

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“HIJOS(AS) MUY DESEADOS(AS). MATERNIDADES Y
PATERNIDADES DESDE LA INFERTILIDAD”.

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.

Presenta

IVONNE CHACÓN VENZOR

Directora: Dra. Elsa Muñiz García
Codirectora: Dra. Carmen Bueno Castellanos
Lectora: Dra. María de la Soledad Pérez y Lizaur

AGRADECIMIENTOS

A las personas que generosamente me recibieron en sus hogares o espacios de trabajo para compartirme su tiempo y experiencias. Especialmente a quienes estuvieron dispuestos a platicarme sobre sus vivencias respecto a un tema tan sensible como es la infertilidad. Comparto su deseo de que dicha información pueda ayudar a otras mujeres y a otros hombres que viven procesos similares. Por ello, espero que esta tesis, además de aportar al conocimiento científico, sea de utilidad para esas personas. Igualmente, a los otros participantes que colaboraron desde perspectivas diferentes. A todos ellos mi gratitud por hacer posible esta investigación.

Reconozco a la Universidad Iberoamericana por darme la oportunidad de realizar este posgrado y por financiar parte de mis colegiaturas. Asimismo, recibí beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Celebro la gran apertura del Programa de Posgrado en Antropologías Social de la Universidad Iberoamericana para incluir estudiantes de diferentes formaciones, geografías y edades, dándonos la oportunidad de aprender las teorías y las herramientas de investigación antropológica. Gracias a los profesores que contribuyeron a mi formación y a mis compañeros y compañeras por hacer más agradable y provechoso mi paso por el posgrado. Mi gratitud, de manera particular, a Dolores por escucharme y aconsejarme.

Fue muy enriquecedor y gratificante participar en el seminario de investigación de la doctora Carmen Bueno. Gracias a los y las participantes, y a la dedicación e interés tanto de la doctora Bueno como de la doctora Marisol Pérez Lizaur, quienes tuvieron siempre la disposición para leer y comentar nuestros trabajos, además de darnos constante aliento y socorrernos de diversas formas. Reconozco en especial el gran apoyo y generosidad de la doctora Pérez Lizaur, no sólo porque siguió muy de cerca el desarrollo de mi tesis, sino porque me puso en contacto con informantes que me otorgaron valiosas contribuciones para este estudio.

A la coordinación de la Maestría en Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma Metropolitana, por permitirme participar en uno de sus seminarios -que forman parte del

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de dicha institución. A profesoras y compañeras, de cuya experiencia sobre temas relacionados con mujeres y estudios de género, tuve la oportunidad de aprender un poco.

De manera muy sentida y profunda quiero expresar mi gratitud a la doctora Elsa Muñiz, por haber tomado la dirección de esta tesis, así como por su paciencia para revisar mi trabajo y sus enseñanzas sobre el rigor académico. De igual manera, mi más sincero reconocimiento a la doctora Carmen Bueno por el tiempo que dedicó a la revisión de mis avances y por estar siempre al pendiente del desarrollo de la tesis. Gracias a ambas por su cálida guía durante este proceso, en el que me han permitido aprender de sus conocimientos y experiencia.

A los amigos y las amigas que de alguna manera me acompañaron y apoyaron durante este proceso. En especial a Mónica por haberme alojado en su hogar mientras me instalaba en la Ciudad de México, a toda la familia Hams Vega por su cercanía durante mi estancia en esa ciudad y por hacerme sentir siempre parte de ellos(as). Igualmente, a Dora y a Rodrigo, otra de mis familias, que con su hospitalidad, compañía y atenciones, convirtieron el trabajo de campo en Ciudad Juárez en una tarea muy disfrutable y enriquecedora.

A mi padre, mi madre, hermanos, hermanas y sus familias, gracias por su cariño, comprensión y solidaridad durante este proceso. Algunos(as) de ellos(as) fueron mi escape en los momentos de mayor presión. A Rodolfo, mi esposo, parte esencial de este proyecto, por alentarme, leerme, comentarme, por eso y mucho más, pero sobre todo, por su amor y solidaridad.

Introducción	6
El espacio y los sujetos	6
Los motivos	9
Referentes teóricos	18
Un breve estado de la cuestión	22
Metodología	28
Los datos.....	28
Organización de la tesis	31
Capítulo 1. La infertilidad desde las políticas públicas	32
El derecho a decidir y la producción de la infertilidad como enfermedad	32
Políticas reproductivas Nacionales y oferta médica	42
Capítulo 2. Los lazos de sangre.....	49
Protagonistas	51
Racionalidad reproductiva.....	54
La maternidad y la paternidad	54
El derecho a decidir y la opción ‘natural’	59
La normalidad de la fertilidad	62
Obsesión genética.....	63
La RA y las experiencias	69
La tecnología de la reproducción asistida.....	69
Un “hermoso calvario”	78
Normalización y disciplina	83
Fuentes de espíritu, alma y corazón	90
Capítulo 3. Madres y padres idóneos. El interés superior de la infancia.....	93
Adopción y parentesco en sociedades no occidentales	94
La adopción en occidente a través de las legislaciones.....	96
Adopción una cuestión de sucesión y continuidad familiar.....	96
La adopción y los vínculos de sangre	98
Adopción solución a la orfandad.....	100
El interés superior del niño.....	101
Proteger a los niños contra la violencia.....	107
La adopción en México	110
La adopción como sucesión y el control de expositos.....	111
Adopción como beneficencia.....	112
Los derechos de la infancia.....	116
La adopción en Chihuahua	120

La estructura de la adopción	120
Cómo son las madres y padres idóneos(as).....	132
Capítulo 4. Los hijos de corazón	140
Los protagonistas	141
Reunión del grupo Misión San José.....	143
Nociones y temores	148
Realidades compartidas	148
El destino señalado por Dios.....	157
El proceso de adopción.....	161
Del derecho a decidir al interés superior del niño	161
Reuniendo a los hijos con sus padres. Destinados desde toda la eternidad	168
Construyendo lazos.....	171
Conclusiones.....	181
BIBLIOGRAFIA.....	195

Introducción

El presente trabajo de tesis tuvo como propósito analizar y exponer desde la investigación antropológica, cómo mujeres y hombres de dos ciudades del estado de Chihuahua, México, enfrentaron la infertilidad logrando constituirse como madres y padres, ello a través de vivir procesos de reproducción asistida y de adopción. En este sentido, el estudio aborda las percepciones y prácticas en torno a la maternidad, la paternidad, la infertilidad y el parentesco de un núcleo de población de la clase media en esta entidad del centro-norte del país.

El espacio y los sujetos

La geografía del estudio se ubicó en dos ciudades del estado de Chihuahua; entidad localizada al norte de México, en la frontera con Estados Unidos. De los 32 estados (incluyendo la Ciudad de México) que conforman la República Mexicana, Chihuahua es el de mayor extensión territorial: representa el 12.62% de la superficie nacional, y es de los menos densamente poblados.¹ Según datos de 2015, su población (que consta de 3,556,574 habitantes) –85% concentrada en zonas urbanas– representaba el 2.98 % de la población total del país (119,530,753 habitantes). De ésta, el mayor número de habitantes del estado se localiza en los municipios de Chihuahua y Juárez (878,062 y 1,391,180 respectivamente). En relación al aspecto económico, en 2014 la aportación estatal al Producto Interno Bruto nacional fue de 2.8%, derivada de actividades del sector terciario con un 57%, 36% del secundario y 7% de actividades primarias. La escolaridad en el estado (9.5: poco más de secundaria concluida) está por encima del promedio nacional (9.2). Según el censo de 2010, la religión mayoritaria es la católica; a la que pertenece el 76% de la población (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI).

Las localidades donde se llevó a cabo la presente investigación fueron Chihuahua y Ciudad Juárez; se trata de ciudades que hoy día son de las más dinámicas e importantes del estado de Chihuahua. La primera por ser su capital; la segunda, al constituirse como su principal polo fronterizo. Decidí trabajar en ambas urbes por varios motivos: en Chihuahua –mi lugar

¹ Su densidad de población, según datos de 2015, era de 14 personas por kilómetro cuadrado, cuando el promedio nacional es de 61. INEGI (s. f.).

de residencia actual– encontré personas que fungieron como los primeros informantes; posteriormente, el avance de la investigación y empatía con algunos de ellos me condujo a grupos de padres adoptivos en Ciudad Juárez y, finalmente, en ambas ciudades encontré condiciones (económicas y sociales) para la realización de la presente investigación. Por otra parte, un asunto nada menor –que me ayudó a confirmar mi decisión– fue el reconocer que tanto en Chihuahua como en Ciudad Juárez se carece de estudios antropológicos sobre el tema (al margen de saber que en el país hay igualmente un mínimo de indagaciones científicas al respecto). Esto, incrementó notablemente mi motivación al considerar que los resultados de la tesis podrían aportar datos novedosos sobre este relevante fenómeno social.

En cuanto al tema, quiero señalar que mi interés inicial fue indagar experiencias que tuvieran que ver con reproducción asistida (RA); no obstante, la información obtenida a través de sucesivas entrevistas despertó mi atención hacia el tópico de la adopción. Además, es importante señalar que la mayoría de las personas del presente estudio, antes de considerar la adopción, vivieron los procesos de RA.

En Chihuahua la tecnología de la RA se encuentra principalmente en el sector privado de la salud, en tanto, en el ámbito de servicios públicos el mayor apoyo que se puede llegar a recibir –y de manera restringida de acuerdo a características de los(as) pacientes y sólo en ciertos hospitales– es el que corresponde a terapia hormonal. Por esto y por el costo elevado de los tratamientos, la RA constituye un recurso de acceso limitado. Así, una de las características de los y las informantes es que cuentan con una capacidad económica que les permite optar por la RA. Otras características que comparten estas personas son el nivel de escolarización y su adscripción religiosa. Con una excepción, todos(as) tienen estudios de nivel superior y algunos(as) realizaron incluso posgrados. La mayoría son empleados y empleadas, algunos ofrecen servicios de forma independiente, una pareja administra su empresa y sólo una mujer se dedica exclusivamente a labores del hogar. Por otra parte, la mayoría de las y los entrevistados(as) son católicos(as).

Las cinco parejas y trece mujeres entrevistadas, pertenecen a la clase media chihuahuense. Para referirme a las clases medias, me apoyo en las definiciones de Soledad Loaeza y Elsa Muñiz. Según Soledad Loaeza (1982), las clases medias se caracterizan, desde una perspectiva económica, por el tipo de trabajo no manual que realizan y por su nivel de

educación que les permite acceder a empleos bien remunerados. Se distinguen de las clases altas por la procedencia de sus ingresos; éstos dependen de la prestación de un servicio, mientras que aquellas disponen de rentas o capital.

Aparte de lo anterior, existen criterios subjetivos que identifican a la clase media. Éstos se refieren a la adopción de ciertos hábitos y valores que, siendo percibidos por el conjunto de la sociedad como elementos legitimadores de la estructura social, reflejan la autopercepción de la posición que se ocupa en la estructura. Loaeza señala, además, que en México los valores de la clase media están asociados a valores democráticos tradicionales. Tienen que ver con la meritocracia, la participación institucional, la movilidad social y la igualdad de oportunidades. La movilidad social es un principio fundamental de supervivencia de las clases medias y es, a la vez, un principio fundamental de la democracia liberal (págs. 80-81). Elsa Muñiz (2002) señala que la posición social de estos grupos depende del prestigio, más que de la riqueza material, y agrega que “el buen comportamiento, la buena educación y los valores firmes han constituido su capital más importante (pág. 67)”. Aunque se identifica a estas clases con un espíritu progresista, son en realidad contradictorias, pues suelen mostrar tendencias conservadoras y reaccionarias; sin embargo, pese a ello dentro de estos sectores han surgido movimientos progresistas (Loaeza, 1982; Muñiz, 2002).

Muñiz (2002) advierte que en las clases medias se expresa de manera más precisa una cultura de género, la cual impone ciertas características a las representaciones de lo femenino y lo masculino, designa los papeles sociales a hombres y mujeres, y define las relaciones aceptadas-prohibidas. La cultura de género –desde esta perspectiva– fue producto de la estrategia del Estado mexicano para reorganizar el país en los años posteriores a la Revolución.² Aunque el proyecto estaba dirigido a toda la sociedad, sin embargo, donde fue mejor recibido y logró arraigar fue en el sector de la clase media. Ésta se convirtió “en el sector ejemplar, en cuanto a la generación de autoacciones y tabúes, por su necesidad de distinguirse, de alcanzar cierto prestigio superior en su tránsito a constituirse en la burguesía nacional (pág. 16)”. La familia de clase media recogió también

² Durante los años veinte, en el proceso de reorganización del país tras la guerra civil y como parte del proyecto de establecer un nuevo orden social, se desarrolló en México una cultura de género orientada, en primer lugar, a generar a los individuos y, en segundo, a designar los comportamientos correctos diferenciados por género (Muñiz, 2002).

la tradición de familia nuclear,³ compuesta por padre, madre e hijos(as), “bien avenida, organizada en torno al matrimonio monogámico y con el noble fin de la reproducción (p.75)”. Esta forma familiar condensó los valores tradicionales de respeto a las jerarquías, obediencia y sumisión, pero también incluyó las ideas de la vida moderna, el amor a la patria y el respeto a las instituciones. Iglesia y Estado coincidieron, así, respecto a la definición de los comportamientos y respecto al modelo ideal de familia. Con todo, a la definición de esta última contribuyeron fundamentalmente la iglesia y su doctrina. De esa manera, en la familia se delinearon las relaciones de dominación entre la mujer y el hombre, el adulto y el niño, y entre padres e hijos; además, se trató de un esquema de jerarquías que se reproduciría en otros ámbitos de la vida social. También se desarrolló un gran interés por afianzar, mediante instancias formadoras de niños y jóvenes, el individualismo acorde con una sociedad capitalista.

En suma, considero que estas caracterizaciones de la clase media coinciden en gran medida con lo constatado durante la realización de la tesis, incluyendo el modelo de familia nuclear; pues fue el tipo de organización familiar dominante en los casos estudiados. Tomemos en cuenta también que las estructuras jerárquicas en la actualidad no son tan obvias como lo fueron en los años veinte.

Los motivos

La selección del tema de investigación generalmente tiene que ver no solamente con intereses académicos, sino con inquietudes personales, y ésta no es la excepción. Aunque el enfoque se fue modificando, uno de mis intereses iniciales derivó de los cuestionamientos surgidos a partir de diferentes experiencias médicas. Posteriormente, surgiría otro tema relevante relacionado con el campo de la reproducción humana; especialmente desde el enfoque de la maternidad. Había pues tres temas que consideré antes de llegar a mi decisión definitiva: los temas de los exámenes para la prevención del cáncer cervicouterino, los tratamientos del cáncer de mama y la reproducción asistida. Finalmente, este último aspecto fue el que seleccioné, pues reúne los dos intereses; aunque a partir del trabajo de campo y documental terminó ganando centralidad el aspecto de la reproducción. Me gustaría que

³ Este tipo de organización familiar no había sido dominante durante el Porfiriato y hasta los años veinte (Muñiz, 2002).

este trabajo antropológico sobre el tema, además de contribuir al conocimiento, también pueda ser de utilidad para parejas y especialmente mujeres que pasan por estos procesos.

