



IVAN N. MARTINEZ-SALAZAR | ERIKA ACEVEDO-STEFANONI | SANTIAGO BOIRA | CHAIME MARCUELLO-SERVÓS | LAURA OTERO  
BELÉN SANZ BARBERO | CARMEN VIVES-CASES | MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SÁNCHEZ | MATILDE BLANCO VENZALÁ  
CLARA FERNÁNDEZ BURRACO | ROSER MANZANERA RUIZ | GLORIA ÁLVAREZ-BERNARDO | NURIA ROMO-AVILÉS  
JOSÉ AZOH BARRY | FRANCISCO JAVIER GORJON GÓMEZ

# “Yo también quiero ser madre”: Acceso a la maternidad en familias no heteronormativas

## “I want to be a mother too”: Access to motherhood in non-heteronormative families

Gloria Álvarez-Bernardo\* y Nuria Romo-Avilés\*\*

\* Becaria Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación (AP-2010-1707). Integrante del equipo de investigación: HUM 603 (gloab@ugr.es)

\*\* Profesora Titular de Universidad. Directora del Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres y de Género (Universidad de Granada-España). Integrante del equipo de investigación: HUM 603 (nromo@ugr.es)

---

### Abstract:

Non-heteronormative motherhood has been questioned by patriarchal discourses because this type of family transforms classical conceptions about kinship. In this article we analyze how non-heteronormative couples access to assisted reproduction. We have undergone an ethnographical research with Spanish non-heteronormative mothers to elicit what they think about motherhood and assisted reproduction. Results show that health politics and social perception about this type of families are able to impede access to non-heteronormative motherhood. In this sense, it is important to include the gender perspective in health politics.

**Keywords:** Non-heteronormative motherhood, assisted reproduction, access to motherhood, gender, discrimination.

---

### Resumen:

La maternidad no heteronormativa ha sido cuestionada por el discurso patriarcal al considerar que se trata de un proceso no natural que altera la concepción clásica de las relaciones de parentesco. En este artículo se analiza el acceso de las parejas no heterosexuales a las técnicas de reproducción asistida. Para conocer la relación entre maternidad no heteronormativa y reproducción asistida se ha realizado una investigación etnográfica con madres no heterosexuales españolas para saber cuál es su opinión acerca de la maternidad y del acceso a la reproducción asistida. Los resultados muestran que las políticas sanitarias y la percepción social que existe sobre estas familias pueden limitar e impedir el ejercicio de la maternidad no heteronormativa. Se concluye que es importante incluir una perspectiva de género en política sanitaria para evitar posibles exclusiones.

---

**Palabras clave:** Maternidad no heteronormativa, reproducción asistida, acceso a la maternidad, género discriminación.

---

**Article info:**

*Received: 23/01/2015 / Received in revised form: 20/05/2015*

*Accepted: 25/05/2015 / Published online: 25/06/2015*

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.10.5>

---

## 1. Introducción

Las técnicas de reproducción asistida han permitido que las parejas no heterosexuales puedan acceder a la maternidad. Esta circunstancia ha favorecido lo que algunas autoras denominan un “baby boom” de la maternidad lesbiana (Lewin, 1993:19). La regulación legal de la tecnología de reproducción asistida es muy heterogénea. Siguiendo a Teresa Peramato (2013), a nivel mundial, se puede distinguir entre aquellos países que no limitan el acceso por orientación sexual y/o estado civil, y, por otra parte, los que conciben la reproducción asistida como un derecho restringido a parejas heterosexuales. Las desigualdades entre países, en cuanto al acceso, pueden entenderse como una consecuencia de la presencia o ausencia del enfoque de género en el planteamiento y formulación de sus respectivas legislaciones. En este sentido, el enfoque de género permite enfatizar la dimensión social que condiciona los procesos de salud y enfermedad y, a partir de ahí, diseñar políticas equitativas (Sen, George y Ostlin 2005:30). El enfoque de género aplicado a la legislación sanitaria pone de evidencia cómo una visión binaria y heterosexista de la sexualidad perjudica, por partida doble, a las personas no heterosexuales que quieren acceder a las técnicas de reproducción asistida.

La Ley 14/2006 de Técnicas de Reproducción Asistida sitúa a España en el bloque de países que no excluyen de estas técnicas ni a las mujeres solteras ni a las parejas no heterosexuales (Peramato 2013:88-89). El artículo 5.3.8.2 del Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, incluye como un posible criterio de admisión que haya una “indicación clínica establecida” lo que, en la práctica, permite que ciertas comunidades autónomas no veten el acceso a la reproducción asistida a las parejas no heterosexuales.

En noviembre de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó una Orden Ministerial cuyo objeto es modificar la redacción del artículo 5.3.8.2 del Real Decreto 1030/2006 para homogenizar las prestaciones sanitarias entre Comunidades Autónomas y, en consecuencia, restringir el gasto sanitario.

