

Autonomía reproductiva frente a la biopolítica de la maternidad¹

Mercedes Bogino², Paloma Fernández-Rasines³

Recibido: 21 de diciembre de 2021 / Aceptado: 25 de febrero de 2022

Resumen. Este artículo explora la autonomía reproductiva de las mujeres y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en España. Se analizan relatos biográficos de mujeres que, frente a la biopolítica de la maternidad, transitan la experiencia del aborto voluntario y/o la búsqueda de la maternidad a través de las biotecnologías o procesos de adopción. Como resultado hemos identificado distintas estrategias anticonceptivas, prácticas de aborto en el exilio o desde la autonomía, límites o rechazo a las biotecnologías de reproducción humana, así como un escenario de incertidumbre burocrática en los procesos de adopción monoparental. Estos relatos nos permiten reflexionar sobre la conformación histórica de la gobernanza reproductiva, desde la etapa de la transición democrática en España hasta la actualidad, al tiempo que revelan nuevos modos de organizar culturalmente los derechos de intimidad.

Palabras clave: autonomía reproductiva; exilio por aborto; aborto voluntario; biopolítica de la maternidad; gobernanza reproductiva; derechos sexuales y reproductivos; no-maternidades.

[en] Reproductive Autonomy with Respect to the Biopolitics of Motherhood

Abstract. This paper explores women's reproductive autonomy and sexual and reproductive rights in Spain. It analyses biographical accounts provided by women who, facing the biopolitics of motherhood, undergo a voluntary abortion and/or seek to become mothers using biotechnology or adoption processes. As a result, we have identified various contraceptive strategies, abortions in exile or within reproductive autonomy, limits or rejection of human reproduction biotechnologies, and a bureaucratically uncertain scenario in single parent family adoption processes. These accounts help us to consider the historical structure of reproductive governance, from the time of the democratic transition in Spain to the present day, while revealing new ways of culturally organising the right to sexual intimacy.

Keywords: Reproductive autonomy; Abortion exile; Voluntary abortion; Biopolitics of motherhood; Reproductive governance; Sexual and reproductive rights; Non-motherhood.

Sumario: 1. Introducción. 2. Gobernanza reproductiva y autonomía de las mujeres. 3. Salud sexual y reproductiva: derechos de ciudadanía y prácticas cotidianas. 4. Abortar en el exilio: viaje forzado y en secreto. 5. Entre las biotecnologías y la adopción: posibilidades y límites. 6. Abortar desde la autonomía: conocimiento y desinformación. 7. Conclusiones. 8. Referencias.

Cómo citar: Bogino, M.; Fernández-Rasines, P. (2023). Autonomía reproductiva frente a la biopolítica de la maternidad, en *Revista de Antropología Social* 32(1), 13-28.

1. Introducción

En este artículo se analizan relatos biográficos de mujeres que, por distintas motivaciones y condiciones biopsicosociales, no son madres. Estas biografías vienen en gran medida condicionadas y, a la vez, conformadas por los mecanismos de biopoder del Estado en el marco de la transición democrática española desde finales de la década de 1970. En este contexto, las decisiones de las mujeres en materia reproductiva se han articulado du-

rante este período histórico en base a las políticas legislativas que favorecen o limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. De este modo, se ha abordado la regulación en torno a la salud sexual y reproductiva, a partir de la normativización y la normalización de las viejas tecnologías reproductivas, principalmente la anticoncepción y el derecho al aborto, así como de las nuevas tecnologías de reproducción asistida y las tecnologías administrativas en los procesos de adopción. En este sentido, se ha podido detectar cómo

¹ Este artículo es producto resultante del Proyecto I+D+i: «Parentalidad, género y salud en los cuidados del 'niño sano'. La paradoja del deber/derecho sobre la crianza: padres custodios y mujeres sin maternidad» (CSO2012-39041-C02-02) dirigido por José María Uribe de la Universidad Pública de Navarra (UPNA) y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) de España.

² Grupo de Investigación en Antropología Social (GIAS). Universidad Pública de Navarra. metxi.bogino@unavarra.es

³ Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra. paloma.fernandez@unavarra.es

los discursos expertos de medicina, psicología y trabajo social aparecen en las narraciones biográficas como uno de los moldeadores principales.

Para la construcción del marco teórico recurrimos a las categorías de gobernanza reproductiva, autonomía de las mujeres, biopolítica de la maternidad, exilio por aborto y ciudadanía reproductiva, las cuales nos permiten comprender las narraciones que surgen de las biografías que se han configurado como no-maternidades. Así pues, en esta investigación proponemos el uso del término «disrupciones reproductivas», en el sentido que le otorga Inhorn (2007), esto es, aquellas dificultades para concebir o completar el ciclo reproductivo. En los casos de estudio aquí analizados, nos encontramos que las disrupciones reproductivas abarcan tanto la experiencia de la infertilidad y del aborto como las experiencias truncadas en los tratamientos con las denominadas Técnicas de Reproducción Humana Médicamente Asistida (TRHMA) y en los procesos de adopción.

En cuanto a la metodología para la producción de datos, hemos utilizado la técnica cualitativa de entrevistas etnográficas realizadas cara a cara por la primera autora de este artículo y con previo consentimiento pactado con las informantes. El corpus de datos sobre el que se sustenta la investigación se compone de 35 relatos biográficos de mujeres que interpretan su experiencia de no-maternidad, de los cuales hemos seleccionado once para la presente contribución por cuanto reportan información acerca de las prácticas de anticoncepción, aborto voluntario o búsqueda de la maternidad. El reclutamiento y selección de las informantes no obedece a criterios estadísticos de representatividad. Se comenzó por la exploración en entornos de confianza haciendo uso del método de bola de nieve para lograr los contactos. De manera paralela, se remitió una petición expresa de colaboración dirigida a mujeres que habían manifestado públicamente su no-maternidad a través de las redes sociales.

Los relatos de vida fueron recogidos, entre 2013 y 2018, en las ciudades de Pamplona, Bilbao, Barcelona y Madrid. Estos testimonios tienen la consideración de mostrar expresiones individuales desde determinadas subjetividades situadas. Consideramos que el análisis de los relatos biográficos permite identificar los presupuestos, mecanismos y condiciones biopsicosociales que elaboran las informantes de su propia biografía. Se podría decir que «narrar la vida» implica recordar, pensar e interpretar aquellos acontecimientos y vivencias personales que corresponden a estructuras compartidas socialmente, con relación al contexto cultural y semántico que han sido objeto de su aprendizaje (Roca y Martínez, 2006).

En la primera parte de este artículo, se plantea una aproximación teórica desde la antropología de la reproducción y del parentesco. En la segunda parte, se expone el análisis temático de los datos etnográficos que contribuyen a identificar distintas estrategias anticonceptivas, experiencias del aborto en el exilio o desde la autonomía, así como la búsqueda de la maternidad a través de las TRHMA o la adopción monoparental. Las conclusiones cierran con las reflexiones derivadas de los casos de estudio, dando cuenta de cómo las mujeres se replantean las prácticas de la

anticoncepción, la vivencia del aborto se convierte en un hito, las dificultades reproductivas con las TRHMA y las incertidumbres burocráticas en la adopción monoparental. Finalmente, se constata la hegemonía del discurso experto en el relato de las mujeres sobre las decisiones que afectan al ejercicio de su autonomía.

2. Gobernanza reproductiva y autonomía de las mujeres

La construcción de la autonomía reproductiva de las mujeres en un contexto de infertilidad estructural, relacional y social (Bestard, Orobitg, Ribot *et al.*, 2003; Marre, 2009; Olavarría, 2018)⁴, puede incluirse entre las inquietudes derivadas de la antropología de la reproducción (Andaya y El Kotni, 2018). Esta línea de investigación, desarrollada principalmente en Gran Bretaña y Estados Unidos, articula la crítica de las teorías del parentesco y etnografías feministas (Collier y Yanagisako, 1987; Franklin y Ragoné, 1997; Schneider, 1984; Strathern, 1992), las cuales buscan desnaturalizar la visión predominante de la reproducción, esto es, la percepción social de la reproducción que identifica a las mujeres con la maternidad y la naturaleza; mientras que la paternidad se asocia con la filiación y la cultura (Fassin, 2002).

A finales de la década de 1980 se reconoce que sexualidad, género y parentesco constituyen un objeto de estudio vinculado a la reproducción humana que, más allá de lo biológico, está atravesado por condiciones materiales, socioculturales y políticas que contribuyen a configurar distintas ideologías de la maternidad, la paternidad y otras figuras parentales significativas (Blázquez, 2005; Olavarría, 2002). En la década de 1990 los estudios sobre parentesco en antropología se revitalizan, debido, en gran parte, al auge de las nuevas tecnologías de reproducción y a la expansión de la adopción transnacional, que favorecen la creación de nuevas formas de parentesco y familia (Marre, 2010). Los métodos anticonceptivos facilitaron la desvinculación entre sexualidad y reproducción, esto es, permitieron el derecho a la vida sexual sin procreación, mientras que las TRHMA posibilitaron el derecho a la procreación sin vida sexual (Álvarez Plaza, 2015). Además, los procesos de adopción, que se entienden como formas específicas de circulación de niños y niñas⁵, son un fenómeno global de gran relevancia en las estrategias de reposición del grupo y de

⁴ En España, se puede definir la infertilidad como: 1) *estructural* producto de las condiciones laborales, acrecentada por la crisis socioeconómica del 2008 (Marre, 2009), y aún más por la crisis sociosanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19; 2) *relacional* que depende de múltiples factores como la edad de procrear, la orientación sexual o la relación de pareja (Olavarría, 2018); y 3) *social* considerada como un problema de la sociedad que nos permite pensar la infertilidad como una cuestión de relevancia política (Bestard, Orobitg, Ribot *et al.*, 2003).

⁵ Fonseca (1995) acuña el concepto de «circulación de menores» para referirse a las diversas redes de crianza entre las clases populares de Brasil. En investigaciones posteriores, propone considerar la *filiación aditiva* capaz de sumar la *filiación adoptiva* a la *filiación biológica* (Marre, 2010).

cohesión social (Grau, 2011), y conviven con las TRHMA que implican la circulación de sustancias corporales. De este modo, entre una lógica administrativa y otra mercantil, se instituyen distintas ideologías del parentesco (Olavarría, 2010).

En este contexto, la experiencia de la no-maternidad tiene lugar en un marco concreto de «gobernanza reproductiva», categoría que nos permite comprender las modificaciones de las políticas de la vida que promueve el Estado en la gestión de la reproducción humana, que implica la gestión de las viejas tecnologías reproductivas (anticoncepción y derecho al aborto), las nuevas tecnologías de reproducción humana médicamente asistida (TRHMA) y las tecnologías administrativas (en los procesos de adopción). Por tanto, en este análisis hemos considerado las regulaciones en torno a la anticoncepción, el aborto voluntario, las TRHMA y la adopción en España como parte de la gobernanza reproductiva, esto es, «los mecanismos a través de los cuales distintos actores –como gobiernos, poderes eclesiásticos, organizaciones no gubernamentales– utilizan instrumentos legislativos, incentivos económicos, principios morales o éticos, y/o coerción directa, para orientar y controlar el comportamiento y las prácticas reproductivas» (Morgan y Roberts, 2012: 243).