En los inicios de la investigación mi objetivo consistía en conocer las implicaciones de la reproducción asistida (RA), a partir de la estructura de los procedimientos y de la intervención de la medicina en la concepción del(a) hijo(a). Teniendo en cuenta que el significado de la RA está directamente relacionado con las ideas sobre la infertilidad, era necesario entender en primer lugar lo que representa la infertilidad en el medio social. Durante el trabajo que realicé, con hombres y mujeres que pertenecen a las clases medias de Chihuahua, pude observar que las personas se han formado a través de su socialización una idea de la normalidad de la vida que incluye la maternidad y la paternidad. Socialización y normalización que se da a partir de procesos formativos y educativos que vienen desde las familias, donde la religión tiene un peso importante sobre todo en las familias de clases medias. La mayoría de las y los informantes no concebía su vida sin hijos(as); por eso, varios de ellos habían optado en algún momento por la adopción. Por lo anterior, mi investigación se amplió para incluir la infertilidad y la adopción.

De acuerdo con los datos de esta investigación, se puede decir que estas personas imaginaron que formarían una familia como lo hicieron sus padres o como han observado que ocurre en su entorno. La maternidad y la paternidad raramente se cuestionaron y mucho menos se puso en duda la fertilidad. Estas condiciones se entienden, por esa razón, como parte de la normalidad de la vida, mientras que no tener hijos(as) o no poder tenerlos no se considera normal. Según su noción sobre la maternidad y la paternidad, asociada en gran medida a la biología, la infertilidad indica que el cuerpo tiene alguna falla que se debe corregir mediante atención médica; fue así que la reproducción asistida se identificó como la solución natural. Aunque cada vez es más común que las parejas o las mujeres recurran a esta opción, la estructura y las implicaciones de los procedimientos se aprendieron mediante las experiencias propias. Lo mismo ocurrió con las adopciones: las personas que decidieron adoptar no encontraron referentes que los pudieran orientar, pues las adopciones se han mantenido en secreto y, por lo mismo, no se había generado un conocimiento al que hubieran podido recurrir —esto, no obstante, está cambiando gracias a una tendencia a la apertura—. Por lo que las personas se enfrentaron con otro camino por descubrir y con

ciertos temores respecto a criar “hijos ajenos”. En ambos casos las mujeres y los hombres se sintieron solos(as), incomprendidos(as) y aislados(as), pues se encontraron en una situación percibida como ‘anormal’.

A pesar de que las tecnologías médicas han hecho posible el control del cuerpo respecto a la reproducción –ya que el número de hijos(as) y el momento para tenerlos(as) es una cuestión de elección y es además un derecho–, no tener hijos no parecía ser una opción, ni cuando existían dificultades para tenerlos(as). La primera opción, cuando encontraron dificultades, fue la reproducción asistida (RA); pero cuando no se logró el objetivo, la gran mayoría de las personas siguió la búsqueda por medio de la adopción.

Existe una racionalidad sobre la reproducción⁴ conforme a la cual se guía, evalúa y vigila las conductas de las personas desde diversas instituciones; como son la medicina, la iglesia la familia, e igualmente es algo que se asume por conducto de las relaciones personales. Las personas sin hijos son cuestionadas, sutilmente segregadas y “auxiliadas” –aunque no lo soliciten– en la búsqueda de un(a) hijo(a); a veces todavía después de haber renunciado a la maternidad o a la paternidad. Asimismo, también ocurre que son “consoladas” por su situación. Estas actitudes consiguen reafirmar la ‘anormalidad’ de su condición. Considerando este imperativo sobre la maternidad y la paternidad, resulta difícil distinguir entre deseo y necesidad de tener un(a) hijo(a). De acuerdo con una informante, ante la duda, tener hijos(as) es la ruta más segura.⁵ No tenerlos(as) es un camino todavía por construir. Como señalan Bestard *et al.*, tener un(a) hijo(a) significa integración social; esto es, se constituye en una experiencia que va más allá de sólo formar una familia, por lo que “... la infertilidad afecta integralmente al individuo, en su cuerpo y en su personalidad social (Bestard Camps, Orobitg Canal, Ribot Ballabriga y Salazar Carrasco, 2003, pág. 17).”

⁴ La noción *racionalidad reproductiva* fue acuñada por Morgan y Roberts (2012), y se fundamenta en la noción de biopoder de Foucault. Más adelante se explica ello con mayor detalle.

⁵ Verena Stolcke (1988, pág. 285) también cuestiona la autenticidad del deseo de tener hijos(as) ante el imperativo social sobre la paternidad y la maternidad: “*The true pain that infertility can cause women as well as men in a society in which feminine identity rests so heavily on biological motherhood and male infertility tends to be confused with lack of virility must be taken seriously. Nonetheless, one must distinguish between freely expressed desires and socially induced needs*”.

En relación a la infertilidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define desde los aspectos clínico y epidemiológico:

A disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse.⁶

Women of reproductive age at risk of becoming pregnant who report unsuccessfully trying for a pregnancy for more than two years.⁷

La primera definición tiene como fin detectar y tratar la infertilidad oportunamente, los datos que permiten identificarla se obtienen de historias médicas y análisis de laboratorio. La infertilidad según la definición epidemiológica puede ser determinada a través de encuestas⁸. Se considera infertilidad primaria, cuando no se ha tenido ningún hijo(a) y secundaria cuando ya se ha tenido al menos un hijo(a).

El problema, a la hora de estimar tasas de infertilidad, radica en que las encuestas generalmente no contienen información sobre las intenciones de embarazarse de una pareja, y tampoco recogen datos de embarazos anteriores; sólo registran nacimientos. Las estimaciones se ven limitadas además por otros factores; entre éstos, resalta el factor masculino, ya que se indaga a partir de las mujeres. En consecuencia, se considera que la infertilidad está generalmente subestimada y, por otro lado, la falta de uniformidad en la definición de la infertilidad puede producir resultados diversos. Una investigación que aparece en la página de la OMS, utilizando criterios rigurosos, consideró un periodo de cinco años de exposición al riesgo de embarazo. Dicho estudio, realizado por investigadores de la OMS y de dos universidades de Estados Unidos, estimó la incidencia y tendencias específicas de la infertilidad en 190 países y territorios entre 1990 y 2010⁹. (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel y Stevens, 2012; Daar y Merali, 2002)

⁶ Zegers-Hochschild et al. (2009), citado por (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, Stevens et. Al., 2012, pág. 2).

⁷ World Health Organization (2006), citado por (Mascarenhas et al., 2012, pág. 2).

⁸ La edad reproductiva, de acuerdo con la OMS va de los 15 a los 49 años.

⁹ Utilizó las encuestas nacionales, excluyendo las que no identificaban: la edad de la mujer, el estado actual de pareja, el uso actual de anticonceptivos, el tiempo del primer y último parto, el tiempo desde la primera unión y el deseo de tener un hijo. El estudio excluyó el inicio y término del periodo reproductivo, debido a que en esas edades pocas parejas están buscando hijos/as y las estimaciones resultarían menos estables. Así mismo, se consideraron 5 años de exposición al riesgo de embarazo, tiempo considerado necesario para poder abarcar el periodo entre embarazo y nacimiento, prevenir separaciones temporales no reportadas, así

Parte de sus resultados mencionan que, a nivel global, para el año 2010 el 1.9 % de mujeres de entre 20 y 40 años que estuvieron expuestas al riesgo de embarazo no tuvieron un hijo vivo. De las mujeres, que ya habiendo tenido por lo menos un hijo vivo y que estuvieron expuestas al riesgo de embarazo, 10.5 no pudieron tener otro hijo. La incidencia fue más alta en el Sur de Asia, África Subsahariana, el Norte de África/Este Medio y Centro/Este de Europa y Asia Central. Los niveles de infertilidad en 2010 fueron similares a 1990, en la mayoría de las regiones. Sin embargo, debido al crecimiento de la población, en números absolutos hubo una variación de 42 millones en 1990 a 48.5 millones en 2010 (Mascarenhas, et al., 2012). Esta estimación se encuentra en el límite más bajo del rango que maneja la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción (AMMR). De acuerdo con ésta, la infertilidad a nivel mundial se ha incrementado y actualmente se encuentra entre un 10 y 20%.

Para el caso mexicano, el estudio utilizó la Encuesta Mundial de Fertilidad de 1976 y la Encuesta Demográfica y de Salud de 1987¹⁰. Según sus estimaciones, en 1990 la infertilidad primaria en México era de 1.2% y la secundaria de 5.5%; en 2010 la infertilidad primaria fue de 1.1 y la secundaria de 6.8 (Mascarenhas, et al, 2012). Sumando los dos tipos de infertilidad tendríamos una tasa del 7.9%. Es una cifra similar a la que proporciona el Instituto Chihuahuense de la Salud (ICHISAL): en México aproximadamente del 8 al 10% de las parejas tiene algún problema de infertilidad¹¹.

La OMS se ha venido ocupando del tema de la infertilidad directa o indirectamente desde principios de los años setenta. En 1972 se creó en esta organización una unidad dedicada a la reproducción humana, ésta derivó posteriormente en el Programa de Reproducción Humana (HRP por sus siglas en inglés) o El Programa. Aunque su principal objetivo era el control de la fertilidad, se involucró desde los primeros años en cuestiones de infertilidad. La OMS ha dirigido y apoyado estudios sobre incidencia y tendencias específicas de la

como abstinencia posparto y esterilidad temporal por lactancia. Se diseñó un modelo estadístico para generar las estimaciones por cada año y país, incluyendo aquellos para los que no se encontró información. Para generar las estimaciones de cada país, el modelo se alimentó de información del mismo país, en el caso de que existiera, y de otros países, especialmente países de la misma región (Mascarenhas *et al.*, 2012)

¹⁰ Éstas eran las últimas disponibles en ese momento y cuando yo realicé la revisión tampoco encontré otras más recientes.

¹¹ Consulta al ICHISAL a través del Instituto Chihuahuense de Acceso a la Información Pública ICHITAIP, 14 de mayo de 2015.

infertilidad en diversos países y también ha colaborado con la elaboración de manuales y guías sobre infertilidad y su tratamiento, incluyendo los desarrollos de la tecnología de reproducción asistida RA. (Ziemin van der Poel, 2012)

La infertilidad se ha ido colocando en la agenda de las Naciones Unidas como un problema de salud pública. Desde este organismo se ha trabajado, sobre todo en los años ochenta, en prevenir las principales causas conocidas de infertilidad, como las enfermedades de transmisión sexual y los abortos mal practicados. Sin embargo, algunas causas no son prevenibles. Como se verá durante el desarrollo de la tesis, a partir del discurso de la OMS la RA se ha identificado como una de las principales soluciones para la infertilidad. La retórica de los derechos reproductivos, específicamente el derecho a decidir cuántos y cuándo tener hijos(as), ha servido para fundamentar demandas sobre inversión estatal para el tratamiento de la infertilidad.

Por lo anterior, la infertilidad se vive como una discapacidad. Bajo esa visión, las personas conciben que una función de su cuerpo falla; lo que motiva, a su vez, que comprendan que esta deficiencia no les permitirá alcanzar el estatus de madre y padre -posición que por un lado, es considerada como parte fundamental de las identidades femenina y masculina, y por otro, como mecanismo de integración completa en la sociedad.

Por esta razón, las parejas y mujeres recurren a la RA y a la adopción buscando una alternativa que les ayude a normalizar su situación por medio del logro del(a) hijo(a). Puesto que ninguna de esas opciones es la ‘natural’, las personas tendrán que hacer un esfuerzo por explicarse y naturalizar estas formas de reproducción, y lograr producir su maternidad o paternidad y sus relaciones de parentesco¹².

Es por ello que en esta investigación respondo a las siguientes preguntas: ¿Cómo se produce la paternidad y la maternidad a partir de las experiencias en procesos de reproducción asistida y de adopción derivadas de la infertilidad? Y, considerando que el parentesco implica un reconocimiento social, como afirma Galvin (2001, citado por Grau,

¹² Bestard (2004) advierte que los(as) usuarios(as) de RA para comprender, para dar sentido a la intervención que realiza la RA sobre la naturaleza, utilizan las nociones de parentesco que han construido culturalmente, haciendo analogías entre símbolos del parentesco y técnicas de RA

2010, págs. 86-87) ¿de qué manera, a partir de la RA y adopción, los casos analizados logran legitimar sus relaciones de parentesco?

Lo que sabemos sobre nosotros mismos, sobre los demás, sobre los comportamientos apropiados en diversos aspectos de nuestras vidas, como el de la reproducción, es un conocimiento dinámico que surge y se transforma en la vida cotidiana a partir de nuestras experiencias con instancias reguladoras como la familia, la educación, la religión, la medicina, los medios masivos de comunicación. Según Michel Foucault (1978), desde el siglo XIX vivimos en una sociedad disciplinaria que se caracteriza por la vigilancia, el control y la corrección permanente de los individuos a través de *micro-poderes* representados por diversas instituciones. Estas instituciones van formando a los individuos de acuerdo con normas que se sustentan en saberes específicos. Es decir, regímenes de poder-saber que se construyen a partir de prácticas discursivas, a partir de la “puesta en discurso”, en este caso de la infertilidad y la reproducción. Estas prácticas discursivas llegan a las conductas y a los deseos individuales incitando, intensificando o produciendo rechazo, bloqueo, descalificación. Esto es lo que Foucault llama “las técnicas polimorfos del poder (Foucault, 1978, pág. 19)”.

Además, existe otro tipo de tecnología de poder cuyo objeto de saber-poder no se dirige a los individuos/cuerpos sino al hombre/especie. Es decir, toma en cuenta fenómenos colectivos que tienen efectos económicos y políticos. Dicha tecnología es la biopolítica de la población, la cual actúa mediante mecanismos globales para regular los procesos biológicos del hombre/especie (Foucault, 2000).

Para entender las estrategias mediante las cuales los informantes se construyen como padres y madres, y producen sus relaciones de parentesco, así como la relación entre estas estrategias y determinadas políticas estatales y nacionales, es importante identificar el régimen de poder-saber que mantiene en los informantes ciertas ideas en torno a la maternidad, la paternidad, el parentesco y la infertilidad. Lo anterior teniendo en cuenta que el ejercicio de la paternidad y la maternidad se encuentra en lo que Foucault (2006, pág. 228) identifica como “la encrucijada del cuerpo y la población”, donde se cruzan la norma de la disciplina y la norma de la regularización. Es necesario entonces, reconocer los discursos que se generan en torno a la reproducción en los ámbitos local, nacional e

internacional; ya que dichos discursos, emitidos por los tres niveles de institucionalización, formarán parte de mecanismos de control, sean estos persuasivos o coercitivos. Éstos son mecanismos que bien pueden tomar diferentes formas como, por ejemplo, disposiciones legales o preceptos morales, incentivos económicos y exhortaciones éticas, a través de los cuales se vigila y controla los comportamientos reproductivos (individuales) y las políticas de población (hombre/especie). Este mecanismo es -a grandes rasgos- la gobernanza reproductiva; ésta es una noción desarrollada por Morgan y Roberts (2012) a partir de la teoría del biopoder de Foucault.

