les imatges dels fetus adquireixen una rellevància especial és la de la percepció que les dones mateixes tenen del seu rol en la reproducció. La manera com les dones miren i veuen les imatges dels fetus, inclosos els seus, proporcionades pels ultrasons, és afectada per l'acumulació de *representacions públiques*: les imatges fetals han adquirit un significat que va més enllà de la seva significació individual per representar conceptes com ara la vida, l'esperança, el futur (Duden, 1993; Petchesky, 1987). Les imatges fetals tenen un paper fonamental en el debat sobre l'avortament i són utilitzades profusament per part dels grups antiavortament, convençuts que l'exposició perllongada a aquestes imatges (amb els seus peuetes i les seves manetes) ha de convèncer les dones sobre la personalitat dels fetus i d'aquesta manera dissuadir-les de posar fi a l'embaràs.

Les dones es troben atrapades entre el seu propi fetus i el fetus públic. Un cop prenen la decisió de continuar l'embaràs, entren en l'àmbit públic, en el qual elles mateixes demanen les tecnologies: conceptes com la *qualitat* de la futura criatura entren en escena, legitimitant així l'ús d'aquestes i d'altres tecnologies.

Segons Petchesky (1987), des del punt del vista mèdic es poden identificar diversos nivells de significació en les imatges fetals que proporcionen els ultrasons. Un primer nivell és el de l'evidència, és a dir, la recollida d'informació que ha de permetre el diagnòstic i la intervenció mèdica. Un segon significat se situa en el nivell de la vigilància i el control social: la retòrica de les revistes mèdiques en relació a l'ús dels sistemes d'ultrasons construeix un «panòptic de l'úter» (Petchesky, 1987, p. 67), l'objectiu del qual és l'establiment d'un comportament normatiu del fetus en les diverses fases del procés de gestació.

4. Paternitat responsable

L'amniocentesi, els escàners i altres tècniques d'alta resolució ens donen informació sobre el desenvolupament del fetus. Encara

que aquests processos són controvertits des del punt de vista mèdic (hi ha evidència que poden tenir efectes nocius sobre la salut dels fetus), ja han entrat a formar part de la manera d'entendre i viure l'embaràs. De fet, els ultrasons i l'amniocentesi són una part essencial del que s'anomena paternitat responsable.

La possibilitat de tenir un fill o una filla amb discapacitats formava part de les assumpcions de les dones; amb la introducció d'aquestes tècniques d'avaluació prenatal, l'assumpció passa a ser que la dona és responsable d'assegurar, mitjançant proves i tests, la *normalitat* del fetus. Podríem acusar la dona per haver donat a llum una criatura amb problemes seriosos quan ella sabia que tenia l'opció d'avortar? Podrien els pares/mares ser acusats d'haver passat gens defectuosos als seus fills? Si el resultat de l'amniocentesi mostra un embrió anormal, el dilema és traspasat a les mares (i als pares): s'assumeix que un cop saben que l'embrió té algun defecte genètic han d'optar per un avortament? O es tracta només de preparar-los (a elles i als seus companys) de cara a la seva vida futura i la del seu fill? No es pot negar la importància d'aquests dilemes morals que han entrat a formar part del concepte de paternitat responsable.

Amb la possibilitat de la fecundació *in vitro* encara podem anar més enllà, ja que la FIV ens permet controlar en certa mesura la concepció i els embrions que seran col·locats a l'úter. Quins embrions (de tots els creats) seran transferits? Si una dona que ha passat per un tractament de FIV llarg i dolorós descobreix que el fetus té algun tipus d'anormalitat genètica, haurà de posar fi a la vida de l'embrió? I si descobreix que n'està esperant cinc i que això pot posar en perill la supervivència de tots ells, se li pot demanar que n'avorti alguns de manera selectiva? De nou els futurs pares i mares han de resoldre dilemes morals força dolorosos, introduïts en les seves vides a través de la seva vinculació a aquests tractaments. En aquest sentit, Franklin (1992, 1997) assenyala que les dones en programes com la FIV són «pioneres reproductives», ja que és en els seus cossos que s'experimenten aquests nous terrenys científics i és en les seves vides on se situen nous dilemes morals per als quals han de prendre decisions i triar. Naturalment, els dilemes als quals s'enfronten tenen una significació i unes conseqüències que van més enllà de les seves circumstàncies immediates.

Triar, escollir són conceptes clau quan parlem de les NTR. L'èxit de legitimació d'aquestes tecnologies se sustenta discursivament en el fet que incrementen els drets reproductius de les dones. Ara bé, tal com diu Katz Rothman (1994):

[...] a les dones se'ls demana que «escullin» si portar al món una criatura

amb certes predisposicions genètiques, però en canvi no se'ls dóna opció a triar en quin context volen que aquesta criatura visqui. Quan una dona «tria» un avortament en comptes de tenir una criatura amb certes predisposicions, ho fa en un context que estableix els paràmetres de la vida d'aquest nen o nena, de la mateixa manera que ho fan els gens (Katz Rothman, 1994, p. xiv).

Normalment s'assenyala que aquestes tecnologies incrementen les nostres opcions reproductives. L'antropòloga M. Strathern (1992a), en canvi, ens adverteix que podem estar perdent la possibilitat i l'habilitat d'acceptar els éssers humans tal com són; la individualitat pot estar amenaçada pel sobreexercici de les eleccions individuals, per les innovacions que redueixen la diversitat. Al mateix temps, dir que l'amniocentesi és necessària perquè pot evitar als pares i mares el llarg i dolorós procés de cuidar una criatura amb discapacitats, en donar-los l'opció d'un avortament a temps, és un reconeixement prou seriós de la nostra incapacitat com a societat d'acceptar les diferències; bloqueja la possibilitat que la societat pugui responsabilitzar-se de la cura i el suport de les persones nascudes amb problemes físics o mentals de tal manera que no només sigui responsabilitat dels pares.