De acuerdo con Ginsburg y Rapp (1991), en el estudio de las «políticas de reproducción» es preciso analizar de modo conjunto las prácticas reproductivas, así como la resistencia o subversión a la norma cultural que plantean ciertas mujeres, tanto a nivel local como global. En este escenario de interacciones complejas y jerarquías transnacionales, la «reproducción estratificada» (Colen, 1995) establece una clara distinción jerárquica de determinadas categorías de personas valoradas, alentadas y aptas para reproducirse, frente a otras que no lo son. Esta estratificación de la reproducción se regula según el género, la orientación sexual, la etnicidad y la clase social (Ginsburg y Rapp, 1995). Desde una perspectiva histórica, el trabajo de Solinger (2007) demuestra cómo las políticas de reproducción en Estados Unidos, relacionadas con valores culturales y sistemas de creencias, limitan o potencian la autonomía reproductiva de las mujeres. En este sentido, la autora argumenta que la reproducción es tanto un acontecimiento individual como social, que depende del contexto histórico y político en el que ocurre, así como de los significados personales y sociales que se le otorguen (Solinger, 2013).

En este artículo comprendemos la reproducción desde la «biopolítica», entendida en el sentido de Foucault (2007 [1976]) como la regulación de las poblaciones por medio de técnicas de saber e intervención, lo que nos permite observar cómo las tecnologías de gobierno producen desigualdades y la gubernamentalidad contribuye a las disparidades en la calidad de vida y en los procesos de subjetivación (Fassin, 2009). De este modo, la biopolítica no es una mera política de la población, sino que se refiere a las prácticas de vida y, en concreto, a las desigualdades que Fassin denomina «biodesigualdades» (2009: 49). Para este autor, la biopolítica implica no solo la normalización de la vida de las personas, sino también la decisión sobre el tipo de vida que estas pueden (o no) vivir. En este sentido, el concepto de «biopo-

lítica de lo materno»⁶ que propone Arcos (2018), nos permite entender las biografías disruptivas de no-maternidades en una realidad social y política heredera de la transición democrática que tuvo lugar en España desde 1975. En este contexto sociohistórico, las mujeres eran principalmente hijas, madres y esposas cuya identidad estaba subordinada al padre, marido o tutor, que se fue transformando de modo acelerado hacia la integración en la Unión Europea a finales del siglo XX y que, con el nuevo milenio, incorpora la sustitución de unas mujeres por otras con las cadenas globales de cuidados y afectos (Gregorio, 2010).

De este modo, consideramos que la biopolítica de la maternidad hegemónica implica fundamentalmente un proceso de normalización de la maternidad a través de tecnologías políticas que definen, por una parte, qué es lo normal y lo patológico, y por otra, vincula lo biológico y lo biográfico como criterios de aceptación cultural o exclusión social. Frente a este proceso de homogeneización, las posibilidades de construcción de la autonomía reproductiva de las mujeres se ven muy condicionadas o incluso acorraladas por las iniciativas legislativas y la práctica jurídica (González Moreno, 2017). En este sentido, la autonomía de las mujeres precisa justamente de un compromiso por parte de los poderes del Estado para promover regulaciones y normativas sensibles que puedan atenuar los efectos que ocasiona la socialización de género producto de las costumbres y tradiciones patriarcales (Álvarez Medina, 2017).

En definitiva, entendemos que la autonomía reproductiva de las mujeres supone un proceso de reflexión motivado por el deseo o no-deseo de maternidad y las posibilidades de procrear o no-procreación, que se inscribe en el propio cuerpo de las mujeres, en tanto proyecto o devenir. La mera disociación entre la vivencia de la sexualidad y el control de la reproducción que permitió la píldora anticonceptiva no garantiza la autonomía reproductiva de las mujeres, que queda condicionada a la accesibilidad de los recursos biomédicos. Del mismo modo, las TRHMA que suponen un avance en cuanto a la autonomía de las mujeres, dependen del marco jurídico que contemple las decisiones reproductivas (Olavarría, 2002). En este artículo, veremos, pues, que las prácticas anticonceptivas y del aborto se configuran como decisiones de autonomía de la no-reproducción, mientras que los tratamientos con TRHMA o la adopción monoparental se plantean como estrategias reproductivas en la búsqueda de la maternidad.

3. Salud sexual y reproductiva: derechos de ciudadanía y prácticas cotidianas

Desde las últimas décadas del siglo XX, se puede observar que la salud sexual y reproductiva⁷ se convierte en

⁶ A partir del término «biopolítica de lo materno», Arcos (2018) se refiere a la maternidad como experiencia moderna de las mujeres y la pertenencia a una comunidad de sentido nacional, donde lo femenino y lo maternal mantienen relaciones lógicas complejas y, muchas veces, indisociables.

⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de una definición amplia de salud entiende la «salud sexual y reproductiva» como: 1) la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin

un espacio de disputa en la construcción por la ciudadanía (Berrio y Singer, 2016). En España, la historia reciente nos muestra una larga experiencia de «exilio reproductivo» para las mujeres en edad fértil⁸. A pesar de que el uso de métodos anticonceptivos fuera despenalizado en 1978, el acceso a los mismos no fue inmediato y las mujeres tuvieron que buscar estrategias para el desarrollo de su autonomía reproductiva⁹. Según la disponibilidad de tiempo, recursos económicos y apoyo de redes, algunas mujeres cruzaban la frontera hacia Francia para adquirir la píldora anticonceptiva y, en ocasiones, se desplazaban a Inglaterra para abortar, escapando así de la criminalización y del juicio social en su país (Marre, 2010; Matorras, 2005). Estos desplazamientos se realizaban como una búsqueda de atención y cuidados, un acceso clandestino a derechos sobre la vida fuera de las fronteras del Estado (Ignaciuk y Sethna, 2020). Estas experiencias contribuyen a configurar biografías interconectadas por redes de saberes comunes sobre la forzada expulsión del territorio, agravada por distintos grados de hostilidad institucional durante el viaje y en destino. Esas biografías comunes en las mujeres expresan la suspensión explícita de los derechos de ciudadanía (Pérez Navarro, 2019).

En esta línea, Singer (2019) propone el concepto «exilio por aborto» (*abortion exile*) para comprender la situación de las mujeres en diferentes partes del mundo que se ven obligadas a viajar forzosamente porque la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está estigmatizada y/o prohibida, siendo además insegura o inasequible en su lugar de residencia. Este concepto nos permite además analizar la movilidad forzada, la clase social y las experiencias subjetivas de las mujeres cuyos derechos de autonomía son limitados o están amenazados.

En España, entre los hechos más destacables en la historia de la regulación sobre el aborto, encontramos que en 1937 se legalizó la IVE durante la Segunda República (1936-1939) siendo Federica Montseny ministra de Sanidad¹⁰. En Cataluña, se aprobaron dos decretos —el 25 de diciembre de 1936 y el 1 de marzo de 1937— para la regulación de la interrupción voluntaria del em-

barazo, con el fin de evitar abortos clandestinos y sus consecuencias de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, estas normas tuvieron una vigencia muy corta, ya que fueron derogadas por el régimen franquista (Miranda y Comas, 2016; Ruiz Salguero, Cabré, Castro-Martín *et al.*, 2005). Así pues, durante la dictadura franquista (1939-1975) y años posteriores, en los inicios de la transición democrática (1975-1985), la práctica del aborto era considerada un delito penal y, por tanto, una práctica ilegal.

En este contexto sociopolítico, un hito fundamental lo encontramos en los juicios a «Las 11 de Basauri» o «Las 11 de Bilbao»¹¹, que supuso un momento clave en las reivindicaciones feministas por la libertad sexual y el derecho al aborto. Un acontecimiento que trascendió de Euskadi a otras ciudades del Estado español (Esteban, 2001). «Las 11 de Basauri» es la expresión que se refiere a las personas que fueron detenidas en su domicilio, el sábado 9 de octubre de 1976, durante las fiestas de su pueblo, en el barrio del Kalero, a pocos kilómetros de Bilbao. En concreto, fueron mujeres acusadas por abortar, por participar en abortos, y, en el caso de un hombre, por inducir a abortar a una mujer que huyó. Eran mujeres entre 19 y 38 años, en posiciones de amas de casa y madres, que habitaban en un barrio de clase obrera con inmigración de zonas rurales en busca de trabajo en la actividad fabril (Cadenas, 2020)¹². Fueron encarceladas durante tres o cuatro días y puestas en libertad condicional hasta la fecha del juicio, en 1979. Fue entonces cuando se dio a conocer públicamente el caso de los «Juicios por aborto» (López, 2011).

En la Audiencia Provincial de Bilbao, el 26 de octubre de 1979, se suspendió la vista oral del juicio en base a un recurso legal porque una de las procesadas no había recibido la orden de citación. Mientras tanto, en la calle más de tres mil mujeres se manifestaron durante todo el día reclamando el derecho a decidir sobre sus cuerpos y amnistía para las acusadas. La Asamblea de Mujeres de Bizkaia organizó acciones de protesta, creó lemas y celebró la suspensión del juicio como una conquista del movimiento feminista. En 1981, se convocó una nueva vista del juicio el 16 de junio y se volvió a suspender ante la ausencia de dos de las acusadas.

Finalmente, el juicio tuvo lugar el 16 de marzo de 1982 con las puertas y ventanas abiertas, así entraba el aire de la calle y los gritos de «aborto», «legalización»,

riesgos, en todo el ciclo vital; 2) la capacidad de procrear y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, así como de decidir cuándo y con qué frecuencia; 3) la capacidad de llevar a término embarazos deseados así como poder dar bienestar al recién nacido de manera que se desarrolle su potencial (Ruiz Salguero, Cabré, Castro-Martín *et al.*, 2005: 71).

⁸ Véase el debate conceptual entre «turismo reproductivo» y «exilio reproductivo» en las investigaciones antropológicas sobre globalización, tecnologías y parentesco de Inhorn y Patrizio (2009), Olavarria (2018) y Singer (2019).

⁹ Antes de 1978, los anticonceptivos estuvieron prohibidos en España y mediante la presión colectiva del movimiento feminista, se lograron importantes reformas en el ordenamiento jurídico con respecto a la reproducción. Por ejemplo, la Ley 45/1978, de 7 de octubre, despenalizaba aquellas conductas de expedición, venta, suministro y divulgación de productos anticonceptivos y sustancias abortivas (González Moreno, 2017).

¹⁰ Véase el documental «Mujeres, Federica Montseny» (1991) que incluye una entrevista a la líder anarcosindicalista, quien narra su experiencia como ministra, siendo la primera mujer ministra de España y una de las primeras de Europa. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/personajes-en-el-archivo-de-rtve/mujeres-federica-montseny/947306/>

Y la película «Federica Montseny, la dona que parla» de Laura Maña (2021), explica el conflicto que vive la protagonista entre sus ideales y el pragmatismo.