A través de las concepciones y prácticas de las personas, podemos reconocer ciertas nociones en torno a la maternidad, la paternidad, la infertilidad y el parentesco; esto es, son nociones de acuerdo a las cuales aquellas han diseñado sus estrategias reproductivas. Estas formas de concebir y practicar la reproducción, entrarán en concordancia con la retórica reproductiva que engrosan las políticas públicas internacionales, nacionales y regionales, así como la retórica que defienden esferas eclesiásticas o científicas –como la medicina o la psicología.

Acciones y declaraciones de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas, en especial las declaratorias en materia de derechos humanos, por ejemplo, promoverán y legitimarán la existencia de políticas públicas nacionales que inciden a nivel micro –en forma de discursos y habilitaciones o constricciones en la esfera de la reproducción. De modo que, con ello, logran afectar los comportamientos definiendo lo racional y lo irracional. Al mismo tiempo pueden conseguir que la sociedad civil sea, en última instancia, la impulsora de esas fundamentaciones globales en materia reproductiva.

Por otro lado, la producción científica, a veces respaldada por organismos como la OMS, también contribuye con la construcción de una racionalidad sobre la reproducción. De igual manera sucede con los discursos eclesiásticos –en este caso documentamos lo referente a la iglesia católica. En este sentido, podemos observar que través de conferencias, proyectos de investigación y declaraciones de organismos internacionales, se ha producido y reproducido la hegemonía de la biomedicina y la legitimación de la RA como la solución para la infertilidad; idea que por otro lado refuerza la concepción occidental del parentesco asociado a la biología.

También, el discurso de las madres y los padres adoptivos(as) y sus esfuerzos por convertirse en los sujetos idóneos para ejercer la paternidad y maternidad, denotan la influencia de la retórica de los discursos sobre “el interés superior de la infancia”, la familia como medio natural para su bienestar, y el afecto como elemento central de la crianza de los(as) niños(as). Éstos pueden encontrarse en la Declaración de los Derechos del Niño y en algunas teorías psicológicas.

Para las personas que participaron en esta investigación, tener hijos(as) más que un derecho –a decidir–, representa un mandato cultural y, en el contexto neoliberal, su consecución puede ser asociada con las capacidades y logros individuales. Estas ideas, más la noción del parentesco vinculado a la biología, pueden llevar a los sujetos a insistir en la búsqueda de un embarazo por medio de la RA. Sin embargo, si el(a) hijo(a) no se logra, o ya se alcanzaron los límites morales, económicos o físicos de las personas sin lograr el(a) hijo(a), la siguiente alternativa es la adopción. Cualquiera de estas opciones requiere de los sujetos un replanteamiento de sus ideas sobre el parentesco, la maternidad y la paternidad; de manera que, con ese ejercicio, puedan legitimarlas como formas “normales” de constituir relaciones de parentesco y formar familias. No obstante, son las nociones sobre el proceso biológico y sobre el parentesco las que sirven de base para entender y también para normalizar la situación por medio de la imitación. Aunque existen también características propias de las maternidades y paternidades, por medio de RA o de adopción, que se reivindicán para agregar valor a estas opciones; como el deseo de tener hijos(as) y los esfuerzos realizados durante periodos a veces muy largos.

Finalmente, no obstante la posición de la RA como solución para la infertilidad a nivel global, la retórica no produce efectos de un modo uniforme. Mientras países de mayor bienestar económico incluyen la tecnología médica en la salud pública, otros países como México aún privilegian el control natal como una ruta en sus políticas públicas. Otro contraste se da entre ciertos contextos, donde la reproducción es considerada valiosa y por lo tanto incentivada, frente a otros en los que es considerada peligrosa y la opción de la RA queda sólo al alcance de algunos sectores de la población.

Referentes teóricos

Para dar cuenta de esos supuestos y, en particular, de la relación que se establece entre los procesos macro (discursos, políticas gubernamentales) y los procesos individuales de construcción de la paternidad y la maternidad, parto de los conceptos de gobernanza, biopoder y biopolítica de Foucault (1978, 1998, 2006) y el de gobernanza reproductiva acuñado por Morgan y Roberts (2012).

Foucault señala que en el siglo XVIII surgió una forma de poder que no tiene su fundamento en la ley o en prohibiciones; se trata más bien de un poder positivo orientado a producir comportamientos. Éste opera a través de mecanismos basados en saberes que le sirven a la vez de instrumentos: no funciona a través del derecho sino de la técnica, no se basa en la ley sino en la normalización, no utiliza el castigo, sino el control, y se ejerce no sólo por el Estado y sus aparatos, sino que viene de todas partes y se está produciendo a cada instante. En general, no es una institución, ni una estructura, ni un atributo de algunos, es una “situación estratégica compleja en una sociedad dada” (1978, pág. 113).

A través de prácticas discursivas, sustentadas en regímenes de poder-saber, el poder llega hasta las conductas más individuales, se infiltra hasta “formas apenas perceptibles de deseo” y tiene la capacidad de producir rechazo, descalificación o incitación e intensificación. Su éxito depende de lograr enmascarar una parte importante de sí mismo. Foucault sugiere que funciona porque se ve en él sólo una limitación al deseo, mientras una parte de libertad, aunque sea mínima, queda intacta. (pág. 105)

Esta forma de poder abarca la vida de dos formas. Una se dirige al cuerpo como máquina y la otra al cuerpo-especie. A la primera de éstas, al *biopoder*, corresponden las *disciplinas* (educación, utilidad y docilidad), es decir, *la anatomopolítica del cuerpo humano*. La regulación de la población o *biopolítica de la población*, corresponde a la segunda; esta forma ejerce control sobre el cuerpo desde la perspectiva de los procesos biológicos (nacimientos, mortalidad, salud) (Foucault, 1998, pág. 168). Foucault distingue una tecnología del sexo que funciona sobre la vida del cuerpo, y desde el cuerpo accede a la vida de la especie. Así, el dispositivo (de poder y saber) del sexo abarca la vida enteramente.

La *biopolítica* de la especie humana apareció a finales del siglo XVIII, después de la *anatomopolítica*. La nueva tecnología de poder no modifica a la anterior, “la integra, la modifica parcialmente y la utiliza implantándose de cierto modo en ella (Foucault, 2000, pág. 219)”. Sus primeros objetos de saber y control fueron los procesos de natalidad, de mortalidad y de longevidad -en conexión con asuntos económicos y políticos. Se puso en práctica la medición estadística de esos fenómenos por medio de las primeras demografías. Apareció también la enfermedad como fenómeno de población y la medicina “con la función crucial de higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población (pág. 221)”. Otros campos de intervención de la biopolítica son: las diversas incapacidades biológicas y los efectos del medio.

Esta tecnología tiene que ver con la población como problema científico y político, como asunto biológico y de poder. Los fenómenos que toma en cuenta son colectivos y se manifiestan en efectos económicos y políticos. Además, éstos son aleatorios e imprevisibles a nivel individual, pero a nivel colectivo exhiben constantes que se pueden establecer. Y deben considerarse en un límite de tiempo más o menos largo. (Foucault, 2000)

Existen, pues, mecanismos disciplinarios que procuran la visibilidad de los individuos, la normalización de las conductas y, por otro lado, mecanismos reguladores de la población que inducen conductas sobre asuntos como vivienda, salud, procreación, longevidad, higiene, escolaridad, cuidados de los niños. La medicina constituye un poder/saber que interviene tanto sobre el cuerpo como sobre la población, por lo que tiene efectos disciplinarios y regularizadores. En suma, en la sociedad de normalización se cruzan la norma de la disciplina y la norma de la regularización. (Foucault, 2000)

¿Cómo podemos entender los efectos de los procesos internacionales a nivel local? La noción de gobernabilidad reproductiva¹³ –que parte de esa noción de *biopoder* de Foucault-

¹³ “Reproductive governance refers to the mechanisms through which different historical configurations of actors – such as state institutions, churches, donor agencies, and non-governmental organisations (NGOs), and social movements– use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor and control reproductive behaviours and population practices” (Morgan y Roberts, 2012, pág. 243)

acuñada por Lynn M. Morgan & Elizabeth F.S. Roberts (2012), permite analizar las intersecciones entre políticas internacionales y lo que ocurre a escala nacional. Este concepto se refiere al conjunto de mecanismos que despliegan diferentes actores para vigilar y controlar comportamientos reproductivos, y para regular la estructura y los movimientos poblacionales; es decir, incluye los dos aspectos de la gobernanza: el disciplinamiento de los cuerpos y la regulación de la población. Los comportamientos íntimos, los juicios éticos y sus manifestaciones públicas son gobernados por *regímenes morales* que constituyen estándares privilegiados de moralidad. Los *regímenes morales de reproducción*¹⁴, a su vez, son usados para evaluar acciones e ideologías sobre generación, perpetuación y continuidad humana. Las acciones se evalúan en relación a otras actividades que se suponen inmorales e irracionales. Con base en esta moralidad se ejerce la vigilancia sobre aspectos tales como comportamiento sexual e identidades, formaciones familiares, organización doméstica, manifestaciones religiosas, formas idealizadas de reproducción.

Las autoras observan que los procesos económicos influyen en la configuración de los regímenes morales que gobiernan las prácticas reproductivas. Afirman que la legitimidad que ha cobrado en la política internacional el concepto de derechos humanos universales ha facilitado los cambios en la gobernanza en América Latina. El problema en relación a la reivindicación de derechos, es que coloca a unos actores contra otros; como, por ejemplo, el caso de los derechos del embrión contra los derechos de las mujeres. Un ejemplo del ámbito de la reproducción asistida sería el derecho a la privacidad de las y los donantes de gametos contra el derecho de los hijos nacidos o las hijas nacidas a partir de esos procesos, a conocer su origen. A partir de estas reivindicaciones surgen nuevas leyes y acuerdos internacionales, nuevos sujetos y nuevas posiciones de sujetos, así como nuevos regímenes morales que colocan a los sujetos bajo una nueva gobernanza reproductiva (págs., 242-244).

Tanto la producción científica como los acuerdos internacionales y las declaraciones mundiales, influyen y respaldan políticas nacionales que constituyen formas de gobernanza

¹⁴ La noción de *regímenes morales* deriva de las nociones: *regímenes de verdad* –mecanismos históricamente específicos que producen las ideas que funcionan como verdad- de Foucault y *políticas de vida* –se refiere no sólo a cómo son gobernadas las poblaciones, “sino a la evaluación de los seres humanos y el significado de su existencia” (Fassin, 2007, págs. 500-1, citado por Morgan y Roberts, 2012, pág. 242)- de Fassin.

específicas -aunque no precisamente uniformes y simples; se trata más bien de configuraciones complejas y diversas. Estas políticas desarrolladas dentro de determinados marcos económicos, influidas fuertemente por la biomedicina¹⁵ y a veces por cuestiones religiosas, producen racionalidades reproductivas particulares. Sin embargo, como señalan Krause y De Zordo (2012), lo que se entiende por reproducción racional o responsable depende del sujeto del que se trate y de la perspectiva que se utilice. Así, algunas poblaciones, como la inmigrante, pueden ser objetivo de las campañas de control de fertilidad, mientras se generan alarmas demográficas sobre otros sectores de la población, a quienes se les acusa de “irracionalidad no-reproductiva” (Krause y De Zordo, 2012). Desde esta perspectiva, podemos observar que mientras en México, bajo el discurso de los derechos sexuales y reproductivos, aún se desarrollan programas para promover el control de la natalidad, un sector de la población se convierte en clientes de servicios de reproducción asistida.

Los cambios en la gobernanza reproductiva que se han venido experimentando desde el contexto internacional, me proveerán del marco para entender las ideas contemporáneas sobre la reproducción racional e irracional, en cuanto el tema de la infertilidad en Chihuahua.

Es importante incorporar a la investigación una perspectiva de género; una que –en particular– tenga en cuenta las diferencias en la socialización de hombres y mujeres, que ponga atención a los procesos de naturalización derivados de una percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano, que tenga en cuenta que el poder también se ejerce desde los discursos expertos de diversas ciencias (Borrell y Artazcoz, 2008; Esteban, 2006; Butler 2006)

Las ideas sobre la reproducción, que guían las prácticas de las personas, no son elaboraciones solamente personales y locales; son, principalmente, el producto de procesos históricos que se origina globalmente y que inciden en el nivel nacional y se expresan en el

¹⁵¹⁵ La medicina profesional occidental ha sido conocida como *medicina científica*, *medicina alópata* o simplemente *medicina*. Gaines y Hann la llamaron biomedicina para subrayar el hecho de que es preeminentemente biológica y de esta manera poder distinguirla de las medicinas profesionales de otras culturas (Gaines y Davis-Floyd, 2004:95). En este trabajo nos referiremos a este tipo de medicina nombrándola como biomedicina o medicina.

local. El concepto de gobernanza reproductiva será de utilidad para analizar los marcos dentro de los que actúan las personas de esta investigación. Este concepto nos permite comprender las racionalidades a partir de las cuales son evaluadas las personas, por otros y por ellos mismos.

Un breve estado de la cuestión

Los planteamientos se han hecho con base en la producción existente. Como una vía propia, quiero participar en los debates que se han venido desarrollando, para lo cual doy cuenta brevemente de algunos de ellos.

La reproducción asistida es uno de los principales temas que ha desarrollado el feminismo académico a partir del término de las guerras del siglo XX. Sobre este tema, se ha producido una bibliografía numerosa en diferentes países. Aunque a principios de la década de los años ochenta una de las líneas más destacada fue la denuncia del carácter patriarcal de estas tecnologías por las feministas radicales, otras posiciones cuestionaron esa crítica y se inclinaron por el estudio de las experiencias que tenían las mujeres con la fertilización in vitro y la infertilidad. Otras perspectivas de investigación fueron la salud de las mujeres y “el derecho a decidir” –en relación a las tecnologías de RA. Según Franklin, este último ha sido el tema más consistente del feminismo respecto a las tecnologías de reproducción asistida. (Franklin, 2010-2011)

Cardaci y Sánchez (2011) identificaron los enfoques desde los que el feminismo académico de Estados Unidos, Inglaterra y Australia abordó los estudios sobre las tecnologías de reproducción asistida. Durante la segunda mitad de la década de los años ochenta, una postura feminista criticó y rechazó el uso de estas tecnologías a las que identificó como un mecanismo patriarcal de sumisión de las mujeres. Pero, desde otra perspectiva, se consideraron una alternativa positiva y se pugnó por la democratización del acceso a estas tecnologías; e incluso algunas feministas radicales, por su parte, consideraron la reproducción asistida como una alternativa para las relaciones parentales entre parejas lesbianas. A finales de los años ochenta y principios de los noventa, el problema se complejizó y se abordó desde diferentes puntos de vista, como la experiencia subjetiva de las mujeres y la complejidad sociocultural de la infertilidad. Las nuevas cuestiones

incluyeron los efectos culturales de la aplicación de estas técnicas de reproducción en la manera de concebir el parentesco, la familia, la paternidad y la maternidad.