5. La fecundació «*in vitro*»

5.1. La tècnica

En aquest apartat ens aproximem a una de les tecnologies de reproducció que més interès han despertat als últims anys, per les possibilitats que ofereix de controlar el moment de la concepció. Bàsicament, la FIV es defineix com el procés que permet que la fecundació de l'òvul per l'esperma s'esdevingui fora del cos de la dona.

El tractament consta de quatre fases. En la primera, els ovaris s'estimulen amb drogues perquè més d'un òvul maduri i pugui recollir-se. Això inclou injeccions diàries, pastilles, esprais nasals hormonals, ultrasons per controlar el creixement dels fol·licles a l'ovari, anàlisis d'orina i de sang. Amb els resultats d'aquestes proves, els metges decideixen quan és el millor moment per dur a terme la recollida dels òvuls (segona fase). Aquesta té lloc sota anestèsia local o general i, amb l'ajut d'ultrasons per controlar-ne la retirada, s'introdueix una agulla a través de l'abdomen i s'aspien els fol·licles madurs que són accessibles (Franklin, 1997). Els òvuls són incubats en un cultiu durant unes quantes hores i posteriorment es barregen amb l'esperma de l'home (recollit en el moment i preparat perquè l'esperma amb més mobilitat es centri) (Bryan i Higgins, 1995).

Després d'un cert temps, aproximadament tres embrions són traspassats (transferència d'embrions) al cos de la dona (normalment a l'úter), que prèviament ha pres medicació hormonal per facilitar-ne la implantació. Cal esperar aleshores unes dues setmanes per veure si es produeix l'embaràs. És important assenyalar que fins i tot quan es produeix l'embaràs no sempre aquest acaba amb un naixement. En els últims anys s'han desenvolupat altres tècniques, variacions d'aquesta bàsica amb la qual comparteixen la major part de les fases del procés.⁶

El nom de la tècnica sembla inapropiat quan s'examina tot el procés de prop, ja que el que s'anomena tractament de FIV comença molt abans de la concepció i acaba també molt després que aquesta s'hagi aconseguit. De fet, tot el tractament requereix una gran quantitat de processos i manipulacions, en què la FIV només és una fase, a la qual no totes les dones en tractament arriben. La FIV fa referència, i d'una manera no casual, a la part del procés en què ni la dona ni la seva parella participen directament (Franklin, 1997).

Les dades sobre l'èxit d'aquestes tècniques són confuses i fàcilment manipulables. Les clíniques normalment utilitzen les dades referides al nombre d'embarassos, tot i que no tots els embarassos acaben en naixement. La majoria dels autors assenyalen que la possibilitat d'un naixement després d'un cicle complet és d'un 12 % (Bryan i Higgins, 1995). Aquests percentatges varien en funció de l'edat de les dones, del tipus de problema i de l'estat de salut general. La complexitat del procés i la seva fragmentació en múltiples fases incrementa la possibilitat de fracàs, ja que, per a l'èxit del tractament, totes s'han d'assolir. És aquesta fragmentació la que condueix moltes dones a repetir una vegada i una altra la teràpia, ja que el fracàs en una de les etapes aporta nova informació sobre la naturalesa del problema i, per tant, una nova possibilitat que pot ser aplicada en el proper cicle.

Un altre problema important en relació a la FIV és la freqüència més alta d'embarassos múltiples que acusa. Per aconseguir una major possibilitat d'èxit, en cada procés es transfereixen aproximadament tres embrions a l'úter, però donada la major incidència de bessons monozigòtics (provinents d'un sol òvul fecundat), el resultat de la transferència de tres embrions pot ser quatre o cinc criatures nascudes. Aquest és un problema important, ja que els embarassos múltiples posen en perill la vida de la mare i dels fetus i incrementen

6. Una és la microinjecció intracitoplasmàtica de l'esperma, que permet introduir una sola esperma directament dins de l'òvul, i de la qual parlarem més endavant.

la possibilitat de naixements prematurs (això sense tenir present l'impacte psicològic, econòmic i emocional).⁷

L'existència d'una tecnologia no pressuposa ni la seva utilitat ni la necessitat del seu desenvolupament. La necessitat d'una tecnologia ha de crear-se, ha de ser articulada com a millora en la vida de les persones i com a progrés social. Per ser acceptades, les tecnologies necessiten una *història*, no solament per ser venudes, sinó per justificar el temps, el cost i els esforços invertits en cada nova invenció (Van Dyck, 1995). A continuació intentaré explicar, de manera molt resumida, la història de la FIV, que, com com tota narració o conte, requereix un problema (la infertilitat), uns personatges (la parella infèril i la institució mèdica) i un argument (a la recerca del fill desitjat).⁸

5.2. La infertilitat: el problema

Normalment es considera que una parella té problemes de fertilitat quan no s'aconsegueix un embaràs (o que l'embaràs conclogui en naixement) després d'un any de relacions sexuals sense protecció. Tot i que les dades difereixen lleugerament, la infertilitat s'atribueix en un 35-50 % dels casos a la dona, a l'home en un 30 %, i a tots dos la resta dels casos. És important assenyalar que la infertilitat pot ser un estat temporal: a qualsevol moment la dona pot quedar-se embarassada, tenir un fill i canviar el seu estatus.

La infertilitat és una construcció mèdica en el sentit que canvia

7. Als darrers anys els mitjans de comunicació s'han fet ressò de casos dramàtics d'embarassos múltiples conseqüència de tractaments de fertilitat en els quals les dones i les seves parelles es negaven a dur a terme els avortaments selectius recomanats pels metges a fi i efecte d'assegurar la supervivència i la salut d'almenys alguns dels embrions. Trobem aquí un altre exemple del tipus de dilemes que les parelles han d'afrontar en l'ús de les tecnologies. No es demana cap responsabilitat a les clíniques que han dut a terme aquests tractaments (siguin FIV o només teràpies de fertilitat), sinó que més aviat la tendència és a acusar les parelles per la seva irresponsabilitat en decidir continuar un embaràs, que tot sovint acaba amb problemes (alguns fetus es perden i els supervivents presenten problemes de salut seriosos).