<https://www.ccma.cat/tv3/federica-montseny/la-pelicula/fitxa/132840/>

¹¹ Así se titula el documental dirigido por Begoña Atin y Maite Ibáñez (2019), en conmemoración del 40 aniversario de la celebración de los «Juicios por aborto» en Bilbao. <https://vimeo.com/321521889>

¹² La historia de este proceso es reconstruida por Isabel Cadenas (2020) con relatos orales, de una de las protagonistas y otras mujeres del movimiento feminista como Haizea Miguela y Justa Montero, Clara Murgialday y Begoña Mendía, Mari Luz Esteban y Paz Díaz. La autora define este proceso como un hecho histórico que cambió las vidas de las mujeres en España y se pregunta: ¿Cómo se construye un silencio? ¿Por qué sabemos tan poco de este caso? Podcast 3: *Una placa en mi pueblo*, en «De eso no se habla». <https://deesonosehabla.com/episodios/episodio-3-una-placa-en-mi-pueblo/>

«amnistia emakumeentzat»¹³, «yo también he abortado» o «nosotras parimos, nosotras decidimos». Ese día la movilización fue masiva, teniendo eco en otras ciudades de España y Europa. Los argumentos de la defensa se basaban en que, por un lado, no se había corroborado el embarazo de esas mujeres y, por tanto, era inverosímil la práctica del aborto. En derecho esto se denomina «delito imposible». Por otro lado, se ponía de manifiesto el «estado de necesidad» de estas mujeres que, si habían recurrido a la práctica del aborto era como circunstancia atenuante, esto es, ante las situaciones de extrema necesidad por las condiciones económicas, sociales, psicológicas y de salud. Otro argumento de la defensa fue subrayar que, si las denunciadas hubieran tenido recursos económicos, habrían viajado a Londres para abortar, como tantas mujeres que lo hacían en España¹⁴.

Una estrategia similar se siguió en el juicio de «Los Naranjos», un Centro de Planificación Familiar de Sevilla, que brindaba información sobre sexualidad y atención para el aborto. En Andalucía, las detenciones al personal de «Los Naranjos» coincidieron con las elecciones y, como en otros países europeos, el aborto se situó entre las discusiones políticas. Además, las iniciativas del movimiento feminista lograron colocar el tema del aborto en la agenda pública, otorgando visibilidad a las mujeres encarceladas y a los juicios, a las mujeres que viajaban al extranjero para abortar y a las muertes de mujeres por abortos clandestinos (Rostagnol, 2018). En resumen, los «juicios por aborto» fueron un hito decisivo, dada su importancia y trascendencia social, así como el apoyo recibido del movimiento feminista y la sentencia de 1982, que marca un precedente; son antecedentes fundamentales que propiciaron la regulación del aborto en España (Cadenas, 2020).

En 1985, el Gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) promulgó la «ley de supuestos o indicaciones» para legalizar el aborto¹⁵, mientras que la posterior «ley de plazos» aprobada por el Gobierno de Zapatero en 2010, además de ampliar los supuestos introdujo una variable de plazos¹⁶ y permitía a las mujeres

de 16 y 17 años abortar sin autorización de sus padres o tutores (Cornejo-Valle y Pichardo, 2017). Cabe añadir la reciente entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que alude al «deber del Estado de garantizar que la interrupción voluntaria del embarazo se realice respetando el bienestar físico y psicológico de las mujeres». El aborto se constituye así en derecho subjetivo, en tanto que práctica sanitaria, pasando de ser un delito penal a considerarse un diagnóstico clínico (Miranda y Comas, 2016). No obstante, por la fuerte influencia religiosa, católica y cultural, aparecen sentimientos de culpa y se genera un estigma social que limita la práctica efectiva del aborto voluntario. Esto se materializa desde la perspectiva médica en la obstaculización que resulta de la objeción de conciencia de ideología provida (*pro-life*). Determinadas presiones en este sentido hacen que las intervenciones se deriven a la sanidad privada.

En concreto, en el caso de Navarra, entre 1985 y 1987 solo hay registro de diez interrupciones voluntarias de embarazo realizadas en los centros públicos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, según los supuestos legales previstos y para una población total cercana a los 500.000 habitantes. A partir de esa fecha, y hasta finales de 2011, no se registró la práctica de ninguna IVE en el ámbito público o privado como consecuencia de la ofensiva de una objeción de conciencia amparada en presiones políticas vinculadas a la derecha conservadora y la influencia del Opus Dei en la región. Debe señalarse que hasta 2018 el único centro donde se impartía estudios de medicina era la Universidad de Navarra, perteneciente al Opus Dei. Durante ese período, si una mujer quería ejercer el derecho al aborto, era derivada a otra comunidad autónoma limítrofe con menos restricciones como eran la Comunidad Autónoma del País Vasco y la de Aragón. En ocasiones, la derivación llegaba incluso hasta la Comunidad de Madrid, siendo intervenciones financiadas por la cartera sanitaria desde la propia Comunidad Foral de Navarra (Cámara de Comptos de Navarra, 2013).

Antes de 2010, la opción mayoritaria para acceder a la despenalización de un aborto era alegar riesgo para la salud mental o psíquica, lo que convertía en potencialmente enfermas a las mujeres que tomaban la decisión de interrumpir su embarazo. Con la nueva ley, la mayor parte de las IVEs se realizan justificadas por demanda de las mujeres. Esto supone un cambio importante en términos del reconocimiento de la agencia de las mujeres sobre sus derechos (no)reproductivos. En este contexto, se observa un progresivo avance de la autonomía de las mujeres que comprende la capacidad de apropiarse, ejercer y defender sus derechos sexuales y reproductivos denominada «ciudadanía reproductiva», que incluye también la capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos. La construcción de una ciudadanía reproductiva implica, en este sentido, un doble proceso: por un lado, la provisión y protección de derechos reproductivos por parte del

¹³ En euskara, lengua cooficial de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Comunidad Foral de Navarra, significa «amnistía para las mujeres».

¹⁴ En los años setenta y ochenta del siglo XX, se conocían los vuelos a Londres con el fin de abortar, pero socialmente era un tabú sobre el que nadie se atrevía a hablar. Así lo explica la periodista italiana Neliana Tersigni, autora del reportaje *Abortar en Londres* publicado en la primera portada de «El País Semanal», el 3 de octubre de 1976 y reeditado en 2011. https://elpais.com/elpais/2011/11/24/actualidad/1322120268_850215.html

¹⁵ Se logra la despenalización parcial del aborto con la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, en tres supuestos: riesgo físico o psíquico para la salud de la mujer embarazada (supuesto terapéutico), que el embarazo sea consecuencia de una violación, previamente denunciada (supuesto criminológico) y malformaciones del feto (supuesto eugenésico). <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>

¹⁶ La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo regula las condiciones del aborto y establece las obligaciones de los poderes públicos. Se admite el aborto en unos determinados plazos: 14 semanas de gestación por demanda de las mujeres y pasadas estas semanas bajo un diagnóstico médico; 22 semanas de gestación si existe riesgo para la salud o vida de la embarazada o graves anomalías en el feto. Contempla además dos supuestos excepcionales: anomalías fetales o enferme-

dad grave que se detecte en el momento del diagnóstico y se confirme por un comité clínico. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>

Estado y, por otro, la internalización y apropiación de estos derechos por parte de la ciudadanía (Berrio y Singer, 2016). Sin embargo, el estigma cultural sigue bastante presente por cuanto la práctica opera en el secreto y el tabú (Ortega, García-Orellán y Ortega, 2016).

Asimismo, De Zordo, Mishtal y Anton (2017) han acuñado la expresión «gobernanza del aborto» (*abortion governance*) con el fin de analizar las transformaciones de las políticas del aborto en Europa y explorar cómo los movimientos sociales, grupos políticos y la ciudadanía se apropian de discursos y prácticas de protestas que buscan liberar o limitar los derechos sexuales y reproductivos. Cabe destacar la relevancia que tuvo también la aprobación del Informe Tarabella en el Parlamento Europeo en 2015 para la superación de las limitaciones normativas y simbólicas respecto al desarrollo garantizado de la práctica del aborto. Este informe tuvo la virtud de reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos fundamentales en el ámbito de los países miembros la Unión Europea. Además, subrayó no solo el derecho de cada Estado miembro de la Unión a legislar sobre el aborto sino también la obligación de informar efectivamente a la ciudadanía sobre aquellos servicios de salud disponibles para el acceso a la anticoncepción y al aborto (De Zordo, Mishtal y Anton, 2017).

Otro elemento importante en materia reproductiva es el papel que juegan las biotecnologías¹⁷, consideradas «tecnologías políticas», que permiten potenciar la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos. Como se constata en los relatos biográficos, las mujeres que tienen acceso a recursos económicos, conocimiento e información, han superado algunos determinismos biológicos a partir de las biotecnologías. Por ejemplo, el uso de anticonceptivos y la práctica del aborto para prevenir o evitar el embarazo, y el recurso de las TRHMA en la búsqueda de la gestación. Estas biotecnologías logran subvertir la idea de la maternidad como destino natural y, ante el poder disciplinario que describió Foucault (2002 [1975]), estas intervenciones resultan prácticas de resistencia dentro de los regímenes morales de «gobernanza patriarcal de los cuerpos» (Lamas, 2014). Así pues, aunque las biotecnologías han brindado a las mujeres, al menos en las sociedades occidentales, mayor capacidad para decidir sobre sus cuerpos, al mismo tiempo las tecnologías reproductivas refuerzan la idea de la maternidad biológica como maternidad hegemónica. En esta línea, es importante destacar el aporte de Strathern (1992) cuestionando la reconfiguración de los conceptos de naturaleza, cultura y parentesco, en tanto que la innovación tecnológica desvanece los límites entre lo «natural» y lo «cultural», se percibe la naturaleza como manipulable y, en este contexto, las TRHMA recrean la biología y renuevan el parentesco (Ayala, Leyra y Cubillos, 2020).

Como ya apuntaba Stolcke (1998), nuestra visión biológica del parentesco, la prevalencia de lo genético

y las tendencias eugenésicas, impulsan el avance de las biotecnologías. En concreto, las TRHMA significaron un mayor control médico-técnico sobre la procreación humana, dado que su objeto principal de intervención han sido las mujeres y la manipulación de sus cuerpos. Por tanto, el desarrollo de las biotecnologías puede simultáneamente conllevar graves consecuencias físicas y psicológicas para las mujeres, dadas las posibilidades que las tecnologías prometen para la reproducción humana alentadas por intereses y deseos configurados por relaciones de poder y asimetrías de género (Stolcke, 1998: 114-115). Atendiendo a uno de los relatos de vida recabados, se aprecia que, tras varios intentos en la búsqueda de la gestación con distintos tratamientos de reproducción asistida y sin lograr los resultados esperados, la adopción aparece como una clara opción de procreación, una alternativa para concretar el deseo de maternidad en solitario. Así pues, la adopción representa el triunfo de la crianza sobre la naturaleza, en tanto que la maternidad social crea conexiones genealógicas y vínculos afectivos que parecen incompatibles con los lazos sociales que se constituyen desde la filiación biológica (Marre y Bestard, 2004).

A continuación, nos centramos en el análisis de las prácticas (no) reproductivas, que comprende distintas estrategias para prevenir o evitar el embarazo como es el uso de diferentes métodos anticonceptivos y, específicamente, la experiencia del aborto en el exilio desde la interpretación de las propias mujeres protagonistas.

4. Abortar en el exilio: viaje forzado y en secreto

Los relatos biográficos narran las distintas estrategias anticonceptivas y experiencias del aborto voluntario, que interpretamos como prácticas de ejercicio de la autonomía reproductiva de estas mujeres, implicando desplazamiento clandestino y forzado.

Lola, Pilar y Rebeca abren el secreto sobre sus viajes forzados para abortar, en un contexto social y político —durante la década de 1980 en España—, donde el acceso a los derechos sexuales y reproductivos estaba en negociación como parte de una transición democrática y con fuertes limitaciones sancionadas por un régimen moral muy condicionado aún por la recién extinguida dictadura militar, de explicitada raigambre católica, del General Franco.