En México, desafortunadamente, existe poca producción sobre el tema. Se revisaron tres tesis que tratan el tema a partir de la antropología médica. Mayra L. Chávez Courtois (2008) analizó las percepciones sobre el cuerpo, el rol de género y el parentesco, derivadas de las experiencias en procesos de RA; Elena Castañeda (1998) reconstruyó lo que llama “la ruta del padecer” de cinco mujeres, para dar cuenta del papel que juega la dimensión sociocultural en la construcción como problema de la ausencia de embarazo. Esta autora desarrolló posteriormente este tema desde la perspectiva de la infertilidad masculina, incluyendo las percepciones de los médicos tratantes (2005). Cabe señalar que estas investigaciones se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER).

Algunas autoras señalan que los estudios antropológicos del parentesco se han revitalizado; sobre todo desde que se empezó a estudiar la propia cultura occidental. En esta transformación han influido procesos sociales y cambios tecnológicos como las tecnologías de reproducción asistida, trasplantes de partes del cuerpo, clonación. Además del parentesco, otros temas como la familia, los límites entre naturaleza y cultura, la identidad, se cuestionan a partir no solamente de esas tecnologías, sino también a partir de la adopción (Tarducci, 2013). Aunado a esto, el tema de las adopciones genera otros interrogantes, como los movimientos de niños desde países pobres del sur hacia los países de mayor bienestar económico del norte, y engendra también cuestiones sobre postcolonialismo, nacionalismo, relaciones internacionales, raza y etnicidad (Howell, 2009). Howell señala que los antropólogos empezaron a interesarse por el tema de la adopción a partir del incremento de adopciones internacionales en Europa occidental y Norteamérica (en 2003 hubo más de 40,000). En seguida expongo una breve revisión de investigaciones en torno a reproducción asistida y adopción.

A nivel internacional, la infertilidad se reconoce como un problema de salud que debe ser considerado a la hora de distribuir recursos públicos; en especial, en los países en desarrollo, donde se reconoce que el padecimiento es más intenso ¿Por qué la infertilidad se convierte en padecimiento? Chávez Courtis (2008) encuentra en su estudio en el INPER que las personas infértiles: interpretan su condición como una falla, se sienten como

personas incompletas (cuerpo anormal) y socialmente disminuidas, se les dificulta romper con la idea de ser a través del hijo. El simbolismo asociado a las funciones fisiológicas, es central en la construcción de la infertilidad como problema. Castañeda (1998) señala que la maternidad es un aspecto fundamental en el devenir mujer; así, la procreación es uno de los roles social y culturalmente esperados para alcanzar el estatus femenino y masculino. Sin embargo, indica que el peso absoluto de la variable de género solamente puede ser apreciado articulándola con otras variables socioculturales: adscripción religiosa, nivel de escolaridad e ingreso económico. La variedad, o restricción de opciones en los proyectos de vida de las mujeres influyen en la manera en que viven el padecer.

Según Bestard et al., embarazo y parto como construcciones culturales (de procesos biológicos) aparecen como ritos de paso. Entonces, el tratamiento a la infertilidad mantiene a la persona infértil en un estado de liminalidad permanente (2003, pp. 25-26). Howell (2001) señala que las personas infértiles sienten que no pueden desarrollar ciertas habilidades personales que desarrollarían si tuvieran hijos, además se sienten excluidos de la vida social. La integración social es un componente importante del deseo de tener hijos(as) y del dolor de no tenerlos (Bestard, et al, 2003).

¿Cómo han logrado las tecnologías de RA constituirse como la solución a ese problema? ¿por qué recurre la gente a esta tecnología? Algunos autores advierten que el modelo cultural moderno de parentesco busca un hijo biológico de manera extrema. Existe un “determinismo genético” que encuentra en los genes elementos importantes de la identidad y de vinculación con los antepasados y con una colectividad (constructo ideológico del genotipo). Por otro lado, embarazo y parto garantizan el reconocimiento social inmediato del vínculo parental. Otro motivo sería el deseo de vivencia corporal del proceso reproductivo (embarazo, parto y lactancia) (Grau, 2010, págs. 84-85; Álvarez, 2010, págs. 124-126; Bestard, 2009; Chávez, 2008). La RA ofrece precisamente el vínculo genético con alguno o con los dos miembros de la pareja, y/o un embarazo. Es decir, el vínculo corporal que afianza el reconocimiento social. (Bestard y Stolcke en Álvarez, 2010; Bestard, 2009)

¿Encuentran los usuarios lo que buscan de la RA? ¿Qué impacto tiene el uso de la RA sobre las percepciones de los usuarios respecto a las relaciones de parentesco? Los trabajos

que analizan las repercusiones de la RA en las relaciones de parentesco¹⁶, reconocen que la tecnología biomédica incide en la producción recíproca de los dos ámbitos de las relaciones del parentesco -el biológico y el cultural- desdibujando la frontera entre ambos. Aunque a partir de esta tecnología surgen cuestionamientos sobre algunos principios del parentesco como paternidad, maternidad, biología y cultura, los modelos familiares permanecen sin alteración. Sin embargo, cuando involucra donación de gametos, los modelos de padre y madre se multiplican y se jerarquizan. En este caso, la pertenencia sobre el hijo(a) que no está vinculado genéticamente necesita del reconocimiento social. Se busca una sustancia común que genere consanguinidad. La respuesta a esta necesidad de vinculación y reconocimiento, se encuentra en el fortalecimiento del aspecto relacional del parentesco. El embarazo y crianza, semejanzas físicas entre donante y receptor y, en especial, la intencionalidad de procreación que pretende sustituir la continuidad genética, es decir, sustituir la conexión hacia el pasado genealógico con la conexión hacia el futuro (Grau, 2010; Álvarez, 2010; Stolcke, 2010; Bestard, 2009). No obstante, esta estrategia no parece ser tan eficaz. Por ello, Consuelo Álvarez (2010) señala que la herencia genética sigue siendo tan importante en la construcción del hijo, del que con frecuencia se oculta su origen genético y, por otro lado, el reconocimiento del lazo biológico implica una forma de relación social con el donante que, como ya se señalaba, genera una multiplicidad de madres y/o padres con diferentes niveles de legitimidad (Bestard, 2004). “De ahí que una de las primeras consecuencias culturales de esos tratamientos sea el desarrollo de concepciones fuertemente biologizadas de la procreación, de la persona y de las relaciones familiares” (Bestard, et al. Pág. 17). Según Grau (2010), los vínculos genéticos han cobrado renovada importancia gracias a las tecnologías de RA. Afirma, en este sentido, que en las sociedades occidentales actualmente está ocurriendo una rebiologización del parentesco.

El deseo de ser madre y padre y los derechos de los usuarios, prevalece sobre los de los hijos(as) y sobre todo están por encima de los donantes; lo que no sucede en el caso de la adopción, donde, según el discurso, se protege en primer lugar los derechos de los(as) hijos(as). Consuelo Álvarez (2010) señala que la búsqueda de un(a) hijo(a) responde a un deseo individual, es un bien para sí mismo. La naturaleza ya no fundamenta el parentesco, ahora son las elecciones de los consumidores “en un mercado de células reproductivas las

¹⁶ Visto desde la concepción occidental o euroamericana

que parecen decidir” (Bestard, 2004). Cuando se decide por la RA, el logro del(a) hijo(a) depende de la eficiencia de la tecnología médica y de los recursos de los(as) usuarios(as), tanto económicos como emocionales y físicos. Pero cuando se trata de adopción, las personas tendrán que demostrar, ante las instituciones correspondientes, sus capacidades para ser madres y padres.

De acuerdo con Marre (2011), la adopción transnacional inició en el siglo XX, después de la Primera Guerra Mundial, y desde finales del siglo se ha convertido en una de las tecnologías reproductivas más difundidas en occidente. Los conflictos internacionales y nacionales de principios del siglo XX, al desestructurar familias, provocaron los movimientos transnacionales de niños(as); generalmente desde países pobres hacia países ricos o de familias de bajos niveles económicos a familias con recursos. Lo que significa, que la adopción tuvo su origen en la necesidad de dar hogar a los(as) niños(as), pero también, que tiene una historia de desigualdad. Otra característica no menos importante del desarrollo de la adopción fue la nueva forma de concebir a la infancia, que se fue construyendo desde principios de siglo, soportada en las nuevas teorías psicológicas de Freud, Piaget o Erickson, según las cuales los(as) niños(as) necesitan la estabilidad de una familia para un desarrollo adecuado. Howell (2009) afirma que desde el siglo XIX la vida familiar, la paternidad, la maternidad y la infancia en Europa y Norteamérica, han estado sujetas al imperativo de la familia nuclear y al discurso de la vulnerabilidad psicológica de la infancia.

Los estudios de Ciorda y Villalta (2012), Tarducci (2011) y Marre (2009) dan cuenta de los valores implícitos en las evaluaciones que se realizan tanto a las familias o madres biológicas como a las familias o personas que desean adoptar, para determinar si son adecuados para conservar a sus hijos(as), en el primer caso, o para recibir hijos(as) en adopción, en el segundo. Según la investigación de Tarducci, las mujeres que desean adoptar deben responder al ideal de mujer-madre: casadas, marido con buen empleo, no mostrar demasiada ansiedad que pudiera implicar un problema psicológico y pertenecer a una religión considerada mayoritaria, donde la católica tiene prioridad. Marre señala que la adopción supone una violencia simbólica y eufemística, inadvertida, que involucra tanto a las mujeres que dan en adopción y a sus hijos e hijas(as), como a las que los reciben. Éstas

últimas retrasaron la maternidad por motivos laborales y profesionales hasta una edad en la que ya no pudieron lograrlo; se trata de un asunto que se debe a la falta de políticas que apoyen la maternidad. Respecto a las madres que han entregado a sus hijos o que les han sido retirados y a esos(as) hijos(as), dice que existe un discurso hegemónico silenciador.

Las investigadoras advierten que, al igual que la RA, la adopción trata de imitar los principios del modelo biológico de reproducción. Ciorda y Villalta (2012) proponen que la idea de cortar los lazos del(a) hijo(a) con la familia de origen, pretende imitar el principio de exclusividad de la paternidad y la maternidad biológicas. Además, hasta mediados de los años ochenta del siglo XX, ocultar el origen de los(as) niños(as) fue una costumbre (Marre, 2011). Aunque actualmente se promueve la apertura en las adopciones, en algunos países se prefieren las adopciones internacionales ya que la probabilidad de encontrar a las familias o a las madres de nacimiento sería muy limitada. Se cree que romper vínculos con la familia de origen garantizaría el vínculo con las adoptivas (Marre, 2009). Aunque en algunos casos las adopciones son técnicamente abiertas, los padres adoptivos temen perder a sus hijos y se esfuerzan por borrar su pasado (Tarducci, 2013). Howell (2009) señala que el discurso del derecho de los(as) niños(as) a conocer su origen biológico cuando alcancen su mayoría de edad legal, sustentado en la Convención de la Haya, indica que los lazos madre/padre-hijo(a) biológico(a) son los reales y que finalmente otro tipo de vínculo es ficticio. Además, los padres y las madres insisten en ser “una familia normal” asemejándose al modelo hegemónico (Tarducci, 2013).

Por otro lado, gracias a la retórica que privilegia las elecciones personales, el lugar de la adopción se está modificando, pues tienen un gran valor esas elecciones, así como el aspecto afectivo. La decisión de tener hijos(as) más la responsabilidad en términos de cuidado, educación y afecto, coloca la adopción como la encarnación del ideal de familia (Tarducci, 2013). Las madres adoptivas están orgullosas y perciben a sus hijos como premio a los sufrimientos durante los años de búsqueda de la maternidad, generalmente a través de RA (Tarducci, 2011). Howell (2001) señala que la adopción reta las nociones del parentesco basadas en la biología, pues las redes de parentesco se abren para incorporar personas no relacionadas biológicamente en las categorías existentes que implica la biología. Por medio de un proceso de “emparentamiento” (kinning) los niños(as)

adoptados(as) y sus padres y madres se transforman en parientes, utilizando para ello cargas emocionales según lo que entienden de la categoría padre/madre-hijo(a) y creando eventos simbólicos de embarazo y parto durante las etapas del proceso de adopción.

Estos estudios tratan de evidenciar las desigualdades implicadas en la transferencia de niños(as) desde familias menos favorecidas o países pobres, hacia familias o países con mayor bienestar. Otra cuestión de interés es la violencia que significa esta forma de reproducción para las personas implicadas. También tratan de explicar cómo se legitiman los vínculos madres/padres e hijos(as) y los valores asociados a la familia y la transformación de las nociones del parentesco.

Metodología

En el presente trabajo se analizaron las experiencias de las personas durante los procesos de atención y/o de adopción. Consideré importante incluir, además de las prácticas, sus representaciones respecto a nociones como la maternidad, la paternidad, la infertilidad, el parentesco. Como las ideas no son producto individual, sino que tienen el componente cultural, se analizó la contribución de procesos globales y nacionales en la producción de racionalidades que encarnan en los individuos.

Los datos

El método básico de esta investigación fue la entrevista abierta. Se entrevistaron hombres y mujeres, sobre todo parejas y mujeres -que aunque tienen pareja sólo entrevistó a ellas- que trataron de convertirse en madres y padres por medio de reproducción asistida y/o adopción, ellos(as) son los(as) personajes centrales. Otros tipos de informantes que participaron en este trabajo fueron: médicos especialistas en RA, sacerdotes, funcionarios(as) de instituciones y otras personas relacionadas con la adopción. También se realizó observación participante durante dos sesiones del grupo de madres y padres adoptivos llamado “Misión San José”. Y se asistió a una conferencia en la ciudad de Chihuahua, organizada por uno de los socios de la Clínica Gestare -la única que cuenta con la tecnología de RA en Chihuahua, Chihuahua.

La forma de contactar a los(as) informantes principales fue por medio de redes de conocidos(as). Las entrevistas con los médicos se solicitaron directamente en los consultorios o en los hospitales públicos, según fuera el caso. Las demás personas que participaron también se contactaron en los espacios donde realizan sus actividades profesionales, o a través de otros(as) informantes o conocidos(as).

No se realizó observación en hospitales porque el tema de la tesis no se centra en los procedimientos médicos, sino en las concepciones de las personas sobre la maternidad y la paternidad. Se trabajó sobre procesos concluidos y con base en los recuerdos de las personas. Las entrevistas se llevaron a cabo entre diciembre de 2013 y diciembre de 2016.

En una investigación que se realiza entre grupos de personas que se conocen, como en este caso, cambiar nombres no garantiza la confidencialidad. Para salvar esta dificultad se optó por caracterizar al grupo en conjunto, en lugar de ofrecer descripciones de cada informante; de manera que no sea posible que entre ellas y ellos llegaran a reconocerse. También se utilizaron gráficas de tendencias. Y aunque se usan citas textuales sobre tópicos específicos, no se identifican con nombres sino que se indica el dato que resulte relevante, si es hombre o si es mujer, si logró el(a) hijo(a) mediante RA o no. Así se evita que al revisar todas las citas de una persona se obtengan datos que permitan identificarla. En los capítulos correspondientes se describirá al grupo de informantes, de manera que la información permita comprender las prácticas de las personas. Esto es posible porque los sujetos de la investigación comparten ciertas características culturales y de clase, pertenecen a las capas medias, y, por lo tanto, sus ideales sobre la reproducción son similares.