8. Els mitjans de comunicació han contribuït a recrear aquesta història moltes vegades. Jo mateixa he trobat diversos articles de diari en els quals es recull aquella parella feliçment casada que espera i desespera l'arribada d'aquell fill o filla que ha de venir a consumir el seu amor; un dia senten a parlar d'una clínica que ha de posar fi als seus patiments i decideixen provar-ho; finalment, després de diversos tractaments (i mitjançant una quantitat més que considerable de diners), aconsegueixen allò que buscaven i acaben feliços i satisfets. L'estructura subjacent és la de l'existència d'una progressió en la vida —matrimoni i després fills— que limita el tipus de pregunta que ens podem fer davant la infertilitat a només una: com aconseguir l'embaràs desitjat?

en funció d'allò que el tractament mèdic pot explicar i solventar (Koch, 1990). Les causes de la infertilitat romanen força misterioses, ja que en moltes ocasions no s'aconsegueix trobar l'origen del problema. Normalment, quan una parella vol saber la raó de la seva incapacitat per concebre, inicia al mateix temps diversos tractaments de fertilitat: si es creu que el problema és una ovulació irregular, la dona iniciarà un tractament hormonal; si el problema és l'escassetat d'esperma produïda per l'home, se li demanarà que porti pantalons més lleugers, que no begui alcohol, etc. (Pfeffer i Woollett, 1983). Si es troba una solució i la dona queda embarassada, deixaran de considerar-se infèrtils. En aquest sentit, la infertilitat pot definir-se com la condició mèdica per a la qual la medicina no té solució, i per tant, amb cada nova tècnica la definició d'aquells considerats infèrtils es modifica.

La infertilitat és al mateix temps una categoria de diagnòstic rígida (Steinberg, 1990). La infertilitat està construïda com a categoria patològica; es tracta d'una condició que es defineix com a fisiològica en els seus orígens i desenvolupament: una disfunció. En definir-se exclusivament com a disfunció mèdica situa les possibles solucions en el terreny de la intervenció mèdica estricta. La classificació d'infertilitat crea un imperatiu categòric d'actuació mèdica.

Aquesta categoria problematitza individualment el fet de no tenir fills i situa el problema estrictament en el cos de la persona infèril.⁹ L'expressió *dona/home infèril* estableix una identitat patològica que orienta la personalitat dels individus al voltant de la disfunció o la malaltia (Steinberg, 1990, p. 90). La noció d'infertilitat esdevé molt poderosa i té la virtut de traduir-se a la totalitat de la persona: la imatge d'un cos deficient, incapaç de produir vida, sembla estendre's a la persona, que esdevé estèril i passiva. D'aquesta manera, no resulta estrany que l'èxit final (l'embaràs o el fill desitjat) pugui ser fàcilment atribuït als metges; resulta fàcil en aquest context oblidar-se que els òvuls, la gestació i el part són possibles gràcies a les dones que duen a terme tot el procés.

La infertilitat només existeix si la parella vol tenir un fill; aquells que no volen tenir-ne (per la raó que sigui) no són considerats infèrtils. Per tant, el *desig* de tenir un fill forma part de la definició de la infertilitat. Els desigs i els sentiments de les parelles, la seva *desesperació* (sovint citada en els mitjans de comunicació i en els discurs-

9. Les causes reals de la infertilitat romanen força obscures. Se sap que l'exposició perllongada a certes substàncies químiques pot produir infertilitat; de la mateixa manera, també la pràctica mèdica pot conduir a infertilitat (com per exemple la utilització de DIU o alguns avortaments).

sos mèdics), formen part de la patologia general de la infertilitat. Naomi Pfeffer (1987, p. 82), a partir de la seva experiència, diu:

A més de la seva dificultat a l'hora de tenir fills, l'única característica que es diu que comparteixen les persones infèrtils és la desesperació. [...] La desesperació combinada amb la infertilitat sembla produir una barreja explosiva, que força les dones fèrtils a llogar els seus úters, envia les parelles infèrtils a recórrer el món dels orfes per adoptar i incita els metges a desenvolupar noves tècniques que sotmeten les persones a tota mena d'indignitats.

Franklin (1997) va trobar en la seva recerca sobre les dones en tractament de FIV que elles no es descrivien inicialment com a desesperades, sinó que la desesperació arribava més tard, un cop s'introduïen en la dinàmica dels tractaments. Participar en el món de la reproducció assistida es convertia en un estil de vida: els horaris fixats de medicació, les visites mèdiques regulars, les anàlisis de sang i d'orina constants, etc. passaven a ser part integrant de la vida quotidiana, orientada de manera quasi unidireccional a l'assoliment del fill. Aquest règim de sotmetiment psicològic i físic dificultava encara més la retirada dels tractaments.

La plaga

Voldria ressenyar aquí un aspecte important en la construcció dels discursos al voltant de la infertilitat. El discurs científic no és l'única instància on es construeix la necessitat de tecnologies com la FIV. Els mitjans de comunicació (diaris, revistes, televisió i ràdio) són llocs privilegiats per a la legitimació d'aquestes tecnologies, ja que actuen com a pont imprescindible de traducció i transmissió del coneixement científic. L'any 1997, per a la realització d'una tesina, vaig fer un recull dels articles apareguts a la premsa diària (anglesa i irlandesa) al voltant de la infertilitat en els últims dos anys. És sorprenent el gran nombre d'articles dedicats a l'anomenada *plaga* de la infertilitat. Resumidament, diversos estudis han constatat la davallada progressiva en els països occidentals de la quantitat i la qualitat de l'esperma dels homes. Tot i que les dades provinents d'aquests estudis són contradictòries i qüestionables des del punt de vista científic (Van Dyck, 1995), titulars com «És la infertilitat la nova amenaça per a la humanitat?» (*The Sunday Times*, 11 de febrer de 1996) presenten un desastre de proporcions bíbliques.