Lola nunca había soñado con la maternidad cuando se quedó accidentalmente embarazada tras haber pasado por una intervención quirúrgica de un quiste en el ovario. Explica que venía usando el diafragma, como anticonceptivo de barrera, pero por alguna razón no resultó del todo eficaz. Reflexiona que, a pesar de tener la edad adecuada (31 años), un trabajo estable y una relación de pareja, esto es, las buenas condiciones definidas socialmente para la procreación (Bajos y Ferrand, 2006), ella no consideraba la maternidad como una opción. Se sentía amenazada y con la sensación de poner en riesgo su propia vida. Entonces, toma la decisión de viajar a Londres para practicar una IVE: «Fui a Londres y aborté, porque era todavía completamente ilegal aquí. Esta experiencia me jodió la vida, ese aborto, en el sen-

¹⁷ Hoy se atribuye el apelativo de «biotecnologías» a las tecnologías médicas que intervienen en el cuerpo y, por ende, en la vida biológica. A diferencia de las prácticas disciplinarias que Foucault (2002 [1975]) definió como «tecnologías políticas del cuerpo», algunas biotecnologías se interpretan como prácticas de liberación, en tanto que incrementan la capacidad de decisión de las mujeres (Lamas, 2014: 56).

tido de que se quedó ahí como un mal rollo. Antes ni pensaba en ello» (E25: Lola, 65 años)¹⁸.

En 1982, la informante se ve obligada por las condiciones legales, morales y sociales a desplazarse a otro país para abortar. Viajó acompañada de su pareja que respetaba su decisión. Ella indica que, aunque él deseaba ser padre, nunca la presionó para continuar con el embarazo. Anticipa cierta idealización cuando afirma que él habría sido un «padre estupendo». Al tiempo, ella rompe con esa relación y reporta como relevante que posteriormente su expareja concreta el «deseo de paternidad» con otra mujer.

Lola expresa que su vida estaba al margen de la maternidad. Ella nunca se había proyectado como madre, y esto es algo que atribuye a la frustración transmitida por su propia madre como mandato poderoso que obstaculizó el que pudiera pensar en ello siquiera como una opción. En este sentido, en su relato manifiesta que la maternidad para ella no existía ni como deseo y, con el paso del tiempo, no piensa en aquel aborto como algo trágico, prefiere desdramatizar la vivencia del aborto (Lamas, 2014). Sin embargo, lo califica como un episodio en su vida que le incomoda, un acontecimiento que no puede olvidar.

A diferencia de la experiencia anticonceptiva de Lola, el relato de Pilar denota un desconocimiento sobre los métodos de profilaxis y anticoncepción, con relación a la falta de acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Cuando una enfermera le confirma el resultado positivo de la prueba del embarazo, ella estaba sola en un teléfono público. Su entonces pareja tenía convicciones religiosas y, sin embargo, le propone interrumpir el embarazo. Dice que su novio entendía que habían hecho algo prohibido que había que ocultar, una muestra del tabú y el secreto sobre ciertas decisiones reproductivas. Con apoyo de las redes informales viajan de Pamplona-Iruñea a Madrid para abortar.

Pilar aborta en 1985, cuando aún se tramitaba la ley que en unos meses entraría en vigor para su despenalización parcial. A partir de este cambio legal, los desplazamientos forzados estarán circunscritos dentro de las fronteras del Estado. En este sentido, tal como apunta Singer (2019), distintos mecanismos legislativos, morales y burocráticos siguen restringiendo el derecho de las mujeres al aborto en su lugar de residencia. En una clínica de Madrid, Pilar se ve interrogada sobre los motivos para realizar la IVE. Ella responde que no había planificado ser madre en ese momento y que llevar el embarazo a término condicionaría su futuro. En este relato se percibe la maternidad como un proyecto y, a la vez, un obstáculo en su incipiente vida profesional. Pilar tenía entonces 24 años y cinco semanas de gestación. La informante individualiza y corporaliza el embarazo diciendo «me quedé embarazada», pero al mismo tiempo pluraliza en «abortamos» para indicar que lo vivió como una decisión compartida con su pareja.

En este contexto sociosanitario, Pilar asume un rol pasivo como paciente en esa relación desigual con el poder biomédico que, en este caso, opera desde el trato

deshumanizado: «Yo no dilataba... soy muy estrecha de caderas y me dolía. El médico me dijo: “De veras, éstas del norte que son tan fuertes, luego aquí, en privado, se quejan”. No dije más ni mu. Yo soy del norte, tengo que ser fuerte» (E05: Pilar, 52 años). En este relato identificamos cómo el discurso experto evoca estereotipos culturales y étnicos sobre las mujeres, que se pueden entender, en su dimensión simbólica, como prácticas de «violencia obstétrica» encarnada en el lenguaje y, en su dimensión estructural, como dinámicas institucionalizadas propias del sistema de salud y género (Martínez-Manrique, 2021). En consecuencia, el aborto lo realiza en secreto, con sus propios recursos económicos y el apoyo de redes informales de confianza. Pilar aprecia la complicidad de su pareja y de su prima. Sin embargo, le oculta el embarazo y la decisión de abortar a su madre, comenta que por vergüenza o para evitar su desaprobación. Reporta que sintió miedo por sentirse juzgada y por el efecto coercitivo del qué dirán. Recuerda que en esa clínica de Madrid se manifestaban grupos antiabortistas ejerciendo presión sobre las mujeres que quieren interrumpir la gestación y con cierta repercusión en los medios de comunicación.

En Madrid también abortó Rebeca a los 21 años, en 1986. Vivía con su pareja a quien había seguido en una emigración por motivos laborales desde una comunidad autónoma distante. Seguía un tratamiento por una dolencia crónica de tipo neurológico y notó malestar adicional. Acudió al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y califica como muy liberal al médico que la atendió en aquella primera consulta. Indica que el facultativo le recomendó no continuar con el embarazo, dado que resultaba un riesgo para su salud. No obstante, por alguna razón quiso buscar una segunda opinión y optó por visitar un servicio médico privado. Resultó encontrarse con un objetor de conciencia del Opus Dei, sin ella saberlo, y recuerda la visita como una experiencia muy desagradable, donde se sintió sometida a juicio y culpabilizada. Finalmente, acude al único Centro de Atención a la Mujer de referencia sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en Pamplona-Iruñea en aquel momento y ahí se asesora para tomar la decisión de abortar¹⁹. Para ello tendría que viajar a Madrid. Tras un periplo emocionalmente costoso por los servicios de atención médica, Rebeca resuelve viajar sola a Madrid, dado que su pareja tenía obligaciones laborales. Indica que fue un trance en su vida que lo recordará desde el horror. Dice haberlo superado porque pudo tomar la decisión de hacerlo siendo consciente de que no era la única mujer que se había enfrentado a ello. Puede considerarse que aparece el significado político en el acceso a un derecho: «Fui a Madrid a una clínica y tuve un aborto. Practiqué un aborto y lo hice libremente. Pienso mucho en ello. Es un momento horrible. No me importó en ese momento, pero sí que lo voy a recordar toda mi vida» (E18: Rebeca, 50 años).

¹⁸ Las normas éticas en el tratamiento y protección de datos se han considerado por respeto a la intimidad de las informantes. Esto implica el uso de siglas (letra más número) y nombres ficticios que acompañan a las citas literales en cada *verbatim*.

¹⁹ *Andraize* es hoy un Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del sistema público de salud de Navarra. Nació en 1978 como una iniciativa vecinal para dar voz a las mujeres. Desde la década de 1980, se reconoce como referente feminista en derechos sexuales y reproductivos. Por esta labor sus profesionales fueron objeto de reiteradas amenazas y severos ataques por parte de grupos de presión antiabortistas.

La informante comprende que la experiencia del aborto es un trance que afecta tanto en lo físico como en lo emocional y, sobre todo, una de las consecuencias posaborto es el miedo y la desconfianza a cualquier método anticonceptivo. Destacamos como un dato relevante que estas percepciones y sentimientos tras la vivencia del aborto se repiten en cada una de las mujeres entrevistadas que han pasado por esta experiencia. Se aprecia, además, en lo que reportan Rebeca y Lola una cierta idealización de la figura del padre en sus parejas, ilustrando con ello la construcción sociocultural del «deseo de paternidad».

En definitiva, estos relatos revelan que las prácticas del aborto, en el contexto estudiado, eran el resultado de una decisión libremente elegida, que implicaba un viaje forzado, utilizando los propios recursos económicos, con el apoyo de redes informales y en secreto. Asimismo, se detecta el poder dominante del discurso biomédico sobre las experiencias del aborto voluntario.

5. Entre las biotecnologías y la adopción: posibilidades y límites

Ahora veremos cómo la búsqueda de la maternidad, entre las posibilidades que prometen las tecnologías reproductivas y la adopción, es el inicio de un camino denso y significativo en el que la percepción del tiempo, la vivencia de la sexualidad, la relación de pareja y las emociones en la vida cotidiana se hallan totalmente alteradas. Además, nos interesa profundizar en los sentidos y límites que otorgan las informantes a las TRHMA y las incertidumbres burocráticas que viven en los procesos de adopción monoparental.

Una vez pasada la experiencia del aborto en Londres y superado el «mal rollo», Lola conoce a otra persona a los 37 años, conviven más de dos décadas hasta que enferma su compañero y fallece. Aunque nunca habían querido tener descendencia con otras parejas, pensaron en la posibilidad de «tener hijos». Lola recuerda que «él cantaba por la mañana en casa, se le oía cantar de la alegría», mientras ella intuía «vamos a probar porque es el último momento». Así pues, como el embarazo no llegaba, ella decide hacerse las primeras pruebas diagnósticas y él no quiere repetir las. Aparentemente no había problemas de infertilidad, pero no logran la gestación. Debían continuar con el proceso hormonal y antes de empezar, ella decide finalizar ese proceso que describe: «Tan loco. [...] Era demasiado para mí, demasiado, demasiado obsesivo» (E25: Lola, 65 años).

Tampoco Leire quiere continuar, después de acceder a las primeras pruebas en un centro de fertilidad por el deseo de su pareja: «Quiere ser aita²⁰. Pero tampoco, tiene tantas cosas en la cabeza». En esta frase se desprende tanto el «deseo de paternidad» como sus ambivalencias. Leire sostiene que, por su edad, los tratamientos de reproducción asistida no son reconocidos en la Seguridad Social y, por tal motivo, «no me voy a meter en esa embarcada, o sea, yo no lo deseo y él no ha insistido, ya sabe qué edad tengo y no ha insistido». Para la clínica privada de fertilidad, según los resulta-

dos de las analíticas, tenía muchas posibilidades para engendrar. En consecuencia, Leire entiende que «tampoco es una decisión de no tener, porque si hubiera sido gratis, igual lo hubiera hecho. Pero, pensando siempre que no me iba a quedar embarazada» [*Risas*] (E02: Leire, 41 años).

Como se menciona, los procesos de reproducción humana médicamente asistida en España están gestionados por la medicina privada, y el acceso a los tratamientos en la Seguridad Social está muy restringido (Fitó, 2010). Pilar, tras el aborto voluntario a los 24 años en pareja heterosexual, comienza a imaginarse la maternidad en solitario a finales de la treintena, en tanto que «hoy día la tecnología te permite ser madre sin tener pareja. [...] Y empecé a plantearme la inseminación artificial. Con 38 años todavía crees que... pero las mujeres tenemos “fecha de caducidad”, tenemos un “reloj biológico” que te marca» (E05: Pilar, 52 años).