---

## 2. Reproducción asistida y maternidad no heteronormativa: transformando el parentesco

La aparición y extensión del uso de las técnicas de reproducción asistida ha permitido desvincular la reproducción de la sexualidad, es decir, el ejercicio de la maternidad y de la paternidad deja de estar supeditado a la orientación sexual de los miembros de la pareja. En este sentido, la facultad de las mujeres para apoderarse de su capacidad reproductiva, con el consecuente detrimento del papel otorgado a los hombres en este proceso, ha suscitado múltiples polémicas y miedos respecto a la desaparición de un modelo de familia que se considera natural y legítimo. Algunos de estos miedos se expresan por medio de leyes restrictivas que prohíben el acceso a las técnicas de reproducción asistida a las mujeres solteras y a las parejas no heterosexuales.

Las muestras acerca de estos "miedos sociales" son muy amplias, e incluyen tanto a profesionales sanitarios como a dirigentes políticos. Así, la misma definición de infertilidad (doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos<sup>1</sup>) se ha hecho en base a premisas heterosexuales lo que hace que las mujeres solteras y/o no heterosexuales sean invisibles, e incluso excluidas, dentro de los protocolos. En este sentido, la percepción social de estas mujeres como sujetos infértiles se refuerza en el campo de la medicina: "Etiquetadas "socialmente *infértiles*" por la institución médica, las lesbianas (los cuerpos lesbianos) se espera que busquen asistencia médica para la reproducción. Etiquetadas "socialmente *infértiles*" justifica la exclusión de las lesbianas (los cuerpos lesbianos) de los programas de fertilidad" (Luce 2004: 52).

La imagen descrita conecta con una ideología que vincula sexo, género y sexualidad lo cual acaba por producir unas relaciones específicas de parentesco. Como advertía el antropólogo estadounidense David Schneider, en el contexto americano (y de modo similar en el europeo), el parentesco se ha conceptualizado a partir de una serie de vínculos biológicos, de sangre, que determinan quién es o no pariente (2007: 165-166). En cambio, proseguía el autor, el parentesco es un proceso social, de construcción, en el que los vínculos se definen culturalmente. El énfasis que se pone en lo biológico parte del binomio que se ha establecido entre sexualidad y reproducción, es decir, se considera que la sexualidad debe estar enfocada a la procreación (2007:188).

Tras las premisas defendidas por Schneider, se han sucedido otras investigaciones que evidencian el carácter construido de las relaciones de parentesco (Carsten 2004:59). En esta línea, el estudio llevado a cabo por Kate Weston con un grupo de homosexuales en San Francisco durante la década de los noventa trató de probar la

---

<sup>1</sup> Redacción conforme a la Orden Ministerial relativo a la modificación del Anexo III del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre.

tesis defendida por Schneider. La importancia que sus informantes conferían a la capacidad de elección, entendida como parte del proceso de construcción familiar, suponía un desplazamiento de los lazos biogenéticos como agentes únicos de la producción de parentesco (2003:270).

En su ensayo sobre la relación que existe entre género y parentesco, las autoras Sylvia Yanagisako y Jane Collier sostienen que todo el proceso relativo a engendrar, gestar y parir está sujeto a interpretaciones y prescripciones socioculturales concretas (1999:39). De un modo similar, José Ignacio Pichardo afirma que las relaciones parentales son transformadas de forma continua, entre otros motivos, por la intervención de diversas prácticas sociales como son: leyes, instituciones, etc. (2008:29).

Pese a los resultados de las investigaciones precedentes, aún prevalece una ideología que confiere a la biología, como equiparable a lo natural, una importancia sobredimensionada en la definición del parentesco. El origen de este hecho podemos encontrarlo en lo que Gayle Rubin denomina el sistema sexo-género:

“un conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humanos es conformada por la intervención humana y social y satisfecha en una forma convencional, por extrañas que sean algunas de las convenciones” (1986:102-103).

Este sistema presupone la existencia de dos sexos –dentro de un orden de parentesco heterosexual– que se hallan involucrados en un proceso de producción/reproducción que contribuye al sostén de la sociedad (1986:106; 115).

Existen indicios de que determinados sistemas de salud privilegian el acceso de las parejas heterosexuales a la reproducción asistida, en detrimento del resto de la población beneficiaria. A principios de la década de los 90, el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Fertilidad hacía pública su preferencia por las parejas heterosexuales casadas (Sabdelowski en Johnson 2012: 395). Asimismo, en el año 2003, se desarrolló una investigación con 224 profesionales especialistas en técnicas de reproducción asistida en Brasil, Alemania, Grecia e Italia para conocer cuál era su opinión acerca del uso de estas técnicas por determinados sectores de población. En el caso concreto de las parejas de lesbianas, en torno al 77% de los y las profesionales se manifestaron en contra de que estas parejas accediesen a la reproducción asistida. Los motivos que esgrimieron estaban relacionados con el bienestar del/la menor, esto es: rechazo social y conflictos originados por el desconocimiento de la figura paterna (Záchia et al. 2011:6).