No solament la infertilitat masculina està creixent, sinó també la femenina; conseqüència potser del «llegat ocult de la revolució sexual»? (*The Irish Times*, 4 de desembre de 1996): promiscuïtat se-

xual, ús d'anticonceptius com el DIU, avortaments, el retard de l'edat en què les dones tenen el primer fill, etc. La majoria d'aquests articles acaben donant la benvinguda a tècniques com la FIV, que ve a resoldre (o si més no a tapar forats) un problema que no pot deixar de créixer perquè ha passat a ser el preu a pagar per la modernització i les seves conseqüències (siguin aquestes l'estrès o l'alliberament sexual).

La FIV: la solució

La FIV, de fet, no és una solució a la infertilitat, en el sentit que no cura la possible causa de la infertilitat; es tracta d'una tècnica de *bypass* que proporciona (i només de vegades) el producte desitjat; és a dir, permet a les dones de tenir un fill *malgrat* la infertilitat (pròpia o dels seus companys). Després de tenir un fill, si en volguessin tenir un altre haurien de repetir tot el procés.

És important assenyalar que les parelles que s'inscriuen a un tractament de FIV no tenen per què ser infèrtils. En ocasions, tots dos membres d'una parella tenen fills d'anteriors relacions, però no poden tenir fills junts. En aquests casos, la FIV serveix com a solució a un problema social (els fills com a consumació del matrimoni) més que no pas a un problema mèdic. El discurs mèdic tendeix a fer equivalents infertilitat i el fet de no tenir fills, problema mèdic i problema social, respectivament.

Les indicacions mèdiques de la FIV no deixen de créixer: inicialment es recomanava a dones amb les trompes de Fal·lopi bloquejades i actualment serveix també per solventar *problemes* d'infertilitat masculina. De fet, cada cop més els tractaments de FIV són recomanats no solament per aconseguir un fill o una filla, sinó també com a mètode per provar la fertilitat masculina: veient si l'esperma és capaç de fecundar l'òvul en un platet, la tècnica serveix per avaluar la qualitat de l'esperma de l'home (Bryan i Higgins, 1995, p. 91). Tenint present que, des del punt de vista mèdic, a un problema específic li correspon un tractament concret, no deixa de ser estranya la flexibilitat de les indicacions dels tractaments de FIV. Crec que aquesta flexibilitat apunta, entre d'altres coses, a la negació del caràcter específic de gènere de la FIV. Passem ara a veure de més a prop aquest aspecte, que fa referència als subjectes de la nostra història.

5.3. Els infèrtils: el subjecte

Tal com assenyàvem anteriorment, les NTR permeten i reque-

reixen la creació de nous subjectes de coneixement: el fetus, la mare *responsable*, la mare de lloguer, entre d'altres. Aquests nous subjectes d'intervenció mèdica esdevenen també subjectes de regulació i d'intervenció estatal i legal: la llei definirà que estan legitimats per reproduir-se, cosa que vol dir que són uns pares responsables, i establirà també qui es pot considerar el veritable pare o mare en cas de disputa entorn de la paternitat.

La subjectificació de la dona infèril

Les NTR operen a través de processos de *subjectificació*, és a dir, mitjançant la classificació i la identificació dels subjectes, a fi d'incrementar el control sobre ells (Sawiki, 1991, p. 92). L'aproximació a la institució mèdica és el primer pas.

En una parella amb problemes per concebre que decideix demanar consell mèdic, normalment serà la dona la primera a rebre atenció mèdica. *A priori* s'assumeix que el problema se situa en el seu cos i serà ella la primera a sotmetre's a tota classe de proves (Monach, 1993; Pfeffer i Woollett, 1983). Pfeffer i Woollett (1983) assenyalen que abans que es trobi cap evidència d'on s'ubica el problema d'infertilitat, les dones són forçades a revisar les seves vides passades i presents d'una manera que fàcilment les fa sentir culpables: historial de promiscuïtat, avortaments en el passat, ús d'anticonceptius; al mateix temps se'ls recomana que no fumin, que treballin menys i descansin més, se'ls pregunta per què han trigat tant a decidir-se a tenir fills, etcètera. Mazor (1983) va trobar que en aquest punt del procés moltes dones procuraven portar-se millor amb els seus companys a fi d'expiar un difús sentiment de culpa respecte del seu passat i de la seva incapacitat per proporcionar-los un fill.

El procés de recollida d'informació és essencial en les teràpies i s'assumeix des de la institució mèdica que les parelles (i molt en concret les dones) s'hi sotmetran com a prova del seu desig de tenir fills: el cos ha de ser fàcilment accessible i disponible, a fi i efecte de controlar els seus ritmes i les seves funcions per poder així manipular-lo i modificar-lo. Part de la construcció d'aquest subjecte dona inclou la desesperació i el desig fervorós de tenir fills, que justifica la intensitat i l'agressivitat dels tractaments.

En definitiva, s'ha creat un cos infèril, un *subjecte* el perfil del qual pot ser establert i del qual es poden definir les necessitats. Entre aquests subjectes trobem una dona amb un historial de promiscuïtat, o d'avortaments passats, o que s'ha decidit a tenir fills massa tard. És aquesta dona que necessita l'ajut de la ciència, la que de-

mana la FIV i altres teràpies perquè està «desesperada». La subjectificació, com veiem, no assegura que les dones no siguin tractades només com a cossos.

La parella infèrtil

Inicialment la FIV es recomanava a dones amb les trompes de Fal·lopi bloquejades; elles tenien un problema i en elles es practicaven les solucions. Com és possible, doncs, que s'hagin pogut estendre les indicacions de la FIV fins a esdevenir la solució dels problemes de fertilitat masculina? Com és possible afirmar que la FIV és una solució a la infertilitat masculina quan l'home pràcticament no forma part del procés de *curació*?