Del mismo modo, Lucía llevaba muchos años sin pareja. Ante la presión del reloj social «se te va a pasar el arroz» y la premura del reloj biológico, se planteó que «podría ser madre soltera». En aquel momento, el tema de la edad le preocupaba mucho y averiguó el coste de los procesos de inseminación. Aquí, el recurso de las biotecnologías entra en juego cuando se produce un desfase entre el tiempo biológico y el tiempo social, esto es, entre el ritmo de la biología y la biografía. En otras palabras, el tiempo biológico del cuerpo de las mujeres no coincide muchas veces con el tiempo social relacionado con la cultura y el proceso de emancipación, es decir, se produce un desajuste entre biología y biografía en el tránsito de la vida (Bestard, Orobítg, Ribot *et al.*, 2003; Fitó, 2010; Smietniansky, 2019). No obstante, a pesar de reunir algunas condiciones materiales para la procreación como la estabilidad en el trabajo y una vivienda en propiedad «con dos habitaciones», Lucía no se atrevió a enfrentarse al embarazo en solitario y apunta: «No tenía el valor, me dio vértigo». Simultáneamente fantaseaba con la adopción y respondía a la insistencia de su madre y hermana: «No os preocupéis que ya adoptaré. Además, voy a traer la niña a esta familia, voy a traer a una china», y le decían «la china ya va tarde». Con respecto a la maternidad, Lucía reflexiona: «Yo creo que he elegido no ser, queriendo, o sea, como queriendo serlo pero que he elegido realmente no ser. Tengo esa sensación. No sé, no algo muy pensado ni por filosofía porque yo quería y me ha movido muchos sentimientos» (E13: Lucía, 43 años).

Los temores a la maternidad en solitario también son expresados por Pilar; pensando en la prevalencia de los derechos de la infancia, ella manifiesta duda ante una supuesta pregunta que le pueda interpelar en la adolescencia: «Y tú, ¿qué derecho tienes por cumplir tu deseo y traerme a mí al mundo sin padre?». La informante considera que, en ese momento, es una decisión muy personal y en el futuro serán dos personas implicadas: «Pues, la vida es así, [continúa el relato] también mi madre y mi padre me trajeron al mundo, y mi padre se murió». Cuando Pilar venció ciertas ambivalencias, en 2001 decide iniciar el proceso de inseminación artificial a los 40 años acompañada por su madre y su hermano, aunque su madre no comprendía aquella situación y le decía: «Hija mía, ¿dónde te vas a meter?». Finalmente, han sido tres inseminaciones frustradas y cuando le

²⁰ «Aita» significa padre en euskara.

plantean continuar con la fecundación *in vitro* en la clínica privada, ella desiste la búsqueda de la maternidad porque le ocasiona más miedo. Así lo explica: «La inseminación artificial es muy sencilla, es prácticamente como una unión sexual, solo que en vez de con un chico y un pene, lo haces a través de una sonda, es un esperma de una persona. Pero, la fecundación *in vitro* es una operación, o sea, fuerzas mucho más la naturaleza» (E05: Pilar, 52 años).

En esta narración se relaciona la maternidad con la naturaleza, y los tratamientos de reproducción asistida se perciben como procesos antinaturales, una intervención humana artificial que intenta sustituir o subsanar los obstáculos de la naturaleza. En este sentido, debe recordarse que a principios del siglo XX se inicia la medicalización de la procreación, aunque las primeras inseminaciones artificiales se remontan casi a dos siglos atrás, como indica Stolcke (2018 [1987]), por la simplicidad de la técnica que consiste en depositar el semen de un hombre en la vagina de una mujer imitando, de cierto modo, al coito heterosexual (Imaz, 2018). A mediados del siglo XX, con el comienzo de la fecundación *in vitro* se produce una ruptura entre sexualidad, conyugalidad heterosexual y procreación, donde la práctica del coito se convierte en una práctica más de laboratorio, multiplicándose las opciones de manipulación biomédica. Así pues, la tecnología se confronta a la complejidad de los cuerpos y, de alguna manera, ayuda a la naturaleza (Bestard, Orbit, Ribot *et al.*, 2003).

Sin embargo, Pilar no está de acuerdo con las alteraciones en su corporalidad ni quiere seguir forzando la naturaleza y afirma: «Si lo he hecho tres veces y no ha venido, igual es que no tiene que ser». Asimismo, otra informante, recuerda que al año de no quedarse embarazada comienza a hacerse los estudios en una clínica de Barcelona. Según el diagnóstico médico, el problema lo tenía su pareja, tenía un problema de espermias «poquitos, malos y vagos». En este caso, el tratamiento hormonal recae en el cuerpo masculino y luego proceden a la inseminación artificial, así lo revive Montse: «Una vez y nada, no me quedé. Pues, me empecé a obsesionar, quería un poquito más. Pasar esto, es una situación durilla y, además, tiene que ser de mutuo acuerdo porque si ves que la otra persona tampoco está muy motivada, desanima mucho. Entonces, al no quedarme embarazada la primera vez, quería otra segunda» (E23: Montse, 53 años).

De este relato se puede interpretar que la informante desea continuar con la búsqueda de la maternidad. Sin embargo, su pareja no parece tan convencido en volver a pasar por el mismo proceso, reporta que empezó a poner trabas y alude a la pereza. Aquella situación desanimó a Montse y siente que la frenó: «La verdad es que tiré la toalla muy pronto porque no lo veía a él muy motivado». Y piensa: «¿Para qué voy a tener un hijo con una persona que no quiere?». En aquel momento pasaron una crisis y la crisis se superó con diálogo y discusiones. Ella no insistió y se acabó la búsqueda de la gestación. Con el paso del tiempo intenta comprender esa búsqueda truncada: «Bueno, mira, es lo que me ha tocado. Es lo que tengo, tengo que aceptarlo. [...] ¿Para qué voy a obligarlo? Tampoco es cuestión de presionarlo. [...] Él no quiso y desistió» (E23: Montse, 53 años). En estas palabras se manifiesta el «duelo de la no-ma-

ternidad» y cierto límite a las TRHMA porque Montse tampoco quería obsesionarse como una amiga que «se conocía su cuerpo, sabía cuándo... era un libro, era tal la obsesión de ella» que a tal situación no quería llegar la informante. Mientras tanto, ni siquiera pensaba en la adopción como una alternativa, no entraba en los referentes culturales de la ideología del parentesco de su pareja.

La duda también aparece, entre las biotecnologías y la adopción, en parejas lesbianas que tienen «el derecho a ser madre, aunque el tipo de relaciones afectivo-sexuales queden fuera de la sexualidad reproductiva» (Imaz, 2016: 416). Una de las entrevistadas narra sus ambivalencias respecto a la lesbomaternidad: «yo decía que sí, pero luego no... iba y venía». Sus palabras expresan el debate y, en parte, el conflicto sobre cómo y cuándo afrontar la maternidad en situación de precariedad laboral y pareja homosexual: «Hay que esperar... Luego, es mejor jóvenes. Joder, ¿y cómo hacemos?». De esta manera, Brenda y su compañera fueron verbalizando la idea de la maternidad con gente conocida y amigas, se asesoraron con una abogada y pensaron en distintas alternativas como la adopción o la inseminación artificial. La entrevistada reconoce la mayor accesibilidad a las TRHMA, que se vincula con las modificaciones legislativas que acontecen en España²¹ (Imaz, 2016), aunque en su discurso se advierte que las nuevas formas de reproducción son altamente estratificadas y un privilegio de clase social (Marre, 2009). Como indica la informante: «La inseminación ahora va siendo más fácil, pero siempre ha tenido un precio muy alto. Y luego dices, con estos salarios y estos trabajos, pues no vamos a llegar». Y con respecto al proceso de adopción sostiene que: «Tampoco damos el perfil, las cosas como son. Aunque por ley se diga, pero la prioridad es el menor» (E31: Brenda, 42 años). Al final, fue pasando el tiempo y la pareja se disolvió antes de concretar el proyecto lesboparental. En este sentido, Brenda interpreta que ella no quería ser madre y tras la ruptura de la pareja: «Volví a mi base, a mi ser. Y es que no, no quiero porque no me veo. Me encantan los momentos cuando los llevas al cole. Pero digo, yo nunca he cambiado un pañal ni he cuidado de ningún bebé. Entonces fue como... me aclaré» (E31: Brenda, 42 años).

Por su parte, Fiona recuerda que desde la infancia quería ser madre y ante el deseo de su hermana de ser tía, empezó con locura la búsqueda de la maternidad. Uno, dos y tres hijos imaginaba tener en pareja heterosexual y lo intentaron durante años. Sin embargo, agradece que esos intentos la impulsaron a reflexionar: «El no quedarme embarazada, me llevó a redescubrirme. No ser madre, me ha hecho mejor persona. Porque si no lo hubiera intentado, nunca habría hecho este viaje» (E19: Fiona, 45 años). Durante la búsqueda de la maternidad y, simultáneamente, el redescubrimiento de sí misma, la informante escuchaba que la gente le decía: «Vete a un centro de inseminación». Y ella argumenta: «Un momento, no quiero pasar por eso, no estoy dis-

²¹ Los cambios legislativos más relevantes en España para el acceso a la lesbomaternidad son: las leyes sobre TRHMA (1988; 2006) que permiten el acceso a mujeres con independencia de su estado civil y orientación sexual, así como la ley (2005) en materia de derecho a contraer matrimonio entre personas del mismo sexo.

puesta a someter mi cuerpo a esas bombas hormonales». En este sentido, la autonomía reproductiva se materializa en la decisión propia de rechazar las TRHMA y, en este sentido, la entrevistada añade: «Empecé a estudiar mi ciclo menstrual, mi cuerpo, descubrir todo lo que hay detrás, cómo está ligado a las emociones y cómo funciona, todo lo escribimos en un libro, mis hermanas y yo» (E19: Fiona, 45 años). Esta narración nos permite pensar el ejercicio de la no-maternidad desde la potencialidad y la creatividad que se expresa en palabras, nuevos proyectos y vínculos.

Otras mujeres llegan más allá con las TRHMA hasta que un día, por distintas motivaciones y condiciones biopsicosociales, deciden interrumpir voluntariamente los procesos de reproducción asistida e intentan redefinir y resignificar su biografía. En este sentido, Nuria nos relata su larga y constante búsqueda de la maternidad que atraviesa por distintas fases. En primer lugar, intenta la gestación natural en pareja heterosexual; tras la ruptura de la relación se plantea como segunda opción la maternidad en solitario a través de las TRHMA (inseminación con donante y fecundación *in vitro*). Al tiempo, como tercera alternativa, inicia los trámites para la adopción internacional cuando percibe que es inviable la gestación con tecnologías reproductivas. Luego, en una nueva relación de pareja heterosexual, la ovodonación aparece como la técnica más eficaz para lograr la gestación y, por último, la denegación de la idoneidad para la adopción nacional significó el fin del sueño de la maternidad.