Las estrategias políticas, en forma de discursos, también son una muestra de la reticencia que existe hacia el uso de esta tecnología por parte de aquellas personas *no legítimas*. El bienestar y el desarrollo psicológico de los/as menores que se crían en este tipo de familias ha sido un tema recurrente para cuestionar la validez y la

calidad de sus relaciones familiares (Domínguez y Montalbán 2012:171). Bambi Robison analizó cómo en Estados Unidos se diseñó una campaña que trataba de impedir que las mujeres solteras y las parejas de lesbianas fuesen madres por medio de técnicas de reproducción asistida. Esta campaña se centraba, como en el caso anterior, en el bienestar del/a menor que, argumentaban, podría sufrir importantes limitaciones en su desarrollo al ser criado/a bajo tales circunstancias (2002:222-223). Algo similar ocurrió en Australia donde, a nivel parlamentario, se debatió acerca de la pertinencia o no de que las mujeres solteras y las lesbianas pudiesen ser madres, en ausencia de una figura paterna. Esta circunstancia se calificó como un acto egoísta y caprichoso, en tanto que se antepone el bienestar personal –de la madre– al del/la menor (Smith 2003: 80).

Las sanciones legales y morales que se han citado son una prueba del alcance transformador de la tecnología de reproducción. El uso libre de esta tecnología es aceptado cuando es congruente con el sistema de normas culturales que prevalecen en una determinada sociedad (Webster en Inhorn y Birembaum-Carmeli 2008:178). En cambio, es proscrito cuando provoca una ruptura con el sistema de creencias inherente a la reproducción y a la sexualidad:

"Nuevos límites son establecidos entre la reproducción asistida "buena"; legítima, y "natural"- aquella que permite a las parejas heterosexuales reproducir y mantener los ideales familiares- y la reproducción "mala"; peligrosa, ilegítima y "no natural"- aquella que ocurre fuera del terreno hetero-normativo, incluyendo la aparición de madres sin pareja y familias de lesbianas y de gays " (Michelle 2006:113).

Como resultado de lo anterior, se plantea como objetivo de este artículo: analizar la situación de acceso a la maternidad en el colectivo de parejas no heterosexuales en España. Con este propósito, se ha considerado, en primer lugar: reflexionar acerca de cómo ciertas prácticas y políticas sanitarias que carecen de enfoque de género pueden vulnerar los derechos reproductivos de las mujeres no heterosexuales que pretendan acceder a los tratamientos de reproducción asistida. Y, en segundo lugar, conocer cuál es la actitud que estas madres tienen acerca de la maternidad, y cuáles son los factores que condicionan el uso de los servicios de salud, públicos o privados, para acceder a dichos tratamientos.

### 3. Metodología

La metodología empleada en este trabajo ha consistido en una búsqueda de medidas político-sanitarias que están relacionadas con el acceso a las técnicas de reproducción asistida por parte de parejas no heterosexuales.

Junto con esta revisión, se han empleado los datos procedentes de un proyecto de investigación de carácter etnográfico que tiene por objeto conocer la realidad de

las familias no heteronormativas en el contexto español<sup>2</sup>. Se ha explotado el contenido de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a nueve parejas de madres no heterosexuales y a dos madres no heterosexuales sin pareja.

**TABLA 1. Características sociodemográficas de las informantes**

Informantes	Edad	Estado Civil	Hijos/as	Tratamiento reproducción asistida/motivos
Raquel y Rosa	33/41	Casadas	1	Clínica privada/ denegación en la Seguridad Social
Fátima y Natalia	42/44	Casadas	2	Clínica privada/ no aprobación Ley matrimonio homosexual
Lorena y Diana	59/44	Divorciada/soltera	1	Clínica privada/ edad
Victoria y Rocío	35/38	Casadas	1	Clínica privada/ precedente denegación en su Comunidad Autónoma
Gemma y Mónica	41/32	Casadas	1	Clínica privada/ no aducen motivos
Patricia y Tania	38/31	Casadas	1	Seguridad Social/ Comunidad Autónoma cubre tratamientos
Pilar y Miriam	32/37	Casadas	1	Seguridad Social/ Comunidad Autónoma cubre tratamientos
Nerea	60	Divorciada	2	Clínica privada/ no aprobación Ley matrimonio homosexual
Lucía y Amelia	34/34	Casadas	1	Clínica privada/ precedente amigas con tratamiento privado
Teresa	44	Soltera	1	Clínica privada/ desconocimiento cobertura pública
Blanca y Marta	38/38	Casadas	1	Clínica privada/ no aducen motivos