La FIV, en posar l'accent en el moment de la concepció, de la fecundació de l'òvul per l'esperma, fàcilment equipara les contribucions femenines i masculines en la reproducció i en el tractament. Fer equivalent l'extracció dels òvuls a l'obtenció d'esperma (fins i tot quan aquesta implica una petita intervenció quirúrgica) és negar la implicació psicològica i física diferenciada d'homes i dones. L'embaràs i el part són realitats específicament femenines que no poden ser reduïdes a la condició d'anècdotes en la divisió sexual del treball entre homes i dones. El trencament del procés reproductiu en múltiples unitats i etapes (tal com hem assenyalat anteriorment) fragmenta físicament i simbòlica el procés de la reproducció, i la reconstrucció posterior de la reproducció com a procés mèdic erosiona la importància del context fisiològic específic en el qual opera la FIV. Fragmentació i reconstrucció obren la porta a la creació d'un subjecte d'intervenció mèdica molt particular: la parella infèrtil o el pacient col·lectiu com a unitats biològiques de tractament en la FIV.

La infertilitat es defineix cada cop més, en el context de la FIV, com a problema relacional, que implica dues persones. La FIV no cura la infertilitat, sinó que és una solució al problema de la falta de fills per a certes parelles; en proporcionar un fill *malgrat* la infertilitat, la necessitat de saber on s'ubica el problema (a quin cos o a quina part del cos) esdevé poc rellevant. És aleshores quan és possible col·lectivitzar el pacient i utilitzar l'expressió *la parella infèrtil*. Si el pacient és col·lectiu (la parella), el tractament esdevé també col·lectiu, tot i que només serà la dona la que rebrà el tractament físic. No resulta estrany llegir en la literatura mèdica expressions com «parelles operades de les trompes» o «parelles embarassades» (Kirejczyk i Van der Ploeg, 1992,

p. 119). Així, la parella infèrtil, com a pacient col·lectiu, té també cos propi.¹⁰

Una tècnica estretament vinculada a la FIV desenvolupada als darrers anys és la microijectió intracitoplàsmica d'esperma. En un article publicat per la prestigiosa revista *Fertility and Sterility*, aquesta tècnica era definida com a revolucionària, ja que permetia als homes amb problemes de qualitat de l'esperma (esperma amb poca mobilitat, poca esperma per cada ejaculació o manca de desenvolupament de l'esperma) la possibilitat de tenir fills biològics.

Molt resumidament, la tècnica permet injectar l'esperma (seleccionada i tractada) directament al citoplasma que envolta el nucli de l'òvul. Si la recol·lecció de l'esperma no és possible via masturbació, els homes s'han de sotmetre a una intervenció quirúrgica senzilla. La resta del tractament (obtenció dels òvuls resultants del tractament d'hiperovulació, fecundació extracorpòria i ubicació dels embrions a l'úter) és com el de la FIV. Al llarg de l'article, però, aquests processos de la FIV són donats per descomptats: la implicació de la dona en el tractament pràcticament no s'esmenta, i quan es fa és només per assenyalar que l'èxit de la tècnica depèn de la seva edat.

Gràcies a aquesta tècnica, diu l'article, s'obren noves possibilitats per als homes infèrtils, «quan en el passat la inseminació artificial amb donant, l'adopció o una vida sense fills eren les seves úniques opcions». És interessant assenyalar que si bé es tracta d'un article mèdic, la seva legitimació se sustenta no tant en una raó mèdica com en una raó social. Científicament, la possibilitat de fertilitzar directament el nucli de l'òvul pot ser considerada un progrés, però la importància de la paternitat (masculina) biològica/genètica té poc a veure amb la medicina i molt amb els discursos socials al voltant de la paternitat.

5.4. La necessitat

Tal com hem dit anteriorment, l'èxit d'una tecnologia depèn de la seva habilitat per fer-se sentir necessària. La necessitat d'una tecno-

10. STEINBERG (1990) assenyala que hi ha altres casos en els quals dos individus, l'un sa i l'altre *malalt*, participen en un tractament en benefici d'un d'ells. Les diferències entre, per exemple, un trasplantament de ronyons i la FIV són significatives: en el primer cas ens trobem davant una intervenció que tant homes com dones poden rebre, mentre que en la FIV no és així. En segon lloc, el trasplantament de ronyó es fa en condicions de vida o mort, cosa que resulta difícil d'afirmar en el cas de la infertilitat. Per últim, tant el donant de ronyó com el receptor han de sotmetre's a intervencions similars, mentre que en la FIV la implicació física dels dos subjectes no és comparable.

logia no és *allà fora*, sinó que ha de crear-se, i aquest procés de creació és ideològic més que no pas tècnic (Van Dyck, 1995). La necessitat de la FIV se sustenta en les autolegitimacions mèdiques i les percepcions socials respecte de la funció de la medicina, que es defineix per la seva atenció a les necessitats humanes. És més tard, en el procés d'establiment de la FIV, que la necessitat mèdica de recent construcció s'argumenta per la seva demanda de mercat: les parelles infèrtils, en la seva desesperació, demanen que aquestes tecnologies s'estenguin i millorin.

Però, tal com hem vist, l'existència de la tecnologia modifica la realitat social, les expectatives i les percepcions de les persones. Si aquestes tecnologies es converteixen en oferta i es presenten com a progrés i millora a la vida, les persones a qui s'adrecen senten que les han de provar. Franklin (1997) va trobar en la seva recerca que la decisió de les dones d'optar per la FIV estava inclosa en el seu desig de tenir fills. És el sentiment d'*haver de provar* (expressat com «si vols alguna cosa has de fer tot el que està al teu abast per aconseguir-la» o «no vull penedir-me un dia de no haver provat prou») allò que creava el sentiment d'*haver de triar* la FIV.