Nuria es comadrona y una «estudiosa de la maternidad» por su profesión. Con más de 35 años, le confiesa sus «deseos maternos» a la pareja de entonces que era médico y abandona la anticoncepción. Como ella quiere ser madre, no podía continuar «tomando pastillas». Así pues, se queda embarazada dos veces y las dos veces la sorprende un aborto natural o espontáneo. Al poco tiempo, la relación de pareja se disuelve. A partir de ese momento, empieza a pensar en la maternidad en solitario y recurre a una médica-ginecóloga que conocía del Servicio de Esterilidad, uno de los servicios por el que ella había rotado durante las prácticas como estudiante. Desde ese lugar, observó y aprendió cómo se realizan los procesos de reproducción humana médicamente asistida a partir del saber médico-científico y le dijo: «Vendré a verte, si no encuentro pareja». Al tiempo, casi a los 38 años, regresa e intenta la búsqueda de la gestación mediante la inseminación artificial con donante (IAD) y, a la tercera inseminación, «súper feliz» porque logra el embarazo. Sin embargo, en la octava semana de gestación, sufre otro aborto espontáneo, y le «dolió bastante» porque se enfrentaba por primera vez sin pareja a ese momento tan triste. Continúa la búsqueda de la maternidad a través de la fecundación *in vitro* (FIV), como le propone la ginecóloga para valorar la calidad de sus óvulos. La informante empieza a pincharse las hormonas y advierte: «Veía que a mis ovarios ya les costaba. Al final, hicimos la FIV, pero no me quedé embarazada. Fue un gran desgaste físico, emocional y económico» (E20: Nuria, 51 años). En este contexto de medicina privada, la única ventaja que menciona Nuria es la medicación recetada por la ginecóloga que es subvencionada por la Seguridad Social.

En aquel momento, como intuía las dificultades reproductivas a pesar del recurso de las biotecnologías, la entrevistada empieza a gestionar los papeles para la adopción internacional por la vía monoparental. Otra aventura ardua llena de obstáculos: «Elegí un país que se cerró... no cumplía las leyes, las leyes del país eran bastante turbias y se cerró. Estuve tres, cuatro o más años, esperando» (E20: Nuria, 51 años). Durante este tiempo de espera, Nuria se reencuentra con un amigo, «un rollete» de la juventud, que recientemente se había separado de su mujer. Ella desconocía su «faceta de padre» y, como estaba con las hormonas revueltas, dice que se enamoró y empezaron una relación. Su nueva pareja sabía que ella estaba en proceso de adopción monoparental y, además, hacía tiempo que no tomaba anticonceptivos. Nuria se ilusiona nuevamente con la posibilidad de concretar su «deseo de maternidad». Al año de intentarlo sin éxito, le consulta a su médica quien le propone en este caso realizar una ovodonación, dada su edad y los resultados anteriores. Entonces, con el semen de su actual pareja y los óvulos de una donante joven realizan la FIV, se queda embarazada y, como otras veces, padece otro aborto espontáneo. Aquí, la entrevistada expresa que se hunde: «Claro, lo habíamos hecho de todas las maneras, con mis óvulos, con otros óvulos y en buenas condiciones. La verdad, fue durilla toda esta época» (E20: Nuria, 51 años).

Estos relatos nos recuerdan que el mero uso de las TRHMA no garantiza su viabilidad y, a veces, como lo revelan las experiencias de Pilar, Montse y Nuria, no se obtiene el «producto» esperado (Grau, 2016: 77). En este sentido, los distintos tratamientos reproductivos se viven como un proceso de ciclos y posibilidades que, a lo largo de los años, se convierte en una carrera de obstáculos donde es muy difícil pensar un límite y poner punto final (Bestard, Orobítg, Ribot *et al.*, 2003: 119). En otras palabras, detener y finalizar los tratamientos con las TRHMA implica acabar con el sueño de la maternidad y aceptar la ineficacia o el fracaso de tal proceso (Ayala, Leyra y Cubillos, 2020). Como dice una de las entrevistadas: «¡Basta para mí! ¡Hasta aquí!».

6. Abortar desde la autonomía: conocimiento y desinformación

Los relatos de Sara e Isabel en este apartado ilustran que, en las últimas décadas, a pesar de conocer más de su sexualidad y (no)reproducción, se acusa cierta desinformación sobre el procedimiento para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Además, veremos cómo tras la experiencia del aborto voluntario las informantes negocian con sus parejas y se replantean las prácticas anticonceptivas. Parte de la garantía en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos emana de la responsabilidad de las administraciones del Estado en proveer información y asesoramiento específicos.

Sara se quedó embarazada de modo imprevisto durante un episodio depresivo. Ella recuerda cómo los temores a quedarse embarazada eran recurrentes siendo adolescente. Su relación de pareja no la consideraba formal o acorde a la tradición cultural de su contexto. Afirma haber utilizado siempre preservativo, como método de barrera, en sus relaciones sexuales, y destaca

en su relato que esperaba con deseo cumplir los 18 años, la mayoría de edad, para poder ejercer el derecho al aborto en caso de necesitarlo.

En el 2000, cuando Sara tenía 21 años abortó en su ciudad sin necesidad de viajar al extranjero o a otra ciudad de España. En aquel momento, estaba estudiando un máster de sexualidad. Por ello, considera que tenía conocimientos suficientes y, además, participaba en una nutrida red de apoyo informal. No obstante, hace alusión a que le preocupaba la intervención médica en su cuerpo y sentía temores de que algo saliera mal. Clarifica que no ha sentido culpa por la decisión de interrumpir el embarazo: «Nunca en mi vida me he sentido mal por abortar». Sin embargo, este trance supone un hito decisivo en su vida. Al igual que indican otras informantes recurrentemente, Sara afirma que después de esta experiencia reforzó los métodos anticonceptivos de modo muy consciente, y siempre tuvo temores de quedarse embarazada porque no quería repetir la práctica del aborto que afectaba a todo su cuerpo. Del mismo modo, Lola y Rebeca manifestaron estos temores.

Sara continúa la narración enunciando que, en 2014 y junto con la misma pareja desde la juventud, se replantearon la anticoncepción como un tema, no conflictivo pero sí de reflexión y negociación: «Estaba muy harta. El condón a mí me da alergia, la píldora es lo peor y estoy cansada de que sea siempre yo la que cargue la situación... estamos haciendo de mi cuerpo y que pase por situaciones que no quiero pasar» (E24: Sara, 36 años).

Ella es consciente de que no quiere ser la única que lleve la carga del control de la sexualidad. A partir de esa conversación, ambos decidieron que él se hiciera practicar una vasectomía, algo que ya habían pensado tiempo atrás. Ese momento significó otro hito muy importante en la vida de Sara, porque tenía que aceptar la esterilización voluntaria de su pareja y, a su vez, atravesar el «duelo de la no-maternidad». No obstante, en su relato no habla sobre la posibilidad de reversibilidad de aquella operación.

En el contexto de la Unión Europea, donde se garantiza el acceso universal a los métodos anticonceptivos, tiende a asumirse el «proyecto parental» (Boltanski, 2016) como algo planificado y responsable a través de una norma anticonceptiva que se manifiesta en dos dimensiones: 1) el deber del uso de anticonceptivos para evitar el embarazo que permite, como hemos mencionado, disociar sexualidad y reproducción; 2) la necesidad de adaptar el método según el ciclo de vida, por ejemplo: el preservativo para principiantes o relaciones ocasionales, la píldora cuando la pareja se estabiliza y el DIU (Dispositivo Intrauterino) cuando se forma la familia (Bajos y Ferrand, 2006).

En España, el Ministerio de Sanidad autorizó en 2009 la venta de la píldora del día después como método anticonceptivo sin necesidad de receta médica. Por primera vez desde la legalización del aborto, se redujo el número de IVEs en torno al 3%. Al año siguiente entraría en vigor la «ley de plazos» que otorga únicamente a las mujeres la decisión del aborto, como sujeto de derechos, y debe garantizarse el mismo sin someterlas a procedimientos complicados, con obstáculos de autorizaciones, certificados y permisos que denoten formas de tutela o sospecha en sus decisiones (Casado, 2014).

Sin embargo, el Partido Popular (PP) presentó un recurso contra esta ley ante el Tribunal Constitucional y en su programa electoral, para las elecciones de 2011, proponía modificaciones a la ley del aborto actualmente vigente. En 2013, el entonces ministro de Justicia Alberto Ruiz-Gallardón presentó un anteproyecto titulado «Ley de Protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada» y, en ese momento, el Gobierno lo justificó como un compromiso electoral, desviando la atención de otros problemas y complaciendo intereses de la Iglesia católica, clínicas privadas y organizaciones provida. En este escenario político, de relanzamiento de valores ultraconservadores, como indica Casado (2014: 6), se inscribe la «propuesta Gallardón» para modificar la regulación del aborto e introducir cambios simbólicos que implicarían un retroceso en la autonomía reproductiva de las mujeres.

El anteproyecto planteaba derogar la ley de 2010, que suponía revertir el sistema mixto de plazos e indicaciones al sistema basado exclusivamente de indicaciones, lo cual tendría un carácter aún más restrictivo que la ley de 1985, ya que anularía el supuesto de indicación eugenésica. En primer lugar, la supresión de los plazos limita el ejercicio de autonomía de las mujeres sometiendo a la intervención de expertos –de la medicina, la psicología o el trabajo social– las decisiones sobre su propio cuerpo. En segundo lugar, la eliminación del supuesto «malformaciones del feto» supone ignorar el sistema de derechos y valores de la ciudadanía y desmarcarse del derecho comparado más próximo, pues los Estados de la Unión Europea admiten en sus legislaciones la indicación eugenésica. Y, en tercer lugar, los requisitos de información, procedimientos y acceso a la prestación constituyen en la práctica grandes obstáculos para abortar legalmente según los dos supuestos que el anteproyecto considera despenalizados. Así pues, en cuanto al debate de las menores, crear mecanismos que requieran siempre el consentimiento de sus progenitores o tutores, obstaculiza aún más el acceso a la interrupción del embarazo. En fin, estos procedimientos son estigmatizadores para las menores y contrarios al «superior interés del menor» que debe amparar la legislación en todos los casos (Casado, 2014: 13-17).

Como protesta a este anteproyecto de ley, se organizó en Madrid una masiva manifestación el 1 de febrero de 2014 denominada «El tren de la libertad» que aglutinaba grupos feministas, organizaciones de mujeres, y asociaciones implicadas en la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos. Además, contaba con el apoyo de los partidos políticos de la oposición y sindicatos. La idea de esta manifestación surgió en Asturias, siguiendo los pasos de los mineros, de hacer una marcha hasta Madrid, pero finalmente se concretó la idea del tren. Así pues, a la convocatoria de esta marcha en tren de Asturias a Madrid, se fueron sumando más vagones desde otras ciudades de España, tuvo repercusiones en diferentes capitales europeas y eco en América Latina, donde también se realizaron manifestaciones²².

²² Esta iniciativa de movilizaciones en contra de la «propuesta Gallardón» que pretendía modificar la ley del aborto de 2010, queda reflejada en el documental colectivo: *Yo decido. El Tren de la Libertad* (2014) filmado por más de 80 cineastas. <https://vimeo.com/423913020>

En consecuencia, el debate parlamentario fue suspendido y el entonces presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, confirmó la retirada del anteproyecto por la falta de consenso y, ese mismo día, el ministro de Justicia anunció su dimisión. En 2015 se modifica la ley del aborto de 2010 y, a partir de entonces, se exige la autorización de padres o tutores para la interrupción del embarazo en mujeres de 16 y 17 años (Cornejo-Valle y Pichardo, 2017). A pesar de estas limitaciones, no debemos olvidar que otras propuestas políticas restrictivas sobre el aborto no siempre han sido detenidas o suprimidas por demanda de la ciudadanía. Por ejemplo, en Rusia, Eslovaquia y Hungría han introducido nuevas restricciones, incluida la orientación pre-aborto obligatoria y el tiempo de espera para el procedimiento. Actualmente, tanto en Europa como en América Latina²³, las tensiones en torno al aborto continúan aumentando, bajo gobiernos progresistas y conservadores, el tema de la reproducción en la agenda política es clave en la «gobernanza del aborto» (De Zordo, Mishtal y Anton, 2017).