La selección de esta muestra fue intencional y los criterios de inclusión fueron: identificarse como no heterosexual, tener hijo/a(s) y que la decisión de ser madre hubiese sido parte de un proyecto de pareja, aunque en el momento de la realización de la entrevista no tuviesen o fuese distinta a aquella con la que se forjó dicho proyecto. El trabajo de campo se desarrolló entre junio de 2013 y abril de 2014, en tres comunidades autónomas: Extremadura, Andalucía y Asturias. El modo de acceso a las informantes fue, en un primer momento, a través de la red de contactos personales de las investigadoras. A continuación, se envió un correo electrónico a diversas asociaciones y colectivos LGTB (Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) soli-

<sup>2</sup> Esta investigación se está desarrollando en el Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres y de Género de la Universidad de Granada (España) y forma parte del proyecto de tesis doctoral financiado por el programa de becas de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación.

citando la colaboración entre sus socios/as. Una vez obtenidas las primeras solicitudes de participación, el resto de la muestra se completó mediante la técnica de “bola de nieve”. El tamaño de la muestra se determinó por saturación teórica, es decir, cuando la información de las últimas participantes dejó de aportar nuevos datos relevantes para el desarrollo de la investigación (Valles 2007:68; Ruiz 2012:56).

Las entrevistas fueron realizadas de forma conjunta a las dos integrantes de la pareja, cuando las informantes eran pareja, y de forma individual en el resto de situaciones. La decisión de entrevistar de forma conjunta se basó en la operatividad del procedimiento (gestión del tiempo y de los recursos), y en que esta táctica proporciona un espacio común para la reflexión que enriquece las aportaciones individuales (Bjornholt y Farstad 2012:17). La mayor parte de las entrevistas se realizaron en el domicilio de las participantes, y cuando esto no fue posible, se optó por un espacio público. Tuvieron una duración media de noventa minutos. Al inicio de la entrevista, se solicitó permiso para su grabación, y se garantizó el anonimato.

Una vez transcritas, las entrevistas fueron analizadas con la ayuda del programa informático Nvivo 9.

#### **4. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de la revisión de la documentación relativa al acceso a las técnicas de reproducción asistida de las parejas no heterosexuales.

##### *4.1. Criterios político-sanitarios para el acceso a las técnicas de reproducción asistida*

En el contexto español, la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, no establece ninguna restricción, tanto en el ámbito de la sanidad privada como de la pública, para que las mujeres, al margen de su orientación sexual y/o estado civil, accedan a este tipo de técnicas. El artículo 6.1 dispone:

“Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual”.

En julio de 2013, se anunció el proyecto de Orden Ministerial, relativo a la modificación del Anexo III del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. Este proyecto propone una serie de medidas para la “racionalización del gasto sanitario”. En lo que respecta al acceso a las técnicas de reproducción asistida dentro del sistema



público de salud fija unos criterios que se pueden considerar restrictivos y excluyentes. En este sentido, este proyecto de Orden pretende modificar la redacción del artículo 5.3.8.2 del Anexo III del R.D. 1030/2006 que, actualmente, establece que la reproducción humana asistida se prestará “cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida”

El proyecto busca, junto con el ahorro, erradicar las diferencias entre comunidades autónomas en lo que respecta al acceso y cobertura de las prestaciones sanitarias, entre ellas las técnicas de reproducción asistida<sup>3</sup>. Para ello determina los siguientes requisitos de acceso:

1º. Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

2º. Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

En esta línea, en el 2002, un grupo de profesionales especialistas en técnicas de reproducción asistida elaboraron un documento<sup>4</sup> en el que, basándose en la rentabilidad de los recursos sanitarios públicos, recomendaban priorizar el tratamiento a aquellas mujeres “miembros de una pareja afecta de esterilidad/infertilidad” (2002:13). Los/as profesionales que elaboraron este documento afirmaban que: “la reproducción forma parte del proyecto de vida de una pareja y esta es la razón que la hace trascendental para aquélla y para la sociedad” (2002:13).

#### 4.2. *Experiencias sobre maternidad no heteronormativa*

En este segundo apartado de resultados se exponen fragmentos de las entrevistas realizadas a madres no heterosexuales. Se ha dividido en dos epígrafes: el primero, referido a los sentimientos y vivencias de las informantes en torno a la maternidad no heteronormativa, y el segundo, relativo al procedimiento, público o privado, de acceso a la reproducción asistida.