Se entrevistaron cinco parejas y doce mujeres: once de ellas formaban parte de parejas heterosexuales, dos se habían divorciado recientemente y una era soltera. Son diecisiete casos de mujeres y parejas que compartieron sus experiencias en procesos de atención médica para poder tener un(a) hijo(a). De las cinco parejas entrevistadas, se habló por separado con cuatro de las parejas masculinas. También se incluyeron datos de tres entrevistas realizadas a mujeres de la Ciudad de México –las cuales pertenecen a la misma clase social que los demás informantes- y un caso de una mujer de Chihuahua que en el momento de la atención mediante RA su condición económica se salía de los estándares del grupo de informantes. Estos casos no aparecen en las gráficas; por ello, se ha tomado la

información para fines de comparación. El periodo en el que estas personas vivieron este proceso está comprendido entre 1990 y 2012.

Los demás participantes:

Se contactaron algunos médicos de hospitales públicos con el objetivo de conocer la estructura de atención a la infertilidad en el sector público: en la ciudad de México se entrevistó al médico encargado del área de Biología de la Reproducción del Hospital Dos de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); en la ciudad de Chihuahua platiqué con el coordinador del área de ginecología del ISSSTE de Chihuahua y con la encargada -en ausencia del titular- de la clínica de ginecología del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Chihuahua.

También participaron dos médicos especialistas en RA del sector privado de la salud, cuyos nombres fueron cambiados: Dr. Márquez y Dr. Espinoza. Platiqué además con dos sacerdotes que se identifican en la tesis como: P. Oscar y P. Nicolás (nombres ficticios).

Se incluyeron también las experiencias de dos ex procuradores de la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia del estado de Chihuahua: licenciada Lourdes Caraveo (periodo administrativo 1992- 1998) y Maestro Vicente Vivó (1998-2004). Ambos se contactaron en sus actuales espacios laborales. También compartió conmigo sus experiencias, durante su colaboración en el Comité de Adopciones instituido por Lourdes Caraveo, una psicóloga a la que me referiré como: Psicóloga.

Entrevisté a la coordinadora del grupo de madres y padres adoptivos(as) “Misión San José” (MSJ). Este grupo ha sido un referente de apoyo importante para muchos(as) de las madres y los padres entrevistados(as). También participó la coordinadora del Centro Familiar para la Integración y Crecimiento A. C. (CEFIC); MSJ en sus inicios formó parte de este centro. En el capítulo cuatro se describen al grupo MSJ y al CEFIC con mayor detalle.

La asociación civil “Vida y Familia” es la única institución, además del sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), facultado para realizar trámites de adopción –que deben ser autorizados por el DIF. Algunas de las personas de esta investigación adoptaron en esta institución. Se entrevistó a la subdirectora de adopciones de VIFAC Estado de

México, a la directora de la sede de VIFAC Juárez, a una voluntaria de VIFAC de la ciudad de Chihuahua y a una voluntaria de VIFAC Juárez. También participó un abogado especialista en adopciones que se identificará como Abogado.

Organización de la tesis

La tesis se organiza en cinco capítulos. El primero y segundo capítulos corresponden a los temas de la infertilidad y las experiencias en procesos de reproducción asistida. Los capítulos tres y cuatro, se dedican al tema de la adopción.

En el primer capítulo se analiza la producción de un discurso en torno a la infertilidad a partir de declaraciones y políticas de la Organización Mundial de la Salud, del desarrollo de la tecnología de reproducción asistida, y de las políticas reproductivas nacionales y locales. Este discurso contribuye con la producción de la racionalidad reproductiva que nos ayudará a comprender las prácticas de las personas en el siguiente capítulo. En el capítulo dos se exponen las ideas y las experiencias de las personas que enfrentaron la infertilidad por medio de la RA y sus estrategias para normalizar su situación de infertilidad.

El capítulo tres presenta el marco que nos ayudará a comprender las experiencias de las personas que se involucraron en procesos de adopción -generalmente quienes no lograron tener un(a) hijo(a) con asistencia médica. Se realiza una historización de las regulaciones en torno a la adopción para entender las nociones actuales sobre el tema, tanto a nivel internacional, como nacional. Finalmente, se expone la situación local actual de la adopción. En el capítulo cuatro se analizan las experiencias de las personas durante el proceso de adopción y sus estrategias para convertirse en padres y madres 'normales'.

En el último capítulo se exponen las conclusiones del trabajo.

Capítulo 1. La infertilidad desde las políticas públicas

En el presente capítulo se analiza la producción discursiva que contribuye a la conformación de racionalidades específicas sobre los comportamientos adecuados e inadecuados en torno a la imposibilidad de tener hijos(as) biológicos(as). En este sentido, se revisó la retórica de las políticas públicas globales y nacionales sobre la infertilidad, hablamos pues, de la “puesta en discurso” (Foucault, 1978) de la infertilidad.

Se expone la retórica que resulta de las declaraciones y programas de acción de organismos internacionales, principalmente de la OMS, ya que las declaraciones –especialmente las que involucran derechos humanos- tienen la legitimidad política para justificar estrategias de población nacionales que forman parte de los mecanismos de gobernanza reproductiva. También se aborda brevemente el desarrollo de la RA ya que, como se verá, la infertilidad se ha identificado como un problema de salud.

El capítulo está organizado en dos partes. En la primera se analiza la producción de la idea sobre la infertilidad a partir de declaraciones, acciones y acuerdos de organismos internacionales, principalmente de OMS. En seguida se exponen las políticas reproductivas nacionales y el desarrollo de la reproducción asistida en el país y en el estado de Chihuahua.

El derecho a decidir y la producción de la infertilidad como enfermedad

Según la International Federation of Fertility Societies IFFS (s/f), el diálogo y cooperación entre investigadores en el campo de la fertilidad y la esterilidad comenzó en 1951 cuando se formó la Asociación internacional de Fertilidad AIF¹⁷. Esta asociación utilizaba la retórica reproductiva sobre el impacto económico y social que significaba la población en el bienestar nacional –asociado a índices altos de natalidad. Una de las temáticas de su primer congreso, celebrado en 1953, se refería precisamente a las consecuencias sociales y económicas de la esterilidad –según el discurso de Papa Pío XII pronunciado para tal ocasión¹⁸:

¹⁷ En 1968, durante su sexta conferencia, surgió la IFFS (International Federation of Fertility Societies IFFS, s/f)

¹⁸ Los fines del Primer Congreso de la AIF, se tomaron del discurso del Papa Pío XII.

La esterilidad conyugal involuntaria plantea un problema económico y social de gran importancia, [ya] que ella contribuye al descenso del índice de fertilidad de las poblaciones y con ello puede influir en la vida y en el destino de los pueblos (P. Pío XII, 19 de mayo de 1956, Párr. 5)

En términos de naturaleza humana -“la vida desea ardientemente prolongarse”, “es profundamente humano que los esposos vean y encuentren en su hijo la expresión verdadera y plenaria de su amor recíproco” (párr. 6) - se argumentaba también el efecto negativo sobre el aspecto emocional de las parejas que experimentan la imposibilidad de tener hijos(as).

Es significativo que los integrantes de la Conferencia hayan aprovechado el evento para presentar respetos a la máxima autoridad de la iglesia católica y que, según el discurso del Papa, le hayan solicitado directrices para llevar a cabo sus investigaciones. El Papa reconoció a los participantes su esfuerzo en la búsqueda de una solución al problema de la infertilidad ya que la reproducción humana sería “una de las principales funciones del cuerpo humano ” y también el “fin principal del matrimonio”.

La racionalidad reproductiva del Papa se fundamentaba en términos de leyes naturales y morales. Exhortaba a tener en consideración valores espirituales y éticos: un hijo debe ser fruto de la unión conyugal, la generación no se puede separar de “la actividad biológica de la relación personal de los cónyuges”, pues estos son los “actos naturales” capaces de engendrar una vida, y por lo tanto “se debe decir de la fecundación artificial que viola la ley natural y que es contraria al derecho y a la moral”. El Papa rechazaba también las investigaciones sobre la FIV ya que las consideraba absolutamente inmorales e ilícitas. No obstante estas recomendaciones, las investigaciones sobre el tema continuaron. Aunque el principio de la asistencia a la concepción, al igual que para la anticoncepción, implica la separación entre sexo y generación.

El discurso de los investigadores, en esos inicios del desarrollo de la RA, se sustentaba en una racionalidad reproductiva según la cual el bienestar de los países dependía en gran medida de mantener tasas elevadas de nacimientos. Pero a mediados de la década de 1960, la retórica reproductiva adoptó el discurso del derecho a decidir cuándo y cuantos(as) hijos(as) tener –impulsado desde principios de siglo a través de luchas feministas- para

promover el control de la natalidad¹⁹. En 1965 en la 18ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud OMS, se reconocía ese derecho a partir de la discusión en torno a los conceptos de control de la fertilidad y respecto a problemas de fertilidad. Incluso, se creó una unidad de la OMS dedicada a la reproducción humana. En la Asamblea número 21, se sustentaba la idea de que la planeación de una familia incidía en asuntos asociados al desarrollo social y económico y, por este motivo, se planteó la necesidad de que los individuos tuvieran información sobre cuestiones relacionadas con formar una unidad familiar. (Ziemin van del Poel, 2012, págs. 218)

Se creó entonces un Grupo Científico de la OMS sobre los Componentes Biológicos de la Reproducción Humana. Este grupo expresó que para entender los problemas de fertilidad, hacía falta investigación que permitiera evaluar las necesidades y entender la carga global de la infertilidad. En 1972 surgió el Programa de Reproducción Humana (HRP por sus siglas en inglés) o El Programa, que desde sus inicios se involucró en cuestiones de infertilidad aunque su objetivo principal era al control de la fertilidad. Durante la década de 1970 El Programa apoyó estudios orientados a la biología básica de la reproducción sobre modelos humanos y sobre primates no humanos. En un simposio convocado por la OMS en 1971, el cual reunió a expertos sobre reproducción en humanos y primates no humanos, participó Robert G. Edwards²⁰, que para entonces llamaba a sus investigaciones sobre embriones humanos “la cultura in vitro”. El grupo de trabajo del Programa integró también a su discurso los derechos de los niños: en 1979 se realizó un seminario en Nairobi, Kenya dedicado “al año del niño” con el enfoque de los(as) niños(as) “que faltan” a las parejas que desean pero no pueden tener un(a) hijo(a)²¹. (Ziemin van del Poel, 2012, págs. 218-219)

La retórica sobre el derecho a decidir incidió también en el discurso de la iglesia católica. En el Concilio Vaticano II se exhortaba a los cónyuges a cumplir su misión procreadora

¹⁹ Las ideas sobre la maternidad voluntaria y contracepción fueron impulsadas desde principios del siglo XX a partir de luchas de mujeres en diferentes países, algunas figuras destacadas fueron: Marie Stopes en Reino Unido, Katti Anker Møller en Noruega y Hinke Berggreen en Suecia (Blom, 1996).

²⁰ Robert G. Edwards junto con Patrick Steptoe realizaron la primera FIV que tuvo éxito y de la que nació la primera bebé de probeta, Louise Brown en 1978.

²¹ En el capítulo 3 veremos que la declaración del año internacional del niño formó parte de una estrategia para promover un convenio internacional por los derechos de los(as) niños(as). En ese capítulo se analizará otro tipo de retórica reproductiva basada en los derechos de los niños: la necesidad de protección de los(as) niños(as) vivos(as)

determinando, de común acuerdo, el número de hijos(as) a partir de una evaluación cuidadosa teniendo en cuenta:

“su propio bien personal como [el] bien de los hijos, ya nacidos o todavía por venir, discerniendo las circunstancias de los tiempos y del estado de vida tanto materiales como espirituales, y, finalmente, teniendo en cuenta el bien de la comunidad familiar, de la sociedad temporal y de la propia Iglesia” (Pablo VI, 7 de diciembre de 1965, párr. 50)

Pero señalaba su reconocimiento de manera especial a quienes aceptan responsablemente una prole más numerosa.

La gobernanza reproductiva no operaba de manera uniforme. En los años setenta, entre los países en desarrollo y particularmente en América Latina, se promovió la disminución de la fertilidad, a través de mecanismos reguladores y campañas auspiciados por Organismos internacionales con participación significativa del gobierno de Estados Unidos (Morgan y Roberts, 2012; Stolke, 1998). Mientras, en países europeos las políticas se dirigían a fomentar la natalidad. Y en países africanos del sur del Sahara causaba alarma la prevalencia de altas tasas de infertilidad.

Para dar respuesta a la solicitud de ayuda de algunos países del sur del Sahara, en 1975 un Grupo Científico en Epidemiología de la Infertilidad, de la OMS, se reunió para diseñar esquemas de investigación que permitieran establecer la importancia relativa de las diversas causas de infertilidad y pérdida de embarazo (pregnancy wastage), de acuerdo a las condiciones de ambientes específicos (Who Scientific Group on the Epidemiology of Infertility, 1975). A raíz de esa reunión surgió un proyecto de investigación multinacional, en colaboración y con la supervisión de El Programa. Este proyecto se desarrolló en 33 centros de 25 países, 10 de ellos desarrollados y 15 en desarrollo, entre los años 1979 y 1984. Esta ha sido la investigación de más largo alcance realizada hasta ahora²², cuyos descubrimientos siguen siendo relevantes. Para la recolección de información la infertilidad se definió como “la incapacidad de una mujer, hombre o pareja, después de un periodo de dos años, para embarazarse o mantener un embarazo” (Ziemin van del Poel, 2012, pág. 219, traducido por mi). Esta investigación demostró que las tasas de infertilidad diferían

²² Se recolectó información de más de 5,800 parejas infértiles.

entre países. Un dato relevante fue la prevalencia de la infertilidad secundaria²³ en África, donde enfermedades de transmisión sexual y problemas del sistema reproductor en general, tenían un papel importante entre las causas más probables de infertilidad. A partir de entonces se puso énfasis en la prevención de problemas que pudieran derivar en infertilidad, especialmente en países en desarrollo, y se disminuyó significativamente la inversión en investigación hacia la innovación, diagnóstico, manejo o tratamiento de las personas infértiles.