A la recerca dels fills biològics

La paternitat genètica

L'antropologia ens mostra que les històries al voltant de la concepció i les creences sobre la paternitat i la reproducció són constructes culturals clau en qualsevol societat. Aquestes històries ens expliquen d'on venim i quin és el nostre lloc dins la societat; en definitiva, constitueixen una part important de la nostra identitat. En la cultura occidental aquestes explicacions sobre la procreació humana se sustenten en la biologia: entenem que la procreació es basa en fets naturals, en la trobada de l'esperma i l'òvul que permet la barreja d'informació genètica de la dona i de l'home; entenem que ens reproduïm *naturalment*, de la mateixa manera que ho fan altres mamífers.

Aquestes construccions considerades tan naturals no tenen sentit en d'altres cultures, que expliquen el naixement d'un nou ésser en uns termes totalment diferents i en els quals la biologia té poca rellevància. L'antropologia fa temps que ha mostrat que la biologia, lluny de ser una realitat immutable amb una lògica sobre la qual construïm la societat, és en si mateixa un sistema de creences culturalment i històricament específic (Franklin, 1992, 1997). Tot i així, la distinció entre fets naturals i fets socials és encara una tradició epis-

temològica molt poderosa (Franklin, 1997). Als anys noranta estem vivint un ressorgiment de teories essencialistes de caire biològic, molt vinculades al desenvolupament de la genètica com a disciplina científica.

Amb les possibilitats que ofereix la FIV, la maternitat passa de ser considerada un procés unificat a trencar-se en múltiples funcions. Avui dia podem pensar en una mare genèticament vinculada al fetus (que proporciona els òvuls), una mare gestant i una mare social. La FIV fa possible que una dona gestii un fetus concebut amb el material genètic de dues altres persones, i que la criatura que neixi estigui destinada a una altra parella (que no és ella ni la parella donant). En el cas espanyol, la mare és legalment aquella que gesta i dona a llum la criatura, amb què s'evita la possibilitat del lloguer d'úters; en d'altres països, però, la solució és una altra.

Van Dyck (1995) recollia un cas als Estats Units d'una dona que havia llogat el seu cos per gestar un embrió concebut amb l'esperma i l'òvul d'una parella i que després del part es va negar a donar la criatura a la part *contractant*. La sentència judicial va atorgar la custòdia de la criatura a la parella que havia proporcionat el material genètic; la sentència recollia que la mare gestant era només l'espai, l'entorn en el qual la criatura s'havia desenvolupat, i no reconeixia cap altre vincle entre ells dos. En la sentència s'apel·lava a les *proves científiques*, al contingut genètic del nadó, per establir la maternitat: la ciència i la medicina eren les úniques instàncies en què la veritat podia ser trobada i explicada. La lògica de la naturalesa sembla estar més enllà de qualsevol interpretació, i es converteix en una veritat de sentit comú que pot ser entesa per tothom, al marge de qualsevol orientació ideològica.

Erica Haines (1992) va dur a terme una anàlisi del debat al voltant de la conveniència o no de revelar la identitat dels donants de semen i d'òvuls (per a FIV i similars) als nens i nenes nascuts de l'ús d'aquestes tècniques. La manera com s'estableix el debat entre els proanonimat i els antianonimat revela clarament com s'entén la família i els orígens familiars en la nostra societat. Segons Haines, totes dues posicions comparteixen la importància concedida als vincles genètics en la constitució de la família, encara que divergeixen en les raons. Per al grup antianonimat, la identitat del donant ha de ser revelada, perquè conèixer el propi origen genètic és una part essencial de la identitat individual. És a partir de la importància d'aquesta informació en el desenvolupament personal que s'argumentava el *dret a saber*. En canvi, per al grup proanonimat el coneixement d'aquesta veritat pot alterar la relació entre els pares socials (que han de ser considerats els reals) i la descendència obtinguda per la donació. En

fer aquesta argumentació, el grup proanonimat reconeix implícitament la importància dels vincles genètics, ja que els considera prou forts per tenir conseqüències negatives en les relacions familiars d'aquesta persona i també en les del donant (Haines, 1992).

La família natural

En la cultura occidental, l'establiment de lligams de sang i la paternitat biològica són temes culturals de primer ordre (Strathern 1992a; Franklin, 1992, 1997). El lligams de parentiu són considerats fonamentals en la constitució i l'organització de les nostres societats:

Convencionalment, les relacions familiars es consideren la corporeïtzació de lligams primordials que d'alguna manera existeixen fora i més enllà de les maquinacions tecnològiques i polítiques del món, i que pateixen canvis més que no pas en provoquen [...] (Strathern, 1992a, p. 12).

Aquest «fora i més enllà» de la societat fa referència a la naturalesa: les relacions de parentiu són considerades fets socials arrelats i fonamentats en la naturalesa. Les persones que considerem parents estan vinculades a nosaltres per lligams de sang o pel matrimoni, és a dir, els familiars són *el resultat de o fets amb vista a la procreació*. Naixement i procreació (l'herència del material genètic, el desenvolupament del fetus, el part) es consideren fets naturals; el matrimoni, en canvi, es defineix com la unió de dues persones sense vincles sanguinis entre elles: estan unides per la llei (sigui religiosa o estrictament legal).

En aquest sentit, els fills uneixen l'ordre de la naturalesa (lligams de sang) amb l'ordre de la llei (representat pel matrimoni): els fills semblen completar un matrimoni, en produir un cos que és la combinació de dos cossos, alhora que, simbòlicament, afirmen la conjugalitat i estableixen un sistema dual de relacions de sang i polítiques (Franklin, 1997). Tenir fills, doncs, sembla ser la seqüència natural de la vida, el proper pas després del matrimoni, ja que es necessiten per complir-ne l'objectiu. Aquesta seria una de les raons per les quals l'experiència de la infertilitat resulta tan frustrant i dolorosa (simbòlicament i personal), ja que constitueix una disrupció d'aquesta acceptació cultural del significat del matrimoni i dels fills.