##### 4.2.1. Sentimientos y actitudes ante la idea de ser madres

Las madres entrevistadas han expresado que la maternidad ha sido un proyecto de pareja en el que la madre gestante ha contado con el compromiso y apoyo de la madre

---

<sup>3</sup> Médico Interno Residente de tercer año de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaíra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Valme. Sevilla. clafebu@gmail.com

no gestante. A la vista del contenido de las entrevistas, pueden establecerse diferencias respecto al deseo o motivación para ser madres. Para algunas de las informantes, la maternidad era un objetivo personal que pretendían satisfacer con independencia de que tuviesen o no pareja. En este sentido, una de las mujeres entrevistadas comenta:

Entonces, ya, cuando nos conocimos, digamos, que yo ya eso lo tenía en mente, lo de tener un hijo o una hija, sola o acompañada. Y nosotras ya iniciamos nuestra relación y eso y ya le dije: “Mira, yo quiero dar este paso y tampoco me puedo esperar” (...). Y ella, pues, le pareció estupendo y ya decidimos dar el paso de formar la familia (Gemma, casada, una hija).

Otras informantes, en cambio, manifestaron que el deseo de acceder a la maternidad se forjó dentro de la relación de pareja. En consecuencia, la relación favoreció ese proyecto y las dudas, miedos y expectativas se resolvieron en el seno de la pareja. Como apunta Miriam:

Nunca lo hablábamos y nunca salió en nuestro horizonte de opciones. Y me dijo un día que llevaba muchos meses pensándolo, que no se lo quitaba de la cabeza y que no sabía qué hacer. Y nos pusimos poco a poco a plantearlo: cómo sería, cómo lo haríamos, cómo cambiaría la vida (Miriam, casada, una hija).

Un tercer tipo de motivación para la maternidad parte de una combinación de las dos anteriores, es decir, una de las integrantes de la pareja manifiesta un interés previo para ser madre que acaba por consolidarse dentro de la relación. Como señala una de las entrevistadas:

En ningún momento hablamos de la maternidad ni nada. No teníamos conversaciones así. Ella me dijo: “a mí me gustaría ser madre antes de los 30. Le prometí a mi madre que sería madre antes de los 30” (Blanca, casada, una hija).

#### 4.2.2. Maternidad no heteronormativa y técnicas de reproducción asistida

La elección de las técnicas de reproducción asistida como dispositivo para acceder a la maternidad, en contraposición a otras opciones como el acogimiento o la adopción, ha respondido a dos objetivos. Por un lado, el deseo de la madre gestante de experimentar el embarazo como parte de un proceso fisiológico. Tal y como lo expresa Raquel:

Yo, yo quería sentir el proceso del embarazo, el, la lactancia, el..., la maternidad así física (Raquel, casada y madre de un niño).

Y, por otro, la relativa rapidez de la maternidad biológica en comparación con el procedimiento de adopción que lleva asociado un trámite burocrático que puede

postergar, durante años, la resolución del expediente de adopción. En este sentido, una de las informantes apunta:

Porque la adopción, porque yo soy muy impaciente, mucho (...) yo la verdad que esperar dos o tres años desde que tomas la decisión, yo, para mí, eso era...mucho tiempo (Teresa, soltera, un hijo).

En lo que respecta a la decisión que determina el acceso al sistema sanitario, público o privado, han intervenido diversos factores que responden a cuestiones sociales y políticas. La ausencia de un marco legal que, en su momento, amparase jurídicamente a las parejas del mismo sexo ha actuado como un condicionante para decantarse por el tratamiento en una clínica privada. Aún en el ámbito de la sanidad privada, se ha tratado de un proceso "en solitario" y no de pareja debido al vacío legal que prevalecía en aquel entonces en esta materia. A este respecto, dos de las entrevistadas comentan:

Lo público es que no intentamos, si quiera. No. Además es que nosotras empezamos antes de que la ley estuviera (Natalia, casada, dos hijos).

Sí, lo hicimos en...por Sanitas (...) no podíamos [asistir como pareja], entonces. No podíamos porque te podían negar la inseminación (Nerea, divorciada, dos hijos).

A una de las parejas entrevistadas, el tratamiento le fue denegado de forma explícita en un centro público lo que les obligó a asistir a la sanidad privada:

Fuimos las dos y cuando entramos por la puerta el médico que estaba allí, eh, nos dijo: "¿Sois lesbianas?"; y nos quedamos así las dos mirando la una para la otra. Y, claro, yo nunca me había ocultado y no lo iba a hacer ahora, y dije: "sí" Y la contestación fue: "creo que no os voy a poder ayudar" (Raquel, casada, un hijo).

La existencia de precedentes "negativos" como este disuadió a otras parejas de que buscasen cobertura en el ámbito público. Como relata Victoria:

No, porque la Seguridad Social justo, creo, no sé si fue ese año, eh (...) hubo casos de gente de [una asociación LGTB] que denunciaron (Victoria, casada, una hija).