Mientras, en Inglaterra, en 1978 nació la primera bebé concebida con la técnica de Fertilización in vitro FIV, desarrollada por Robert G. Edwards y Patrick C Steptoe. A raíz de este evento se definió que se necesitaban guías para el diagnóstico y manejo de la infertilidad que incluyeran los aspectos técnicos de la FIV²⁴. Un Grupo Científico multidisciplinario, convocado por el Programa, desarrolló las guías técnicas sobre infertilidad y FIV que se publicó en 1992. En 1993 se publicó el manual de la OMS para la investigación y diagnóstico de la pareja infértil y en ese año se realizó también la tercera revisión del manual de laboratorio de la OMS para el examen del semen humano y la interacción espermatozoos-cervix. Aunque éste se elaboró con la intención de apoyar las investigaciones sobre alternativas de anticoncepción innovadoras, a nivel nacional la evaluación del semen se ha utilizado también en el tratamiento de la infertilidad. Durante los años noventa, el Programa apoyó la elaboración de un manual dedicado a la infertilidad masculina. Entre 1997 y 2008 El Programa divulgó la tercera y cuarta revisión del Manual de laboratorio de semen de la OMS. (Ziemin van der Poel, pág. 221)

A mediados de los noventa del siglo XX la retórica de la gobernanza reproductiva incluyó más aspectos de la reproducción humana, concentrándose principalmente en el discurso del derecho a la salud reproductiva y a la información sobre el tema. La definición de los derechos reproductivos que resultó del programa de acción de la Conferencia Internacional

²³ Se refiere a infertilidad secundaria cuando ya se ha tenido al menos un hijo(a) vivo(a) y primaria cuando no han tenido ninguno antes.

²⁴ Stolke (1998) advierte que durante ese periodo también surgió un nuevo paradigma según el cual, todo comportamiento social tiene base genética. Las mujeres, de acuerdo a este modelo, están genéticamente programadas para la unión heterosexual monógama y para la maternidad, mientras que la tendencia masculina sería fertilizar a la mayor cantidad posible de mujeres. Así, la sociología reforzaba la ideología de la maternidad en los países industrializados, justo cuando la familia tradicional, parecía desintegrarse gracias a la inserción de las mujeres en el mercado laboral.

sobre Población y Desarrollo (CIPD) -llevada a cabo en el Cairo, Egipto, en 1994- enfatiza que las personas deben contar con la información y los medios para poder ejercer su derecho a decidir sobre el número y momento de tener hijos(as), además tienen derecho a la salud reproductiva de calidad

These (reproductive) rights, rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly on the number, spacing, and timing of their children, and to have the information and **means to do so**, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion, and violence²⁵.

Según esta noción, la salud reproductiva incluye no solamente atención a las diferentes etapas del embarazo y condiciones médicas del sistema reproductor –incluyendo la infertilidad- sino que debe abarcar aspectos de educación sobre crianza y paternidad/maternidad responsable. Este reconocimiento corresponde a las demandas feministas de principios de siglo sobre el apoyo a las diferentes etapas de la maternidad y a la contracepción (Blom, 1996), incluso, el término de paternidad responsable ya había sido acuñado por Marie Stopes (Marie Stopes (1880 - 1958)). En términos de medicina de primer nivel y según la definición de derechos reproductivos, la salud sexual, debería incluir:

... education and services for prenatal care, safe delivery and post-natal care, especially breast-feeding and infant and women's health care; prevention and appropriate treatment of infertility; abortion as specified in paragraph 8.25, including prevention of abortion and the management of the consequences of abortion; treatment of reproductive tract infections; sexually transmitted diseases and other reproductive health conditions; and information, education and counselling as appropriate, on human sexuality, reproductive health and responsible parenthood²⁶.

A partir de esa conferencia y aludiendo al derecho a contar con los medios que permitan decidir (*means to do so*), se han respaldado demandas sobre el tratamiento de la infertilidad como un asunto de salud pública. Los Estados miembros de la Organización de las

²⁵ United Nations Commission on Human Rights Resolution 2003/28, preamble and para. 6. Citado en Ziemin van del Poel, 2012, pág. 222, subrayado mío.

²⁶ United Nations, Programme of Action (POA) adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994, para 7.6 citado en Haslegrave, Marianne, 2004, pág. 12

Naciones Unidas ONU empezaron a tratar el tema del acceso equitativo a la tecnología de la reproducción asistida en los países en desarrollo. En consecuencia, durante la 52ª Asamblea Mundial de Salud, realizada en 1999, se requirió a la OMS que revisara los desarrollos recientes en el campo de la concepción asistida junto con sus implicaciones sociales y éticas. Para dar respuesta a esas cuestiones El Programa convocó una reunión en el año 2001.

Ese tema ya había sido tratado previamente en 1990, con un enfoque sobre los aspectos técnicos de esa tecnología. De dicha reunión resultó el reporte *Recent advances in medically assisted conception* (Technical Report Series No. 820, 1992). La reunión de septiembre del 2001 se propuso crear un foro de discusión interdisciplinario en el que se reunieron más de 40 participantes de 22 países, entre los que se incluían médicos, embriólogos, científicos sociales, profesionales de cuestiones éticas y representantes de usuarios. Los objetivos de la reunión eran: revisar y evaluar los desarrollos recientes en tecnología de reproducción asistida (TRA); identificar los asuntos pendientes sobre el tema; y proveer recomendaciones para investigaciones futuras. (Ziemin van der Poel, págs. 2012-222; Vayena, Rowe, Griffin, Septiembre, 2002, pág. XVI)

Se trataron en esta reunión asuntos que no se habían visto en la reunión de 1990: Vigilancia nacional e internacional de TRA; inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI en inglés); manipulación y criopreservación de gametos; embarazos múltiples; técnicas de estimulación de ovarios; diagnóstico genético preimplantacional; cuestiones psicológicas; cuestiones éticas en relación al individuo, la pareja y la descendencia; acceso equitativo; el papel de los usuarios y el lugar de la TRA en los países en desarrollo. Entre las recomendaciones emanadas de la reunión, algunas iban dirigidas a los encargados de diseñar políticas públicas, a quienes ejercen la práctica médica y a la comunidad de investigadores. (Vayena, Rowe, Griffin, Septiembre, 2002, pág. XVI)

La infertilidad se convirtió en una cuestión de salud utilizando como respaldo el discurso de los derechos humanos, con este fundamento se demandó la asignación de recursos públicos para su tratamiento. Se argumentaba que la infertilidad debía aparecer en la lista de enfermedades del Banco Mundial, ya que no se incluía porque las enfermedades se evalúan de acuerdo al tiempo que incapacitan, es decir, en base a la pérdida de productividad. Pero,

si se tomaba en cuenta la calidad de vida, de acuerdo a la definición de salud de la OMS, es decir, cómo la gente percibe la incapacidad, la infertilidad tendría un peso alto. Además, el acceso a los progresos científicos y sus aplicaciones, así como al goce de salud física y mental de los más altos estándares, es un derecho humano. (Fathalla, 2002)

Mientras se mantenía el discurso sobre la salud reproductiva asociado principalmente al derecho de acceso a educación (reproductiva) y a los medios que permitieran el ejercicio de elección reproductiva, se le añadió la noción de la infertilidad como una condición de salud y causa de sufrimiento, especialmente en países en desarrollo (WHO Cientific Group, 1975; Grupo Científico de la OMS, 1992). Respecto al tema de la infertilidad hay dos posturas, una pugna por la asignación de recursos públicos para tratamientos de infertilidad, ya que se defiende como cuestión de salud pública, la otra, en cambio, está en contra porque el costo de esta tecnología representa una gran inversión para países con escasos recursos y, que además, tienen otras necesidades más apremiantes como combatir la sobre-fertilidad. Quienes defienden la inversión pública en tecnología de reproducción asistida, argumentan que las consecuencias sociales que implica la infertilidad van desde la pobreza económica severa, el aislamiento social, hasta la muerte y el suicidio. Añaden, que debido a las dificultades para estimar las tasas de infertilidad, generalmente está subestimada. Consideran, así mismo, que de acuerdo con la definición de salud de la OMS, los efectos psicológicos y emocionales de la infertilidad pueden ser considerados daños a la salud y por lo tanto, la infertilidad es un problema importante de salud pública (Daar y Merali, 2002). En un estudio auspiciado por El Programa y Opinion Research Cooperation Macro (ORC), en el que se analizan los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS por sus siglas en inglés) para el periodo de 1995 al 2000, realizada en países en desarrollo, se señala que no solamente en estos países se espera que los hijos provean cuidados y mantengan a los padres cuando sean viejos, también en los países desarrollados se espera que los hijos y la familia provean la mayor parte del cuidado de los viejos (Rutstein y Shah, 2004).

Esta paradoja se explica con el siguiente razonamiento: con frecuencia las tasas de infertilidad son mayores donde la fertilidad es también mayor y, por ende, las campañas antinatalistas son más fuertes. A esto se refieren algunos grupos de pacientes con la frase “la escasez en medio de la abundancia” (Ziemin van der Poel, pág. 224). Fatalla , citado por

Ziemin van der Poel, señala que la norma de la familia pequeña contribuye a que las personas que no pueden tener hijos se sientan más estresadas. Por esta razón, las personas que fueron presionadas para posponer o espaciar los embarazos, también deberían ser apoyadas para conseguirlos, cuando lo decidan, dentro del tiempo limitado que les queda.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir -como afirma Martí (2011) sobre los procesos de fabricación de enfermedades- que se ha fabricado la infertilidad como una enfermedad, cuya etiología se encuentra principalmente en factores sociales y culturales. O, en términos de Foucault (1978): se ha producido una verdad sobre la infertilidad a partir de su “puesta en discurso”.

Desde el año 2007 se incluyó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el acceso universal a la salud reproductiva en el ODM 5b y en una de sus metas se consideró la atención de la infertilidad. Más tarde, en el año 2011, el Banco Mundial agregó la infertilidad, causada por aborto practicado en condiciones inadecuadas o por sepsis puerperal, en su Reporte Mundial de Discapacidad (World Health Organization, 2011, citado en Ziemin van der Poel, 2012, pág. 224).

La Sociedad Europea de Reproducción Humana (ESHRE, por sus siglas en inglés) es una de las organizaciones involucradas en llevar atención médica de la infertilidad a los países en desarrollo. En 2007 auspició una conferencia en Arusha, Tanzania, cuyo objetivo fue analizar el problema de la infertilidad en países en desarrollo. En esa reunión inició sus actividades el Grupo de Trabajo ‘Países en Desarrollo e Infertilidad’ (Ziemin van der Poel, 2012, pág. 223). La pertinencia del proyecto se sustenta en las siguientes declaraciones mundiales: 1. la declaración de los derechos humanos de 1948 “Men and woman of full age, without any limitation due to race, nationality or religion, have the right to marry and to raise a family”, esto significa derecho a acceder a tratamientos de infertilidad cuando “the couples are unable to have children”; 2. La definición de derechos reproductivos emanada de la CIPD y de Naciones Unidas de 1994; 3. La Declaración del Milenio de Naciones Unidas; 4. La recomendación emitida en 2001 durante la reunión de la OMS sobre “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” para integrar la infertilidad dentro de los programas de salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo; 5. Una de las cinco declaraciones de la Asamblea Mundial de Salud de 2004:

“the provision of high-quality services for family-planning, including infertility services”;

6. El llamado a alcanzar esas metas para el año 2015 emitido en la Cumbre Mundial de 2005 –subrayando que esa Cumbre reunió el mayor número de líderes hasta el momento-;

7. La Declaración Ministerial de Oslo de 2007 emitida por los Ministerios de Relaciones Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia:

The well functioning health systems that are needed to reduce maternal newborn and child mortality and to combat HIV/AIDS, tuberculosis and malaria will also help countries to cope with other major health concerns such as sexual and reproductive health ... (Ombelete, 2009).

Se trazaron entonces dos metas: hacer de la atención médica de la infertilidad un problema “discutible” y desarrollar métodos de reproducción asistida de bajo costo. (Ombelete, 2016, pág. 31)

Resulta paradójico que mientras en el ámbito de la medicina se debatía sobre la democratización del acceso a la RA para remediar problemas de infertilidad, en otros espacios el tema en cuestión era la violencia que vivían muchos(as) niños(as) en el hogar, en la escuela y a partir de ciertas políticas públicas del Estado (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, s. f.) –esto se verá en el capítulo 3. Al tiempo que se desarrolla la idea de la infertilidad como problema de salud con graves consecuencias emocionales y sociales, existen niños(as) que padecen violencia por parte de madres y padres fértiles o por condiciones sociales y económicas resultantes de políticas públicas. Son dos perspectivas de los derechos humanos, una que impulsa el paradigma de los individuos con derechos para decidir sobre su reproducción y otra que se enfoca en los derechos de una infancia vulnerable que necesita de la protección de una familia responsable y afectuosa. Como se verá en los siguientes capítulos, en México, y en Chihuahua en particular, poner al alcance de la población la anticoncepción, forma parte de las políticas públicas, al tiempo que la RA y la adopción son alternativas de difícil acceso para sectores de población de niveles económicos bajos.

En relación a este aspecto, se ha estado trabajando para poder ofrecer la tecnología de la FIV a un menor costo. En 2011 se hizo una prueba en Genk Institute for Fertility Technology para evaluar la efectividad de un método de laboratorio "nuevo" simplificado.

Los primeros resultados se presentaron en la reunión anual de la ESHRE en 2013, los cuales mostraron que el porcentaje de fertilización y la implantación de embriones fueron similares a los reportados por los programas de FIV de alto presupuesto y en 2012 nació el primer bebé concebido por FIV en esta clínica. Incentivados por su éxito se proponían iniciar más estudios en diferentes centros en países pobres. Lamentan que aun teniendo una gran demanda, resulta difícil conseguir fondos, mientras todos los costos del proyecto son cubiertos por la organización sin fines de lucro Walking Egg. (Ombelete, 2016, pág. 31)

En noviembre de 2015 se instaló el primer centro de Walking Egg en un país de bajos recursos, en Accra, Ghana, con el apoyo de la Iglesia Pentecostal. En enero de 2016 ya se había entrenado a personal local para realizar los diferentes procedimientos y se habían realizado 12 transferencias de embriones. En ese mismo mes otro centro Walking Egg se iba a instalar en Nairobi, Kenya (Ombelete, 2016, pág. 32). El doctor Salcido indica que se instaló uno de estos centros en Monterrey, Nuevo León, México. La limitante de este programa de bajo costo es que está diseñado para cierto tipo de pacientes:

... que el factor sea casi la pura trompa, [...] cosas más sencillas. Eso abarata mucho los costos. Tienen que tener ciertos criterios para que eso tenga éxito. Si no, no va a pegar [...] la muestra de semen tiene que estar normal (Comunicación personal, 24 de mayo de 2016).

Además de estos centros, entre 1997 y 2008 El Programa de la OMS dio apoyo técnico y financiero a centros colaboradores en África para conducir talleres de entrenamiento en laboratorio de “seminología” que derivaron en la realización de un programa de control de calidad del semen y el establecimiento de laboratorios satélites de andrología en la región subsahariana (Ziemin van del Poel, pág. 221). Considerando que, como se verá más adelante, estas tecnologías están todo el tiempo en experimentación, sería interesante realizar una investigación sobre la operación de este tipo de centros y laboratorios que se instalan en países pobres, así como las implicaciones para las personas que se atienden o colaboran con ellos.

Políticas reproductivas Nacionales y oferta médica

Durante los primeros treinta años del siglo XX, en México la racionalidad reproductiva se orientaba a producir ciudadanos para poblar un país que se consideraba con grandes

recursos y escasa población para habitarlo y producir riquezas y donde, además, la esperanza de vida era baja. Por estas razones las políticas tendían a la promoción de las familias grandes (Vallarta Vázquez, 2005) citado por González-Santos (2010, pág. 39). Ya para la década de 1940 el crecimiento económico permitió mejorar los sistemas de salud y disminuyeron las tasas de mortalidad infantil.