Normalment, una parella amb fills adoptius pot optar a un tractament de FIV; la FIV també proporciona fills a les parelles que ja en tenen d'altres i que, per tant, estrictament parlant, no podem considerar infèrtils. El problema és, moltes vegades, no poder tenir

fills *junts*. La FIV pot donar resposta a aquesta situació, a aquesta recerca del fill biològic. Darrere aquests usos de la FIV s'amaga una concepció determinada de matrimoni i de parella: la *família natural*.

La continuïtat genètica i biològica entre pares i fills, fonamental en la nostra concepció de paternitat, és part integrant de la retòrica de la FIV. Si el vincle de parentiu desitjat és definit en termes biològics, la infertilitat ha de ser definida com a condició biològica i el tractament contra la infertilitat ha de venir de la ciència mèdica (Franklin, 1997). Perquè la FIV tingui èxit és fonamental que la dimensió biològica i/o genètica de la paternitat triomfi sobre la seva dimensió social.

L'èmfasi a *tenir un fill propi* que sustenta la FIV no deixa de tenir contradiccions. La mateixa tecnologia que permet a algunes parelles infèrtils convertir-se en pares genètics pot també servir per qüestionar tota la noció de paternitat genètica. En primer lloc, les múltiples possibilitats de combinació de subjectes en la reproducció i cura d'una criatura fa tremolar la noció de paternitat genètica: un nounat nascut amb l'ajut d'aquestes tecnologies podria tenir cinc pares (un donant d'esperma, una donant d'òvul, una mare gestant i un pare i mare socials) i d'aquesta manera fer intangibles la importància dels lligams físics i genètics.

La retòrica legitimadora de la FIV no amaga aquesta realitat, ni la nega. El recurs a la naturalesa és utilitzat en diverses instàncies i de maneres diferents, en funció del que es vol *vendre*. Així, quan s'argumenta la necessitat de la donació d'òvuls per fer possible que una altra dona tingui fills, l'èmfasi es posa en la *naturalitat* del procés de gestació, en el fet que la dona receptora farà créixer un embrió i el parirà; en aquest cas, la continuïtat genètica la proporciona l'home, mentre que la biològica/física l'assegurarà la dona. En el procés de legitimació de la FIV, la naturalesa, o mostrar la *naturalitat* de la tècnica, resulten recursos fonamentals: la ciència no suplantia la naturalesa, sinó que en facilita la concepció, l'ajuda.

Un altre exemple de les retòriques que situen la FIV al servei de la naturalesa fa referència a la defensa del caràcter natural del desig de les dones de tenir fills. Stanworth (1987, p. 15) cita Patrick Steptoe, el doctor considerat el *pare* de la primera *mena proveta*, en una conferència a Oxford:

És un fet constatat que existeix un impuls natural a reproduir-se. Les dones que neguen aquest instint, o en les quals aquest s'ha frustrat, mostren pertorbacions d'altres menes.

Existeix una forta ideologia de la maternitat, una creença que la maternitat és l'últim i més desitjat objectiu de les dones; les dones que neguen aquest desig són considerades egoistes, fredes, etc. Per a aquelles que no poden tenir fills, no hi ha desconsol més gran, i la frustració que aquesta negació comporta les condueix a tota mena de problemes psicològics.¹¹ Curiosament, aquesta ideologia de la maternitat té excepcions. El pressupòsit és que només les dones en relacions heterosexuales poden expressar aquest desig. En les dones solteres o lesbianes aquest desig resulta més problemàtic; per a aquestes, el rellotge biològic, que sembla incitar aquest desig ardent femení a tenir fills, no s'ha d'activar. El mateix haurien de fer les dones de classe baixa o les dones del tercer món:

Per a les dones desitjables socialment, la biologia hauria de ser destí, mentre que per a les dones socialment inacceptables la biologia hauria de restringir-se mitjançant sancions socials (Franklin, 1990, p. 208).

Consideracions finals

Resulta difícil en aquest punt elaborar unes conclusions, ja que aquest article només volia introduir alguns elements que il·lustressin la rellevància de l'anàlisi sociològica en el terreny de les noves tecnologies de reproducció. És per aquest motiu que s'han presentat un seguit de temes, potser discontinus, que toquen àmbits d'anàlisi diferents: la sociologia del cos (en relació a la medicalització del cos de les dones), el discurs mèdic i periodístic, la sociologia de la família, la construcció d'identitats socials (maternitat, paternitat) són algunes de les perspectives utilitzades. Les NTR presenten reptes (i potser també perills) importants a les dones, no solament en l'àmbit personal, sinó també a escala social i cultural. Les NTR tenen conseqüències que van més enllà de l'experiència immediata de les dones implicades, ja que afecten significats de la maternitat i la paternitat: el de la família, la salut i la reproducció, entre d'altres.

Les NTR, a l'igual que altres tecnologies, ofereixen no sols noves possibilitats de consum, sinó que en modificar els significats de les relacions socials creen les condicions de la seva mateixa reproducció i legitimació. Aquestes tecnologies i les seves representacions socials

11. Podem pensar en el personatge femení de l'obra de Federico García Lorca, *Yerma*, o en el de l'obra d'Edward Albee, *Who's afraid of Virginia Woolf*, en la qual la desesperació de la protagonista pel fet de no poder tenir un fill la condueix a inventar-se'n un i a crear un món de fantasia en què ella és una bona mare; pel camí es converteix en una alcohòlica i destrossa el seu matrimoni.

són produïdes en el context d'una cultura que podem definir, entre d'altres coses, com a patriarcal i capitalista: la medicina reproductiva ha esdevingut una indústria de serveis, que permet la compra d'una àmplia gamma de tècniques, opcions, productes i experiències. Tal com s'ha intentat mostrar en aquest article, el fet que les dones usin aquestes tècniques o se sotmetin a la FIV no pot ser argumentat com a prova que és el que les dones infèrtils (o les parelles) desitgen. La utilitat d'una tècnica no és mai autoevident; perquè tingui èxit s'ha de mostrar la seva utilitat, se n'ha de crear la necessitat. Les persones prenen decisions dins un marc de possibilitats, i aquestes estan circumscrites i inserides en contextos socials i culturals. En una societat que veu la maternitat com el rol principal de les dones, que valora la paternitat biològica per sobre de la social, en la qual la medicina i la ciència són considerades (i es consideren elles mateixes) les úniques instàncies legitimades per definir el cos i la reproducció, la presentació de la FIV com a solució a la infertilitat (tot i el seu fracàs quantitatiu) pot tenir èxit.