El desconocimiento acerca de si las parejas no heterosexuales tenían o no derecho a un tratamiento de reproducción asistida en la Seguridad Social fue otro elemento disuasorio que hizo que estas parejas acudiesen a las clínicas privadas en busca de asistencia. Este es el caso de Teresa:

Y además todavía aquí en Extremadura eso de ser madre, lesbiana, por la Seguridad Social... (...) Pero ni me lo planteé si quiera. La verdad, porque no pensaba ni que entraba, porque yo tenía un desconocimiento porque es verdad que estando con mi pareja, nos centramos tanto en nuestra vida en pareja y de nuestros

amigos y amigas hetero, que no teníamos ningún tipo de contacto con el mundo homosexual, en general, ni bisexual, ni transexual, ni nada. Por lo tanto, yo desconocía todo (Teresa, soltera, un hijo).

Las restricciones legales (edad, historial médico, número de intentos...) también condicionaron el acceso a la maternidad en el ámbito privado frente al público. En el primero, los requisitos parecen ser más laxos que en el segundo. Lorena comenta a este respecto:

[En la] privada. Sí, claro, porque con mi edad ya no puede ser en la Seguridad Social que sólo es hasta los 42, creo que era, aquí en Andalucía (Lorena, casada, un hijo).

En contraposición, las informantes que accedieron a los tratamientos dentro del sistema público de salud lo hicieron siendo conscientes de que la Ley las avalaba, y también de que existía una voluntad y un compromiso político en su autonomía que les daba cobertura dentro de la Seguridad Social. Una de las informantes relata:

Público, fue público, en todo momento. Y, además, estábamos en un momento en que en Extremadura no había duda (...) conocí cuál era el protocolo, que no había problemas, que había problemas, sobre todo, a la hora de derivación en Atención Primaria, pero sabiendo cuál es el recorrido legal y sabiéndole explicar a la gente las cosas, cuál es el itinerario y no había problema (Tania, casada, una hija).

## 5. Discusión y conclusiones:

Las parejas de madres no heterosexuales se exponen a una doble discriminación. En primer lugar, discriminación desde el ámbito social que tiene que ver con la construcción de las relaciones de parentesco a partir de un sistema sexo-género que presupone la obligatoriedad de la heterosexualidad y, en consecuencia, un modelo concreto de familia. Los relatos que se desprenden de las entrevistas muestran que la maternidad no heteronormativa es un proyecto forjado y/o consolidado en el seno de la pareja que responde a múltiples motivaciones. La ausencia de una figura masculina no les ha impedido desarrollar un deseo que, para algunas de las madres entrevistadas, pasa por experimentar el proceso fisiológico de la maternidad. En este sentido, las técnicas de reproducción asistida son la alternativa válida que permite materializar ese proyecto. Sin embargo, como señala Silvia Donoso: “El proceso de construcción de la maternidad lésbica se produce en permanente tensión entre la voluntad y las elecciones individuales y las limitaciones culturales, sociales, legales o simbólicas del contexto” (2013:198).

Junto con la anterior, la discriminación en el ámbito sanitario supone una vulneración de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres no heterose-

xuales. Cuando se ha abordado el derecho a la maternidad se ha pensado única y exclusivamente en la mujer heterosexual (Miller, Rosga y Satterthwaite 1995:435). Por otra parte, las estrategias encaminadas a la defensa de los derechos de salud sexual del colectivo LGTB han centrado su mirada en los homosexuales masculinos (Miller, Rosga y Satterthwaite 1995: 439-440; Bryld 2001:299). Esta ceguera sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no heterosexuales se puede relacionar con el escaso interés que los estudios feministas han prestado a las implicaciones que las técnicas de reproducción asistida tienen en este colectivo. Estos estudios, en cambio, han tendido a reproducir un modelo concreto de familia y de reproducción cuya máxima es la heterosexualidad (Nordqvist 2008:287-288). En este sentido, los resultados de las entrevistas realizadas en esta investigación muestran que el acceso a las técnicas de reproducción asistida en una clínica pública o privada está determinado por la actitud socio-política dominante en la comunidad autónoma. En las comunidades autónomas en que existe un compromiso explícito para dar cobertura a las parejas no heterosexuales se ha observado que hay una tendencia a acudir a la sanidad pública. Mientras que en aquellas comunidades autónomas en las que existe un antecedente de negación del tratamiento la tendencia ha sido optar por una clínica privada.