Otra de las entrevistadas tenía muy claro que iba a abortar. Isabel indica que tenía problemas con el ciclo menstrual y, en una consulta médica, la ginecóloga le preguntó si deseaba ser madre. Reporta que respondió negativamente sin dudar. Evoca el discurso de la doctora: «Si quieres ser madre te va a costar mucho porque tienes los ovarios muy lentos». Isabel manifiesta que, tras escuchar esa opinión médica, ella y su pareja relajaron la vigilancia anticonceptiva. Ese mismo mes en 2016, se quedó embarazada a los 39 años. Notó ciertos síntomas con desagrado y afirma que no deseaba lo que estaba experimentando corporalmente. Esto es algo que también indicaron otras informantes como Rebeca: «Me pasa algo... Las semanas que lo tuve dentro, era que me saquen esto, no lo quiero, mi cuerpo está cambiando y no me gusta. [...] Sentía mi cuerpo distinto, raro. No me encontraba a mí misma» (E35: Isabel, 41 años).

Esto le sucedió en 2016 y, en aquel momento, estaba muy nerviosa porque quería abortar, pero no sabía cómo era el procedimiento para acceder a la IVE. Así lo expresa: «No sé lo que tengo que hacer». En ese instante de confusión, busca información por Internet sobre las clínicas privadas que subvencionan la Comunidad de Madrid y encuentra varias referencias. Llama a una de ellas y le citan en los días siguientes. Acude acompañada por su pareja, quien, dice, se había implicado en todo el proceso. Una psicóloga le explica que por ley debía demorar su decisión dos o tres días de reflexión. Opta por la modalidad de aborto farmacológico que no resulta efectivo y vuelve a la clínica para la realización de un legrado²⁴.

Como paso previo a la intervención médica, recuerda que una auxiliar administrativa le interroga acerca del número de embarazos y el número de abortos experimen-

tados previamente. Isabel recuerda esta situación como una amenaza a la intimidad que no esperaba. Esta fase del proceso ejemplifica cómo la Administración pública actúa como sistema experto dentro del cual las retóricas y prácticas que despliegan las distintas instancias implicadas van a generar mecanismos de control sobre los comportamientos reproductivos de las personas.

Isabel recuerda, como Pilar, que en la puerta de la clínica siempre se manifestaban grupos antiabortistas provida invadiendo la intimidad de las mujeres en el acceso a una prestación sanitaria garantizada por ley. A pesar de que no tenía dudas sobre la decisión de abortar, este proceso lo vivió con sentimientos ambivalentes. Por un lado, esas acciones tenían éxito en hacer aflorar culpa y vergüenza. Pero, por otro, despuntaba el sentimiento de compromiso político por el cambio. Este sentido político de la acción también aparecía en el caso de Rebeca. En todo caso, el secreto prevalece por cuanto ella no trata este tema en su ámbito laboral. Considera que se había tratado de una decisión personal sujeta al «derecho a la intimidad». Sin embargo, sí comparte esta experiencia con sus hermanas, sus padres y amigas de confianza. Indica que, de modo distinto, su pareja opta por el silencio ante sus padres. Tras la experiencia del aborto, Isabel quiere disfrutar de su cuerpo y su sexualidad de otra manera. Por tanto, como consecuencia del aborto y el no-deseo de maternidad, con su pareja empiezan a pensar en la vasectomía como opción ayudados por experiencias previas de amigos de su entorno cercano.

En resumen, los relatos de Sara e Isabel muestran que las prácticas del aborto desde la autonomía son producto de un proceso de conocimiento y deliberación íntima, en un contexto social y político donde está garantizado el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, apreciamos que la información disponible desde las campañas institucionales sigue enfocando a las mujeres como diana a la hora de regular la planificación reproductiva. Además, ambas informantes han abortado en una clínica privada o concertada, como en el 85% de las prácticas de aborto que se registraron en España durante 2019 (Ministerio de Sanidad, 2021). Finalmente, para el caso de estas dos mujeres acontece algo que puede ser frecuente: surge la decisión firme sobre la vasectomía en la pareja solo tras el aborto, como una opción *in extremis* y agotada una diversidad de estrategias anticonceptivas centradas en el control del cuerpo de las mujeres.

7. Conclusiones

En este artículo se han analizado los avances en la autonomía reproductiva de las mujeres, en torno a las prácticas anticonceptivas y del aborto, los límites en los tratamientos con TRHMA y las incertidumbres burocráticas en los procesos de adopción, que hemos definido como interrupciones reproductivas y, simultáneamente, son resultantes del ejercicio de la no-maternidad. En el período estudiado, desde finales de la década de 1970 hasta 2020, se demuestra que los mecanismos de biopoder del Estado y los discursos expertos moldean las biografías de las mujeres en la vivencia de la sexualidad y (no)reproducción. En este sentido, hemos constatado

²³ Véase la contribución del movimiento feminista en defensa de los derechos sexuales y reproductivos y, en concreto, la reivindicación del derecho al aborto como eje de discusión en la agenda política de México y Argentina (Daich y Tarducci, 2018; Lamas, 1997).

²⁴ El aborto farmacológico o químico se realiza con medicamentos para conseguir de modo espontáneo la IVE. Es practicable hasta las nueve semanas de gestación y se considera menos invasivo que el aborto quirúrgico, como puede ser el realizado por aspiración o por curetaje o legrado.

que la gobernanza reproductiva juega un papel fundamental en definir, gestionar e informar sobre las denominadas viejas tecnologías como la anticoncepción y el aborto, las nuevas tecnologías de reproducción asistida y las tecnologías administrativas en los procesos de adopción. Asimismo, hemos interpretado distintas prácticas de resistencias y disidencias frente a la biopolítica de la maternidad.

En los relatos biográficos hemos explorado las transformaciones de las prácticas del aborto desde el exilio a la demanda subjetiva. Sus experiencias ilustran un proceso de cambio político, legislativo y moral en España que ha visto transitar al aborto de la despenalización a la garantía de acceso como derecho sanitario. En este tránsito se constata la hegemonía del discurso biomédico sobre las decisiones que afectan al cuerpo de estas mujeres y, por otro lado, la presión de los grupos antiabortistas que perpetúan la ideología de la criminalización. Además, desde 1970 hasta la última década, se han observado distintas reivindicaciones del movimiento feminista y de mujeres por el derecho al aborto y la autonomía reproductiva. En 1979 las iniciativas de protesta surgidas en Euskadi por los juicios a «Las 11 de Basauri» y, a comienzos de la década de 1980, en Andalucía por los juicios de «Los Naranjos» marcaron un antecedente fundamental para la regulación del aborto en España. En 2014 la masiva manifestación denominada «El tren de la libertad» en contra de la propuesta de Gallardón que pretendía restringir el acceso al aborto, significó anular las políticas restrictivas en el ámbito de los derechos reproductivos por demanda de la ciudadanía.

Hemos identificado también en las narraciones de algunas mujeres que, como Lola y Pilar, han vivido la experiencia del aborto en el exilio y, en años posteriores, tras la premura del reloj biológico, intentan la búsqueda de la maternidad con las TRHMA. Estas biografías nos demuestran que los deseos, las prioridades y las decisiones (no)reproductivas de las mujeres cambian a lo largo de su trayectoria vital según las condiciones biopsicosociales y motivaciones personales. Así pues,

estas mujeres recurren a las biotecnologías y a la adopción como estrategias reproductivas durante la búsqueda de la maternidad en pareja heterosexual, en solitario o pareja homosexual. Lola y Leire recuerdan que han pasado por distintas pruebas diagnósticas y controles de ginecología. Pilar, Montse y Nuria han intentado la gestación con distintos tratamientos de reproducción asistida como la inseminación artificial del cónyuge (IAC), la inseminación artificial con donante (IAD), la fecundación *in vitro* (FIV) o la FIV con ovodonación (donación de óvulos). Mientras que Lucía, Brenda y Fiona se han negado a las posibilidades que ofrecen las biotecnologías para la reproducción biológica. Sus narraciones expresan los sentidos y límites que otorgan al uso de las TRHMA como una experiencia disruptiva que se inscribe en su propio cuerpo. La renuncia a la maternidad, en el caso de Nuria, revela las incertidumbres burocráticas y el periplo emocional en los procesos de adopción monoparental.

Estas mujeres contestan la maternidad como algo sobrevenido rechazando la vivencia corporal de un embarazo imprevisto y apuestan por desdramatizar la vivencia del aborto, aunque una de sus consecuencias sea el miedo y la desconfianza a cualquier método anticonceptivo. A pesar de que el control sobre la reproducción sigue muy centrado en la intervención sanitaria sobre el cuerpo de las mujeres, las experiencias del aborto desde la autonomía han podido marcar en la vida de estas mujeres un hito, a partir del cual, se materializa el pacto con la pareja heterosexual para la vasectomía, trasladando entonces la intervención al cuerpo del varón.

Por tanto, en este texto, se constata que la construcción de la autonomía reproductiva de las mujeres está permanentemente amenazada por regímenes morales involucionistas. Los avances en la extensión y garantía en el acceso a los derechos reproductivos, lejos de darse por sentados, precisan de una vigilancia y compromiso constantes por parte de los poderes del Estado para promover iniciativas legislativas y monitorizar regulaciones normativas sensibles a la equidad de género en un marco global de justicia reproductiva.

8. Referencias

- Aguilar, Pilar (2014). *Yo decido. El tren de la Libertad* [Documental]. El Deseo. En: <https://vimeo.com/423913020>
- Álvarez Medina, Silvina (2017). “La autonomía reproductiva. Relaciones de género, filiación y justicia”, *RJUAM Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, 35, 145-170. En: <https://revistas.uam.es/revistajuridica/article/view/8902>
- Álvarez Plaza, Consuelo (2015). “Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos”, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70, 2, 469-484. doi: <https://doi.org/10.3989/rdtp.2015.02.008>
- Andaya, Elise y Mounia El Kotni (2018). “Socio-Cultural Approaches to the Anthropology of Reproduction”, *Oxford Bibliographies Online*. doi: <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199766567-0197>
- Arcos, Carol (2018). “Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno”, *Debate Feminista*, 55, 27-58. doi: <https://doi.org/10.22201/cieg.01889478p.2018.55.02>
- Atin, Begoña; Ibáñez, Maite (2019). *Las 11 de Bilbao* [Documental]. New Digital Media Euskadi. En: <https://vimeo.com/321521889>
- Ayala, Ariadna; Leyra, Begoña; Cubillos, Carla (2020). “Nuevas perspectivas para la investigación y la intervención en el ámbito de la reproducción asistida: retos profesionales en clave internacional”, en Ana M. Rivas y Consuelo Álvarez Plaza (eds.), *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones*. Valencia: Tirant lo Blanch, 397-450.
- Bajos, Nathalie; Ferrand, Michèle (2006). “L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative”, *Sociétés contemporaines*, 61, 1, 91-117. doi: <https://doi.org/10.3917/soco.061.0091>
- Berrio, Lina; Singer, Elyse (2016). “La salud sexual y reproductiva: un ámbito de disputa en la construcción de ciudadanía para las mujeres en México”, en Mónica Cejas (Ed.), *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. México: Terracota, 115-144.