Al mismo tiempo, algunos investigadores médicos mexicanos se empezaron a interesar por el tema de la infertilidad. De acuerdo con Vázquez (s/f) (socio honorario de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción AMMR) desde principios de siglo XX se realizaron investigaciones aisladas sobre el tema y hasta 1949 se unieron varios especialistas interesados en cuestiones de infertilidad para formar la Asociación Mexicana para el Estudio de la Esterilidad (AMEE). Entre los socios había urólogos, ginecólogos, radiólogos, laboratoristas, endocrinólogos, patólogos y veterinarios.

Durante la segunda mitad de los años 1960, aunque la política oficial seguía siendo pronatalista, algunas personas ya estaban buscando métodos anticonceptivos en los consultorios privados o a través de técnicas no biomédicas (Zavala de Cosío, 1992; CONAPO, 1999) citados por González-Santos (2010, pág. 40). En la AMEE desde 1960 empezaron a generarse ideas sobre el control de la fertilidad y la anticoncepción a base de productos hormonales y en 1966 cambió su nombre a Asociación Mexicana para el Estudio de la Fertilidad y la Reproducción Humana –que volvería a cambiar en 1993 por el nombre actual, Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción AMMR. (Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción AMMR, s/f)

La biología de la reproducción se reconoció como una especialidad médica y se crearon los primeros dos departamentos independientes dedicados a la investigación y tratamiento de la infertilidad en 1965. Uno en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) y el otro en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-CMN). En el INNSZ, se instaló también la primera clínica de planeación familiar del sistema público de salud. A finales de la década, en la Universidad Autónoma de México (UNAM) con la colaboración del INNSZ y el IMSS-CMN, se abrió el primer programa de biología reproductiva en México. Así, la medicina avanzaba siguiendo ambas tendencias, anticoncepción y asistencia a la infertilidad. (González-Santos, 2010, pág. 41)

La gobernanza reproductiva que promovía, a nivel internacional, la idea de que las grandes poblaciones no sólo no significaban riqueza para las naciones, sino que constituían un obstáculo para el crecimiento económico guiaron las políticas reproductivas en América Latina (Morgan y Roberts, 2012; Stolke, 1998). En México, esas ideas se incluyeron en las políticas reproductivas hasta los años setenta, aunque algunos médicos del sector privado, académicos y políticos adoptaron antes el discurso y apoyaron la idea de generar programas de planeación familiar para controlar la natalidad (González-Santos, 2010, págs. 42-44). La década de los setenta también fue de mucha actividad por parte de grupos feministas y mujeres, que además de la denuncia sobre la desigualdad y opresión que sufrían, hablaron de sexualidad femenina, de anticoncepción y de aborto, de la maternidad como un ejercicio voluntario y exigieron el derecho a anticonceptivos y a educación sexual (Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, 2015, pág. 284)

En 1974 el Estado se obligó, a través de la Ley General de Población, a ofrecer servicios de planeación familiar gratuitos y, el artículo 4º de la Constitución se modificó para garantizar a las personas el derecho a decidir de forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los(as) hijos(as). También se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) que tenía entre sus funciones promover el tamaño ideal de las familias y el uso de los métodos de planificación familiar. El CONAPO sostenía el discurso de que la planeación familiar beneficiaba a los individuos, a la familia y al país. En 1978 se creó el Plan Nacional de Planificación Familiar con el propósito de coordinar los programas de planificación y llegar a reducir drásticamente el crecimiento de la población para finales del siglo. Todo el sistema de salud se involucró en el proyecto logrando su efectividad. (González-Santos, 2010, págs. 42-44)

Al mismo tiempo, se avanzaba también en el campo de la RA. Así, en 1985 se establecieron las primeras clínicas de RA en México, una en Monterrey, N.L. y otra en la Ciudad de México. Pero desde principios de los ochenta, algunos médicos ofrecían técnicas de baja complejidad, como la inseminación artificial y, algunos, hasta técnicas complejas como la FIV. En 1988, coincidiendo con el auge de las campañas de planificación familiar, se logró la primera GIFT en México. (González-Santos, 2010, págs. 44-45)

Las campañas desarrolladas a principios de los años 1990 pusieron énfasis en la idea de las elecciones individuales, basándose en valores como individualidad, responsabilidad, empoderamiento, derechos humanos y equidad de género (Nazar-Beutelspacher, et al. 2004:148) citado por (González-Santos, 2010, págs. 45-46). Por otro lado, Welti (2006) señala que las evidencias sobre el deterioro en las condiciones de vida de amplios sectores de la población, no obstante las tasas de disminución de la fecundidad, exigieron una transformación en el discurso. La intervención del Estado en el ámbito individual de la reproducción se justificó a partir de entonces en nombre de la salud de las mujeres y posteriormente en relación a los derechos reproductivos. El nuevo discurso se difundió a través de los medios de comunicación y la producción intelectual en la que surgió un nuevo concepto de análisis: la salud reproductiva.

La retórica reproductiva fue moviendo el foco desde la disminución de los nacimientos: “vámonos haciendo menos”, “la familia pequeña vive mejor”, “planifica, es cuestión de querer”, hacia una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos: “Es tu vida. Es tu futuro ¡Hazlo seguro! Proyecto de vida” (Secretaría de Gobernación SEGOB, 2014). Este último mensaje se enfoca en los jóvenes, pues las encuestas han revelado que la fecundidad de mujeres menores de veinte años tiene una participación relativa cada vez mayor en la fecundidad total. Desde que se realizó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID-97) se ha buscado recuperar información sobre la aportación de las mujeres menores de veinte años a la fecundidad. (Welti, 2006)

Aunque la infertilidad se considera en el rubro de la salud reproductiva, de acuerdo con la revisión que realiza Welti Chanes sobre las encuestas de fecundidad llevadas a cabo en México, la infertilidad no ha figurado dentro de los objetivos centrales de los especialistas, cuyo interés se dirige a la tasa de nacimientos, las condiciones económicas y sociales y la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Por otro lado, el informe del CONAPO de 2014 sobre los avances en relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio tampoco menciona la infertilidad –no obstante que uno de esos objetivos la incluye. Sin embargo, la infertilidad se considera en la Ley General de Salud²⁷ LGS, en la sección de planificación

²⁷ Actualizada en noviembre de 2015

familiar²⁸, pero solamente se refiere a la investigación. A diferencia de la planificación familiar en relación a la que incluye la educación, la atención y vigilancia, además del apoyo y fomento de la investigación –respecto a la investigación, comprende la infertilidad, la biología de la reproducción humana y la anticoncepción- (Ley General de Salud LGS, 2015, art. 68). En cuanto al Reglamento de la Ley General de Población, indica que se debe orientar sobre las causas de infertilidad y los medios para superarla, así como las estrategias de prevención y control (Reg. LGP, Sec. II).

Aunque el sector público de salud ofrece atención a la infertilidad, el servicio es limitado, especialmente si se compara con la oferta privada. El IMSS cuenta con la tecnología para procedimientos complejos en los hospitales de tercer nivel que se encuentran sólo en ciertas ciudades del país como Monterrey, N. L., Torreón, Coahuila y en la Ciudad de México. En la Ciudad de México el Instituto Nacional de Perinatología (INPER), el Hospital de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE también ofrecen procedimientos complejos de RA²⁹.

Para que las parejas puedan ser atendidas en el ISSSTE deben reunir ciertos requisitos, los más importantes son la edad de las mujeres, que deben ser menores de 36 años, y se ofrece sólo a parejas casadas o en concubinato, que no tengan más de un hijo, que no tengan anomalías genéticas heredables a sus hijos³⁰. Las pacientes que requieren FIV con trasplante de embriones, son enviadas al hospital 20 de noviembre. El doctor Islas (comunicación personal, 2 de mayo de 2016) señala que son muchas las personas que esperan para ser atendidas, la atención puede demorar desde seis meses hasta un año. Según el doctor Salcido (Comunicación personal, 24 de mayo de 2016) en el Hospital 20 de Noviembre se realiza una evaluación de las parejas que envían los demás hospitales para determinar si se eligen para el programa de FIV.

²⁸ La definición de planificación familiar que se lee en esta sección: “Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”

²⁹ El servicio del IMSS y el ISSSTE y el Hospital de la Mujer de la SEDENA forman parte de las prestaciones laborales a las que tienen derecho ciertos tipos de trabajadores. El INPER ofrece atención médica a las personas que no cuenten con servicios de salud.

³⁰ Esta información está en la página del Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE. Los primeros dos requisitos los confirmó durante una entrevista el doctor Gaudencio Islas Cruz (Comunicación personal, 2 de mayo de 2016)

El IMSS también establece la edad máxima en 35 años para poder acceder a tratamientos de infertilidad. Las pacientes pueden ser enviadas a los hospitales de tercer nivel cuando se determine que la FIV es su única opción para embarazarse, sin embargo, señala la doctora Sirenia Ruiz (Comunicación personal, 19 de junio de 2015) que pocas pacientes toman esta opción porque representa un costo alto en gastos de manutención y de tiempo.

La retórica de los derechos humanos ha sido utilizada para exigir al Estado mexicano que extienda el acceso a los servicios públicos de RA. En una nota de prensa se calificó la RA en México como arbitraria y discriminatoria (Torres, 6 de octubre de 2010), otra la describe como un mercado, pues la mayor parte de la atención se da en hospitales privados (Sánchez, 1 de septiembre de 2011). El Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE (s/f) apoyó una demanda por trato discriminatorio en la prestación del servicio de RA en un hospital público ya que, entre las reglas se señala la edad y se restringe a parejas heterosexuales. La demanda se sustenta en los derechos humanos, particularmente en el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener.

Por otro lado, la oferta de RA en el sector privado ha crecido en los últimos años. Según González-Santos (2010), en 1999 había ya en el país 17 clínicas, pero fue en la década 2000 – 2010 que la reproducción asistida tuvo un gran desarrollo. En el 2007 ya existían 45 clínicas en el país. Desde entonces la RA ha recibido gran atención en los medios de comunicación³¹. La autora señala que desde el año 2000, la RA parecía ser una industria altamente rentable.

¿Cuáles son las opciones médicas que encuentran en Chihuahua las personas que no han podido tener hijos(as)? En la ciudad de Chihuahua se atiende a parejas infértiles en el Hospital de Ginecobstetricia del IMSS, mientras la mujer no sea mayor de 35 años. Solamente se realizan procedimientos que no requieran uso de laboratorios -como por ejemplo para el tratamiento del espermatozoides. La asistencia se enfoca, en primer lugar, en corregir algunas condiciones de salud que pudieran obstaculizar un embarazo, como diabetes, sobrepeso, hipotiroidismo, miomas. Después se pueden realizar tratamientos de

³¹ González-Santos (2010) hace un recuento de periódicos, revistas y programas de radio y televisión que se ocuparon del tema en esa década, incluyendo novelas y series dramáticas.

estimulación ovárica ya que el IMSS cuenta con todos los medicamentos necesarios (Dra. Sirenia Ruiz, 2015).

El ISSSTE no cuenta con un programa de asistencia a la reproducción, solamente tiene la especialidad de ginecología. El único especialista en reproducción asistida es el coordinador del área –que se incorporó recientemente a la institución- a quien recurren algunos ginecólogos en ciertas ocasiones (Salcido, 2016). También el Instituto Chihuahuense de Salud incluye el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad a sus derechohabientes. En Chihuahua, como en el resto del país, los servicios de reproducción asistida se ofrecen principalmente en el sector privado de la salud.

En la ciudad de Chihuahua la asistencia a la reproducción en el sector privado inició durante los años noventa en dos hospitales, en la Clínica del Centro y en la Clínica del Parque. En 1996 nació el primer bebé concebido mediante un procedimiento de FIV realizado en la Clínica del Centro (Espinoza, comunicación personal, 11 de diciembre de 2013). Este centro cerró unos años después. En la Clínica del Parque otro equipo de médicos empezó a ofrecer servicios de RA en 1997 (Márquez, comunicación personal, 16 de junio de 2015) y se separó de esta clínica cuando se convirtió en Christus Mugerza del Parque. Actualmente ésta es la Clínica Gestare, que recientemente se unió al Hospital StarMédica. Otros especialistas en RA y ginecólogos utilizan los servicios de laboratorio de Gestare. (Salcido, 2016; Márquez, 2015)

En ciudad Juárez nacieron en el año 2000 las dos primeras niñas concebidas por medio de la técnica de FIV realizada en el primer centro de RA de Juárez, el Hospital Poliplaza. Actualmente existen otras dos clínicas en Ciudad Juárez, una de estas es el Instituto de Biogenética Molecular del Hospital StarMédica. Según la narración de una mujer, hace veinte años una especialista de Cd Juárez, la doctora Guadalupe Nava, la atendió coordinándose con un médico de Dallas, Texas, Estados Unidos, donde concibió a sus trillizos mediante FIV (Castañón, 15 de marzo de 2015).

En entrevista para *El Diario*, la doctora Nava –especialista en RA de Juárez- comenta que es necesario encontrar una forma para que la RA sea más accesible, ya que por su costo económico está fuera del alcance de muchas personas -El artículo de Castañón, señala que

los costos van de cinco a diez mil pesos por inseminación artificial y de 90,000 a 100,000 pesos por ciclo de FIV³². Por este motivo, en el hospital StarMédica de Juárez se está desarrollando un proyecto que pretende ofrecer precios más accesibles para algunas parejas, para lograrlo tratan de involucrar instituciones gubernamentales. Señala que a través de dicho proyecto “Al menos una paciente por ciclo va a tener beneficios sociales porque es un compromiso con nuestra sociedad”. El biólogo Raymundo Rivas Cázares señala que mientras la eficiencia de esta tecnología ha aumentado considerablemente -antes las posibilidades de embarazo iban del 20 al 30 por ciento, actualmente alcanzan entre 40 y 50 por ciento de éxito- la tasa de infertilidad también ha crecido, indica que en México el 25 por ciento de las parejas tienen problemas reproductivos. Señala como principales causas el estilo de vida y el estrés que implica. (Castañón, 15 de marzo de 2015)

La retórica de la infertilidad como enfermedad y como problema social respalda las demandas que hace la doctora Nava para involucrar al Estado en el proyecto de disminuir costos a los(as) pacientes. Así, la biomedicina cumple una función social y se afirma como solución. Aunque en general no ofrece eliminar el problema que impide el embarazo, sólo se manipula el cuerpo y los gametos para conseguirlo.

Capítulo 2. Los lazos de sangre

Fíjate que los primeros años de casados, yo no quería, yo no quería ser mamá, me la pasaba muy bien, vivíamos bastante bien, viajábamos bastante bien, super bien, entonces yo no quería, yo no quería al principio. Pero, cómo muchas veces la misma sociedad te va ejerciendo presión: válgame, vas a ser abuela, no vas a ser madre, que las arañas. Ejercen tanta presión, que dices, bueno, está bien voy a intentar. Yo digo que empecé a intentarlo más bien por eso, por la carrilla que empezamos a recibir de todo mundo, y son los amigos, y es la familia y es todo mundo. Entonces, ya cuando empiezas es una bola de nieve que te va llevando, y no te detienes, o no haces una pausa, para decir: bueno ¿y realmente lo quiero? Te va llevando, te va llevando, te va llevando, que ya cuando lo piensas, ya estás inmersa

³² Los precios varían, una mujer me dijo que alrededor del año 2009 una inseminación artificial, incluyendo las consultas del ciclo menstrual y los medicamentos le costaba más o menos 15,000 pesos.

hasta el copete, y ya no te puedes salir porque pues ya empezaste. Y así como que yo soy mujer de muchos retos. Lo consideré un reto ¿no?