El desinterés por la salud sexual y reproductiva de las mujeres no heterosexuales puede entenderse como una consecuencia del carácter patológico que la homosexualidad y la bisexualidad han tenido hasta fechas recientes. Borradas de la escena política, las reivindicaciones y logros de estas mujeres para acceder a los tratamientos de reproducción asistida han sido tardíos o inexistentes. Si atendemos a la legislación europea en esta materia, se puede constatar que existen países en los que se establece como requisito de acceso a estas técnicas ser pareja heterosexual. Este es el caso de Italia, Austria, Francia, entre otros, con una legislación que resulta excluyente en el tema de acceso a la reproducción asistida por parte de las parejas de lesbianas (Peramato 2013: 89-91). La discriminación de tipo sanitario se evidencia en normas como el proyecto de Orden Ministerial que pretende reformar las prestaciones de la Cartera de Servicios de la Seguridad Social y que, de aprobarse, supondría una vulneración de los derechos reproductivos de las parejas no heterosexuales. Según esta Orden, para ser beneficiarias de estas técnicas, estas parejas tendrían que cumplir un requisito (doce meses de relaciones heterosexuales sin embarazo) que no es compatible con su sexualidad. Con este planteamiento, las oportunidades transformadoras que ofrece la tecnología de la reproducción asistida son limitadas mediante disposiciones legales restrictivas que tratan de perpetuar las formas clásicas del parentesco que se basan en la naturalización de las relaciones entre mujeres y hombres (Inhorn y Birebaum-Carmeli 2008:178; 183).

En estrecha relación con lo expuesto, Mette Bryld analizó el debate parlamentario que se generó en Dinamarca, a finales de la década de los noventa, a raíz de la posible legalización del acceso de las lesbianas a las técnicas de reproducción asistida. La autora concluye que en el contexto danés prevalece una actitud política que dis-

crimina y estigmatiza la maternidad lesbiana (2001:309). Los/as parlamentarios/as desaprobaban la tecnología de reproducción, puesta al servicio de las lesbianas, al considerarla una herramienta que transgredía el orden natural (2001:310).

En el caso español, los dos intentos de exclusión de las mujeres no heterosexuales del ámbito de asistencia sanitaria pública se han basado en la necesidad de ahorro económico. Esto se ha hecho en dos momentos bien diferenciados: uno de bonanza (Informe elaborado por profesionales de la reproducción asistida en 2002) y otro de crisis (anuncio del proyecto de Orden Ministerial en 2013). Este argumento parece, pues, responder a otras razones que se pueden situar más en el plano de lo ideológico que de lo material. De forma similar, Dempsey y Critchley describen cómo en Australia se adujo el despilfarro de recursos públicos para dar respuesta a problemas sociales, que no médicos, cuando las usuarias de la reproducción asistida no constituían una pareja heterosexual (2010:93).

Se puede concluir que las políticas sanitarias tienen efectos directos sobre la salud sexual y reproductiva de las personas. Un enfoque de género permitiría detectar y erradicar las desigualdades, así como formular propuestas que favoreciesen una adecuada asignación de los recursos para la promoción de la salud del conjunto de la población (Amo 2008:19). Por último, un enfoque de este tipo aplicado a las políticas sanitarias obliga a formular la siguiente pregunta: "¿Quién no está incluido?" (Haworth e Isfeld 2009:11).

## 6. Bibliografía:

- Amo, M. 2008. *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Bjornholt, M. y G. Farstad. 2014. "‘Am I rambling?’ on the advantages of interviewing couples together". *Qualitative Research* 14 (1): 3-19.
- Bryld, M. 2001. "The infertility clinic and the birth of the lesbian: the political debate on assisted reproduction in Denmark". *European Journal of women’s studies* 8: 299-312.
- Carsten, J. 2004. *After kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. 2007. "Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género".
- Dempsey, D. y C. Critchley. 2010. "Comfort with use of assisted reproductive technologies (art) for family formation by same-sex and heterosexual couples: a survey of australian social attitudes". *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review* 6 (2): 90-102.
- Domínguez, L. y F.M. Montalbán. 2012. "Líneas emergentes de investigación en las prácticas de trabajos social". *Portularia*, 12 (Extra): 169-177.
- Donoso, S. 2013. "Superando la unicidad de la madre: la maternidad lesboparental". Pp. 185-201 en *Maternidades, procreación y crianza en transformación* editado por C. López, D. Marre y J. Bestard. Barcelona: Edicions Bellaterra.

España. 2014. "Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II, III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización." Boletín Oficial del Estado 269: 91369- 91382, 20 de noviembre de 2014.

España. 2006. "Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida." Boletín Oficial del Estado 126: 19947-19956, 2 de septiembre de 2014.

España. 2006. "Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización." Boletín Oficial del Estado 222: 32650-32679, 6 de septiembre de 2014.

Haworth-Brockman, M. y H. Isfeld. 2009. *Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud para la toma de decisiones*. Organización Panamericana de la Salud.

Inhorn, M. C. y D. Birenbaum-Carmeli. 2008. "Assisted reproductive technologies and culture change." *Annual Review of Anthropology* 37: 177-196.