- Bestard, Joan; Orobitg, Gemma; Ribot, Júlia *et al.* (2003). *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Blázquez, María Isabel (2005). “Aproximación a la antropología de la reproducción”, *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25.
- Boltanski, Luc (2016). *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid: Ediciones Akal.
- Cadenas, Isabel (2020). «Episodio 3: una placa en mi pueblo». *De eso no se habla* [Podcast]. En: <https://deesonosehabla.com/episodios/episodio-3-una-placa-en-mi-pueblo/>
- Cámara de Comptos de Navarra (2013). *Coste de la interrupción voluntaria del embarazo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*. Gobierno de Navarra.
- Casado, María (2014). “Contra la llamada ‘propuesta Gallardón’ para cambiar la regulación del aborto en España”, *Revista de Bioética y Derecho*, 32, 4-19. doi: <https://doi.org/10.1344/rbd2014.32.10681>
- Colen, Shellee (1995). “‘Like a Mother to Them’: stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York”, en Faye Ginsburg y Rayna Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press, 78-102.
- Collier, Jane; Yanagisako, Sylvia (eds.) (1987). *Gender and Kinship. Essays Toward a Unified Analysis*. Stanford: Stanford University Press.
- Cornejo-Valle, Mónica; Pichardo, Ignacio (2017). “La ‘ideología de género’ frente a los derechos sexuales y reproductivos. El escenario español”, *Cadernos Pagu*, 50. doi: <https://doi.org/10.1590/1809449201700500009>
- Daich, Deborah; Tarducci, Mónica (2018). “Antropólogas feministas por el derecho a decidir. Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en Argentina”, *Publicar-En Antropología y Ciencias Sociales*, 24, 16, 8-26.
- De Zordo, Silvia; Mishtal, Joanna; Anton, Lorena (2017). “A Fragmented Landscape: Abortion Governance and Protest Logics in Europe”, *The American Historical Review*, 122, 3. doi: <https://doi.org/10.1093/ahr/122.3.975b>
- Esteban, Mari Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa.
- Fassin, Didier (2009). “Another Politics of Life is Possible”, *Theory, Culture & Society*, 26, 5, 44-60. doi: <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>
- Fassin, Éric (2002). “La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction”, *Journal des anthropologues*, 88-89, 1, 103-122. doi: <https://doi.org/10.4000/jda.2836>
- Fitó, Carme (2010). *Identidad, cuerpo y parentesco. Etnografía sobre la experiencia de la infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña*. Barcelona: Bellaterra.
- Fonseca, Cláudia (1995). *Caminhos da adoçao*. Sao Paulo: Cortez Editora.
- Foucault, Michel (2002 [1975]). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2007 [1976]). *Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Franklin, Sarah; Ragoné, Helena (1997). *Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gil Paradela, Pedro (1991). *Federica Montseny* [Documental]. Archivo TVE. En: <https://www.rtve.es/play/videos/documentales-en-el-archivo-de-rtve/federica-montseny-29-05-1991/5889585/>
- Ginsburg, Faye; Rapp Rayna (1991). “The Politics of Reproduction”. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>
- (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- González Moreno, Juana María (2017). *La autonomía reproductiva de las mujeres: los límites del Derecho. Un ensayo filosófico jurídico*. Oviedo: Ediciones Trabe.
- Grau, Jorge (2011). “Parentesco, adscripción y crianza. Elaboraciones culturales de la adopción internacional y la circulación de niños”, *Revista de Antropología Social*, 20, 1, 31-54. doi: https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2011.v20.36261
- (2016). *Nuevas formas de familia. Ámbitos emergentes*. Barcelona: Bellaterra.
- Gregorio, Carmen (2010). “Debates feministas en el análisis de la inmigración no comunitaria en el Estado Español. Reflexiones desde la etnografía y la antropología social”, *Relaciones Internacionales*, 14, 93-115. En: <https://revistas.uam.es/relaciones-internacionales/article/view/5018>
- Ignaciuk, Agata; Sethna, Christabelle (2020). “Charters for Choice: Abortion Travel, Abortion Referral Networks and Spanish Women’s Transnational Reproductive Agency, 1975–1985”, *Gender and History*, 32, 2, 286–303. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0424.12463>
- Imaz, Elixabete (2016). “¿Rebiologización en las familias de elección? Lesbomaternidad y uso de tecnologías reproductivas”, *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 11, 3, 405-418. doi: <https://doi.org/10.11156/aibr.110306>
- (2018). “Cuando tres no son multitud. Progenitores, procreadores y proveedores en la conformación de las nuevas técnicas reproductivas”, *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 2, 1-20. doi: <https://doi.org/10.1387/pceic.20164>
- Inhorn, Marcia (2007). “Reproductive disruptions: Gender, technology, and biopolitics in the new millenium”, *Reproductive Disruptions: Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millenium*, 11, 2. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2008.16.8.30794>
- Inhorn, Marcia; Pasquale, Patrizio (2009). “Rethinking reproductive «tourism» as reproductive «exile»”, *Fertility and Sterility*, 92, 3, 904-906. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.055>
- Lamas, Marta (1997). “The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico”, *Reproductive Health Matters*, 5, 10, 58-67. doi: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(97\)90086-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(97)90086-0)
- (2014). “Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF”, *Salud Pública de México*, 56, 1, 56-62. doi: <https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7323>
- López, Ohiane (2011). *La defensa del derecho al propio cuerpo y la construcción del movimiento feminista. Juicios por aborto a 11 mujeres de Basauri (1976-1985)*. Trabajo de fin de Máster. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad del País Vasco.

- Mañà, Laura (2021). *Federica Montseny, la dona que parla*. [Documental]. Distinto Films. En: <https://www.ccma.cat/tv3/federica-montseny/la-pellicula/fitxa/132840/>
- Marre, Diana (2009). “Los silencios de la adopción en España”, *Revista de Antropología Social*, 18, 1, 97-126. En: <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0909110097A>
- (2010). “Antropología y reproducción: las prácticas y/(o) la ética”. En Margarita del Olmo (ed.). *Dilemas éticos en antropología. Entretelas del trabajo de campo etnográfico*, Madrid: Trotta, 93-123.
- Marre, Diana; Bestard, Joan (2004). *La adopción y el acogimiento: presente y perspectivas*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Martínez-Manrique, Lucía (2021). “Y de repente fue como que se me escapaba algo”. La experiencia silenciada del aborto. En Serena Brigidi y Coral Cuadrada (eds.). *Maternidades, experiencias y narraciones. Una mirada a través de los campos de saberes*, Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 65-110.
- Matorras, Roberto (2005). “Reproductive exile versus reproductive tourism”, *Human Reproduction*, 20, 12, 3571-3572. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dei223>
- Ministerio de Sanidad (2021). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019*. Gobierno de España.
- Miranda, María José; Comas, Dolors (2016). “Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario”, *Revista de Bioética y Derecho*, 38, 37-53. doi: <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>
- Morgan, Lynn M.; Roberts, Elizabeth F. S. (2012). “Reproductive governance in Latin America”, *Anthropology & Medicine*, 19, 2, 241-254. doi: <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Olavarría, María Eugenia (2002). “De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día”, *Alteridades*, 12, 99-116. doi: <https://doi.org/10.24275/alte.v0i24>
- (2010). “Cuerpo, sustancia y tecnologías reproductivas”, *DeSignis*, 16, 126-132. En: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=606066735014>
- (2018). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*. Gedisa/UAM. doi: <https://doi.org/10.4000/books.cemca.4610>
- Ortega, Susana; García-Orellán, Rosa; Ortega, Ana (2016). “El silencio social que se construye en torno al aborto inducido”, *Index Enferm*, 25, 4, 243-247.
- Pérez Navarro, Pablo (2019). “*Mater sempre certa est*: El régimen gestocéntrico de la filiación”, *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 1, 49-67. En: <http://hdl.handle.net/10316/87374>
- Roca, Jordi; Martínez, Lidia (2006). “Relatar la vida, delatar la identidad”. *Historia, antropología y fuentes orales*, 36, 89-112. doi: <https://doi.org/10.2307/25703079>
- Rostagnol, Susana (2018). “Abortion in Andalusia: Women’s Rights after the Gallardón Bill”, *Antropología*, 5, 2, 113-136. doi: <https://doi.org/10.14672/ada20181460113-136>
- Ruiz Salguero, Magda; Cabré, Anna; Castro-Martín, Teresa; et al. (2005). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Schneider, David (1984). *A Critique of the study of Kinship*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Singer, Elyse (2019). “Abortion exile: navigating Mexico’s fractured abortion landscape”, *Culture, Health and Sexuality*, 1-16. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1631963>
- Smietniansky, Silvina (2019). “Tiempo, naturaleza y cultura en las técnicas de reproducción humana asistida”, *Avá*, 2413, 35, 213-235. En: <https://hdl.handle.net/20.500.12219/2771>
- Solinger, Rickie (2007). *Pregnancy and Power: A Short History of Reproductive Politics in America*. New York: New York University Press.
- (2013). “Layering the lenses: Toward understanding Reproductive Politics in the United States”, *Journal of Women’s History*, 25, 4, 101-112. doi: <https://doi.org/10.1353/jowh.2013.0040>
- Stolcke, Verena (1998). “El sexo de la biotecnología”. En Alicia Durán y Jorge Riechmann (Eds.), *Genes en el laboratorio y en la fábrica*, Madrid: Trotta, 97-118.
- (2018 [1987]). “Las nuevas tecnologías reproductivas, la vieja paternidad”, *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 2018/2, 193, 1-19. doi: <https://doi.org/10.1387/pceic.20116>
- Strathern, Marilyn (1992). *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.

ANEXO

LISTADO DE INFORMANTES CITADAS

Código	Seudónimo	Edad	Lugar de residencia	Formas de convivencia	Perfil profesional	Nivel de estudios
E25	Lola	65	Madrid	Unipersonal y mascotas	Autónoma	Licenciatura en Periodismo
E05	Pilar	52	Pueblo de Navarra	Con su madre y hermano	Directora de una empresa	Formación profesional
E18	Rebeca	50	Pamplona	Pareja heterosexual	Auxiliar de Servicios	Formación profesional
E02	Leire	41	Pamplona	Pareja heterosexual	Administrativa	Licenciatura en Periodismo
E13	Lucía	43	Pamplona	Unipersonal	Enfermera	Diplomatura en Enfermería
E23	Montse	53	Barcelona	Pareja heterosexual	Auxiliar de Enfermería	Formación profesional
E31	Brenda	42	Pamplona	Pareja homosexual y mascota	Artista, en desempleo	Estudió Bellas Artes
E19	Fiona	45	Bilbao	Pareja heterosexual	Autónoma	Diplomatura en Marketing y Publicidad
E20	Nuria	51	Barcelona	Unipersonal y mascota	Comadrona	Diplomatura en Enfermería
E24	Sara	36	Madrid	Pareja heterosexual y mascota	Emprendedora	Máster Universitario en Psicología
E35	Isabel	41	Madrid	Pareja heterosexual	Gestión de proyectos, Fundación	Diplomatura en Turismo