Bibliografia

- BRYAN, Elizabeth; HIGGINS, Ronald (1995). *Infertility. New Choices, New Dilemmas*. Londres: Penguin Books.
- CAMPBELL, Rona; MACFARLANE, Alison (1987). *Where to be born? The Debate and the Evidence*. Oxford: The National Perinatal Epidemiology Unit.
- COREA, Gena (1988). *The Mother Machine*. Londres: Women's Press.
- CROWE, Christine (1990). «Whose Mind Over Whose Matter? Women, In-Vitro Fertilisation and the Development of Scientific KnowWedge». A: MCNEIL, M. [et al.] [ed.]. *The New Reproductive Technologies*. Londres: Macmillan Press Ltd.
- DUDEN, Barbara (1993) *Disembodying Women*. Cambridge: Harvard University Press.
- DUELLI-KLEIN, Renate (1989). *Infertility: Women Speak out about their experiences of reproductive medicine*. Londres: Pandora.
- FIRESTONE, Shulamith (1972). *The Dialectic of Sex: The case for feminist revolution*. Londres: Paladin.
- FRANKLIN, Sarah (1990). «Deconstructing "Desperateness": The Social Construction of Infertility in Popular Representations of new Reproductive Technologies». A: MCNEIL, M. [et al.] [ed.]. *The New Reproductive Technologies*. Londres: Macmillan Press Ltd.
- (1992). «Making sense of missed conceptions: anthropological perspectives on unexplained infertility». A: STACEY, M. [ed.]. *Changing Human Reproduction: Social Science Perspectives*. Londres: SAGE Publications.
- (1997). *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. Londres: Routledge.

- HAIMES, Erica (1992). «Gamete donation and the social management of genetic origins». A: STACEY, M. [ed.]. *Changing Human Reproduction: Social Science Perspectives*. Londres: SAGE Publications.
- HOWDLE, Susan; HOWDLE, Peter (1993). «Childlessness». A: BIRD, Ann [ed.]. *Childlessness*. Peterborough: Foundery.
- KATZ ROTHMAN, Barbara (1994). *The Tentative Pregnancy. Amniocentesis and the Sexual Politics of Motherhood*. Londres: Pandora.
- KIREJCZYK, Marta; VAN DER PLOEG, Irma (1992). «Pregnant couples: medical technology and social constructions around fertility and reproduction». *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Oxford: Pergamon Press. Vol. 5, núm. 2.
- KOCH, Lene (1990). «An Irrational Choice». A: *Issues in Reproductive and Genetic Engineering*. Oxford: Pergamon Press. Vol. 3, núm. 3.
- MAZOR, M. D. (1983). «Emotional Reactions to Infertility». A: MAZOR, M. D.; SIMONS, H. F. *Infertility. Medical, Emotional and Social Considerations*. Nova York: Human Sciences Press.
- MONACH, J. (1993): *No Choice* London: Routledge.
- MOSSE, Julia; HEATON, Josephine (1990). *The Fertility and Contraception*. Londres: Faber and Faber Ltd.
- NICHOLSON, Linda J. (1990). *Feminism/Postmodernism*. Londres: Routledge.
- OACKLEY, Ann (1987). «From Walking Wombs to Test-Tube Babies». A: STANWORTH, M. [ed.]. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press.
- PETCHESKY, Rosalind Pollack (1987). «Foetal Images: the Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction». A: STANWORTH, M. [ed.]. *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press.
- PFEFFER, Naomi (1987). «Artificial Insemination, In-Vitro Fertilisation and the Stigma of Infertility». A: STANWORTH, M. [ed.]. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press.
- PFEFFER, Naomi; WOOLLETT, Ann (1983). *The Experience of Infertility*. Londres: Virago.
- RICH, Adrienne (1977). *Of Woman Bom: Motherhood as experience and institution*. Londres: Virago.
- SAWIKI, Jana (1991). *Disciplining Foucault. Feminism, Power and the Body*. Londres: Routledge.
- SMART, Carol (1987). «“There is of course, the distinction dictated by nature”: Law and the Problem of Paternity». A: STANWORTH, M. [ed.]. *New Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press.
- STABILE, Carol A. (1994). *Feminism and the Technological Fix*. Manchester: Manchester University Press.
- STACEY, Meg (1992). «Social dimensions of assisted reproduction». A: STACEY, M. *Changing Human Reproduction: Social Science Perspectives*. Londres: SAGE Publications.
- STANWORTH, Michelle (1987). «Reproductive Technologies and the Deconstruction of Motherhood». A: STANWORTH, M. [ed.]. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press.

- STEINBERG, Deborah Lynn (1990). «The Despersonalisation of Women through the Administration of in-Vitro Fertilisation». A: MCNEIL, M.; VARCOE, L.; YEARKEY, S. [ed.]. *The New Reproductive Technologies*.
- STRATHERN, Marilyn (1992a). *After Nature: English kinship in the late twentieth century*. Cambridge: University Press.
- (1992b). «The meaning of assisted kinship». A: STACEY, M. *Changing Human Reproduction: Social Science Perspectives*. London: SAGE Publications.
- TEW, Marjorie (1990). *Safer Childbirth? A Critical history of Maternity*. London: Chapman and Hall.
- VAN DYCK, Jose (1995). *Manufacturing Babies and Public Consent: Debating the new Reproductive Technologies*. London: MacMillan Press Ltd.