Johnson, K. 2012. "Excluding lesbian and single women? An Analysis of U.S. fertility clinic websites." *Women's Studies International Forum* 35: 394-402.

Lewin, E. 1993. *Lesbian mothers. Accounts of gender in American culture*. Ithaca: Cornell University Press.

Luce, J. 2004. "Imaging bodies, imagining relations: narratives of queer women and assisted conception." *Journal of Medical Humanities* 25 (1): 47-56.

Michelle, C. 2006. "Transgressive technologies? Strategies of discursive containment in the representation and regulation of assisted reproductive technologies en Aotearoa/New Zealand." *Women's Studies International Forum* 29: 109-124.

Miller, A.; A. Rosga y M. Satterthwaite. 1997. "Health, human rights and lesbian existence." *Health and Human Rights* 1(4): 428-448.

Nordqvist, P. 2008. "Feminist heterosexual imaginaries of reproduction: lesbian conception in feminist studies of reproductive Technologies." *Feminist Theory* 9: 273-292.

Peramato, T. 2013. *Desigualdad por razón de orientación sexual e identidad de género, homofobia y transfobia*. Navarra: Aranzadi.

Pichardo, J. 2008. *Opciones sexuales y nuevos modelos familiares*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma, Madrid, España.

Rubin, G. 1986. "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo." *Revista Nueva Antropología* 8 (30):95-145.

Sen, G.; A. George y P. Ostlin. 2005. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud.

Schneider, D. 2007. *A critique of the study of kinship*. The University of Michigan Press.

Smith, J. L. 2003. "Suitable mothers: lesbian and single women and the "unborn" in Australian parliamentary discourse." *Critical Social Policy* 23 (1): 63-88.

Valles, M. S. 2007. *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS.

Weston, K. 2003. *Las familias que elegimos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Yanagisako, S. y J. Collier. 1999. "Toward a unified analysis of gender and kinship." Pp.14-50 en *Gender and kinship. Essays toward a unified analysis*, editado por S. Yanagisako y J. Collier. California: Stanford University Press.

Záchia, S. et al. 2011. "Assisted reproduction: What factors interfere in the professional's decisions? Are single women an issue?." *BMC Women's Health* 11(21).

## ARTICULOS/ARTICLES

¿Cómo afrontar la obesidad en una sociedad digital? Respuestas desde el campo del Análisis Aplicado de la Conducta / How to treat obesity in a digital society? Answers from the Applied Behavior Analysis field  
Ivan N. Martínez-Salazar y Erika Acevedo-Stefanoni ..... Págs 9-25

Femicidio y feminicidio: Un análisis de las aportaciones en clave iberoamericana / Femicide and Feminicidio: an analysis in Latinoamerican perspective  
Santiago Boira, Chaime Marcuello-Servós, Laura Otero, Belén Sanz Barbero  
y Carmen Vives-Cases ..... Págs 27-46

Grupos de ayuda mutua en personas con problemas severos de salud mental en el modelo de la recuperación. La inclusión del cuerpo / Self-help groups for people with severe mental health recovery model. Inclusion body  
María José Rodríguez Sánchez, Matilde Blanco Venzalá y Clara Fernández Burraco ..... Págs 47-64

Cambio, desarrollo social y movimientos sociales en un contexto internacional en África Subsahariana (Tanzania) / Change, social development and social movements in an international context in subsaharian Africa (Tanzania)  
Roser Manzanera Ruiz ..... Págs 65-82

“Yo también quiero ser madre”: Acceso a la maternidad en familias no heteronormativas / “I want to be a mother too”: Access to motherhood in non-heteronormative families  
Gloria Álvarez-Bernardo y Nuria Romo-Avilés ..... Págs 83-96

Un aspecto de salud desapercibido y desatendido: los riesgos de caída domiciliar en edad avanzada / An unnoticed and neglected health aspect: risks for domestic falls in older age  
José Azoh Barry ..... Págs 97-112

Teoría de la Impetración de la justicia. Por la necesaria ciudadanización de la justicia y la paz / Theory of supplication of Justice. For the necessary citizenization of the justice and peace  
Francisco Javier Gorjon Gómez ..... Págs 113-131

## RESEÑAS/REVIEWS

Antonio López Peláez (coord.). Social Work Challenges in the XXI Century: Perspectives from the USA / Retos para el Trabajo Social en el siglo XXI: perspectivas desde los Estados Unidos de América  
(por Raquel Pérez García) ..... Págs 133-137

Enrique Pastor Seller y María Asunción Martínez Román (coords.). Trabajo Social en el siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada / Social Work in the 21st century. An international comparative perspective  
(por María de las Olas Palma García) ..... Págs 139-141