En este capítulo se exponen ideas y prácticas de personas que enfrentaron la infertilidad por medio de la tecnología médica de reproducción asistida. El objetivo consiste en comprender la forma en que estas personas entienden la maternidad, la paternidad, la infertilidad y el parentesco; cómo vivieron su experiencia; sus estrategias para convertirse en padres y madres y cómo lograron producir sus relaciones de parentesco.

Una terapeuta en cuyo centro de atención se organizaron durante varios años las reuniones de un grupo de padres y madres adoptivos(as) y de personas que querían adoptar, comentó que las personas llegaban “en desastre” después de haber intentado por varios años embarazarse mediante RA. Ella considera que estas personas viven la infertilidad como una discapacidad³³ ¿Por qué se sentirían discapacitadas las personas que no pueden tener hijos(as)? El significado que se otorga a la infertilidad deriva de lo que representa para las personas la maternidad, la paternidad y el parentesco.

Actualmente, la maternidad y la paternidad son altamente valoradas pues aún las identidades femenina y masculina se vinculan estrechamente con dichos estatus. A pesar de la retórica de los derechos sexuales y reproductivos, la racionalidad reproductiva que se expresa en las narraciones de las y los informantes indica que entre las opciones a elegir no se encuentra o es activamente desincentivada la idea de no tener hijos(as). Y por otro lado, la retórica reproductiva en la que se enmarca ese razonamiento promueve la idea de ‘normalidad’ de la maternidad y la paternidad biológicas. En una sociedad que sustenta el discurso de las libertades y los logros individuales, que propone que las capacidades son heredadas de generación en generación a través de los genes, no ser capaz de transmitir la herencia genética convierte a las personas en ‘anormales’.

Como se verá en el desarrollo del capítulo, las personas acuden a la medicina para resolver algún fallo de su cuerpo que les impide lograr el estatus de padres y madres y así poder

³³ Según la OMS “Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.” (OMS,

integrarse de manera normal en la sociedad, es decir, buscan ayuda para ‘normalizar’ su situación. Por lo anterior, la infertilidad es vivida como una discapacidad que impide la función reproductiva y, como consecuencia, obstaculiza la integración social.

El capítulo está organizado en cuatro partes, en la primera se presenta a los informantes. La segunda parte, dividida en 4 secciones, expone las representaciones de las personas en torno a la paternidad, la maternidad y el parentesco. Se describe la forma en que las personas imaginaron la maternidad y la paternidad; cómo decidieron ejercerlas y su idea de la fertilidad; en la cuarta sección se expone la noción sobre el parentesco y el imaginario en torno a los genes. La tercera parte corresponde a las experiencias en el proceso de atención. Está dividida en tres secciones, en la primera se explica brevemente en qué consisten las técnicas de la reproducción asistida; en la segunda y la tercera se describe el proceso de atención; en la cuarta sección las personas que consiguen su objetivo legitiman sus maternidades y paternidades asistidas por la medicina.

Protagonistas

En este capítulo se han considerado las experiencias de personas que tuvieron cualquier tipo de asistencia médica para la concepción. Desde terapia hormonal hasta ICSI, y también se incluyó un caso de pérdida de embarazo, pues lo relevante para este estudio es la percepción sobre la infertilidad, la maternidad/paternidad cuando no se puede tener hijos y/o hijas sin ayuda y lo que implica la asistencia médica en la producción de la maternidad y la paternidad. Aunque son técnicas con diferentes niveles de complejidad, siguen el mismo principio de calendarización de ciclos biológicos, del sexo y de la medicación; la mayoría de los exámenes son comunes a todos los tratamientos; las personas experimentan de manera similar la ansiedad sobre la menstruación que indica que el proceso no funcionó y experimentan el mismo sentimiento de pérdida cada mes³⁴. Las personas pueden permanecer en tratamiento por periodos prolongados aun cuando nunca hayan pasado por una FIV, y ni siquiera se hayan practicado una inseminación artificial. Aun así comparten el dolor de la pérdida –pérdida, porque así lo expresan- mensual. Es a tal grado similar el

³⁴ Solamente el caso de pérdida de embarazo tiene exámenes diferentes, pero comparte con los demás tratamientos la medicación, la vigilancia médica y la ansiedad y el sentimiento de pérdida cada vez que un embarazo se pierde. En este caso fueron 5 embarazos, esto informa de la persistencia.

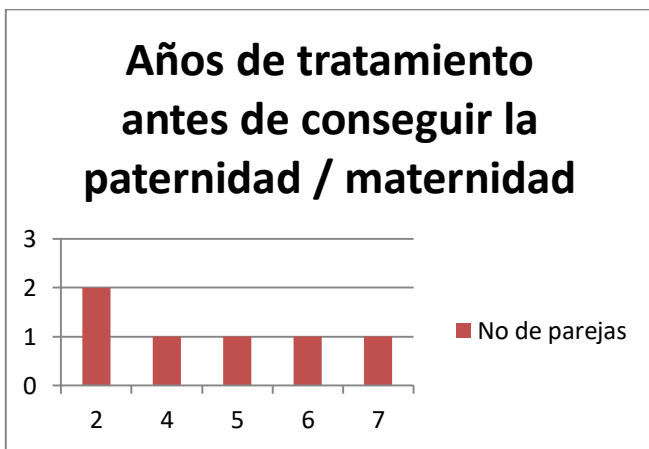
sentimiento, que cuesta entender durante la entrevista cual fue realmente el tratamiento, recuerdan “exámenes superdolorosos” “bien grotescos”, sexo sin emoción, estar muy vista (por el personal médico), sentimiento permanente de ansiedad –referida como obsesión por varias mujeres.

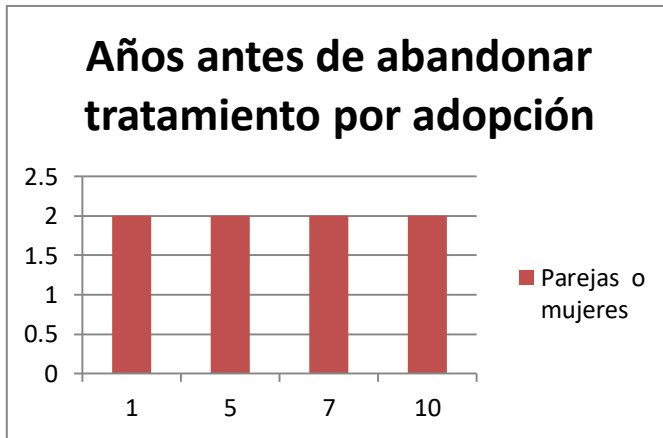
De alguna manera ya es de dominio general que no haber concebido después de un año de relaciones sexuales sin protección, indica que hay problemas y se debe acudir a un ginecólogo. Nadie mencionó haber acudido primero o al mismo tiempo a buscar un diagnóstico de la pareja masculina. Cabe mencionar que en el directorio comercial (sección amarilla) sólo están registrados dos andrólogos en Ciudad Juárez y en Chihuahua ninguno. La sociedad en conjunto asocia la reproducción casi exclusivamente con el cuerpo femenino, cuando se sospecha de problemas masculinos los ginecólogos los refieren generalmente con los urólogos.

Se entrevistaron cinco parejas y once mujeres, diez de ellas formaban parte de parejas heterosexuales, dos se habían divorciado recientemente y una era soltera. Son dieciséis casos de mujeres y parejas que compartieron sus experiencias en procesos de atención médica para poder tener un(a) hijo(a). De las cinco parejas entrevistadas se habló por separado con cuatro de las parejas masculinas. También se incluyeron datos de tres entrevistas realizadas a mujeres de la Ciudad de México y un caso de una mujer de Chihuahua que en el momento de la atención mediante RA su condición económica se salía de los estándares del grupo de informantes. Estos casos no aparecen en las gráficas siguientes, se ha tomado la información para fines de comparación. El periodo en el que estas personas vivieron este proceso está comprendido entre 1990 y 2012.

El promedio de edad de los primeros intentos de embarazo fue de 29 años, solamente dos mujeres empezaron alrededor de los 40. Se utiliza la edad de las mujeres porque por lo general es su edad la que determina cuando embarazarse -esto tiene que ver con el conocimiento popular sobre el reloj biológico. Además, cabe señalar que con una o quizá dos excepciones, la edad de la pareja masculina es similar a la femenina. Todas las personas son profesionistas, con la excepción de una mujer con carrera técnica. Todas las mujeres y también los hombres participan en el ámbito laboral, algunas mujeres han salido temporalmente y han regresado, una seguía fuera al momento de la entrevista. Estas

personas pertenecen a la clase media, pueden pagar la FIV aunque no necesariamente con holgura, algunos vendieron su auto o consiguieron préstamos. El tiempo que permanecieron en tratamiento va de uno hasta diez años, la salida del tratamiento se debió en seis casos al logro del hijo; una pareja descubrió que la causa de la infertilidad se debía a un problema de salud de la pareja masculina; nueve parejas renunciaron en favor de la adopción; solamente una pareja dejó los tratamientos optando por no tener hijos(as). Las personas que renunciaron sin haber alcanzado su meta señalan como determinantes de la decisión: cansancio, motivos éticos para no continuar con la siguiente opción (generalmente la FIV), y motivos económicos. El tiempo que permanecieron quienes renunciaron va de uno a diez años. En las siguientes gráficas se muestra el número de parejas o mujeres que permanecieron en tratamiento por cierto número de años. En la primera gráfica están representadas todas las parejas o mujeres, en la segunda sólo quienes lograron la meta del(a) hijo(a) y en la tercera quienes renunciaron en favor de la adopción.





Se puede observar que las personas tardan varios años antes de renunciar al(a) hijo(a) biológico(a). Sólo dos casos abandonaron al año, una persona tenía 43 años de edad y era soltera, lo que significa que tenía que afrontar todo el costo, económico y emocional sola; el motivo del otro caso tuvo que ver con el costo del tratamiento, tanto económico como en riesgo físico.

Racionalidad reproductiva

La maternidad y la paternidad

La maternidad y la paternidad, generalmente se imaginan como una etapa del ciclo vital. Sobre la opción de la maternidad, algunas de las mujeres dijeron que no se piensa, se ha asumido como un paso en la vida: “ya ni lo piensas, te lo programan tanto que dices: ah sí. Te casas y tienes hijos”. Unas de ellas imaginaron la maternidad desde que eran niñas, formaba parte de los juegos infantiles, regularmente asociada al cuerpo, al embarazo o al amamantamiento. En la familia las niñas encuentran los modelos para formar sus nociones sobre lo femenino. Los juegos y los ejemplos familiares formaron parte del disciplinamiento de las niñas como se puede ver en los testimonios siguientes.

Me acuerdo cuando chiquita, bueno chiquita que tenía conciencia. Para mí era wau voy a crecer y me voy a casar y voy a tener hijos. Y la ilusión de la supermegapanza, para mí era así como wau una experiencia increíble. Desde chiquita te preparan, porque pues hay estereotipos. A la niña le regalamos el bebé y al niño le regalamos el carrito. Hay estereotipos que ya tienes que cumplir desde chiquita. O sea, ya te entrenan a que vas a ser mamá, no hay opción, las mujeres tenemos hijos y punto...

Yo era así de que, toda mi vida soñé con ¡amamantarlos! Toda mi vida jugué con muñecas y fui niña que fui mamá de mis sobrinos. [...] Entonces, pues yo niña, yo les quería dar pecho a todos. Como veía que mi hermana y todo...

Sólo una de las mujeres mencionó que no se imaginaba ni siquiera casada, ella afirma que así la educaron, incluso a su papá “le chocaba que jugara con muñecas”. Así que ella considera que gracias a esa educación la maternidad no era un objetivo en su vida: “casarme no sabía, y tener hijos no me veía”. Sin embargo, varios años después de casarse sintió “ese deseo” de tener hijos. Otra mujer que aplazó por varios años la maternidad afirmó que hubiera podido vivir sin hijos. Una informante que después de varios años de tratar de embarazarse optó por no tener hijos afirma estar bien sin hijos, sólo le molesta la presión social:

Entonces yo pienso que tienes que ver un poco más a tu alrededor abrirte a lo bueno y a lo malo de no tener hijos. Y que te dejen de estar machacando que si no tienes hijos eres raro y anormal.

De manera similar a lo que informan las mujeres, para los hombres la paternidad se asumía como una parte de la vida. En general, predomina la idea de que los(as) hijos(as) forman parte del matrimonio como una verdad que no se cuestiona. Uno de ellos mencionó, que no obstante esa idea, haberse quedado sin hijos(as) no hubiera representado un problema para él

Tenía una idea desde aquel tiempo, que no ha cambiado a la idea que tengo hoy. Para mí la paternidad era en aquel momento y es ahorita, traer felicidad y traer un motivo de vida a la pareja, por medio de la educación y la formación y el hacer independientes a esos seres. Pero sí pensaba en eso, en un motor de vida y un motivo de alegría para la pareja.

Nos casamos, empezamos nuestra vida matrimonial en el entendido de que el objetivo del matrimonio es tener hijos y simplemente estábamos en los ensayos y pues no se daba y punto. Pero no había un plan de sí tener o de no tener.

Como señala Marvin Harris, comprender las cuestiones culturales que enmarcan las prácticas y las representaciones implica ver más allá de las afirmaciones conscientes de las personas (Harris, 1998). La maternidad y la paternidad son roles que se asocian culturalmente a la feminidad y a la paternidad (Castañeda, 1998). Forman parte de la “normalidad de las cosas” (Bestard, 2004, pág. 29). Las decisiones que se toman respecto a

tener o no tener hijos(as) tienen que ver con el mantenimiento de un *estatus quo* y por lo tanto predomina en éstas una *autoridad social* (Salomón, 2011)³⁵. No solamente la familia influye en la producción de las ideas sobre la feminidad, la masculinidad y la reproducción, otros dominios culturales también influyen como la medicina y la iglesia. Bestard destaca la importancia que la iglesia ha tenido en nuestra cultura para organizar nuestras concepciones sobre el parentesco y sugiere investigar los orígenes religiosos de esas ideas

Se trata, en definitiva, de interrogar a unos textos eclesiásticos, jurídicos o médicos y preguntarnos por las diferencias de unas ideas en las que reconocemos los orígenes de algunas de nuestras actitudes sobre la familia, así como por la proximidad que mantenemos con ellas a pesar de su alejamiento temporal (Bestard, 1991, pág. 89).

Salomón (2011) encontró en su investigación que la religión –católica, era la fe que profesaban sus informantes- fue uno de los factores más influyentes en la decisión de tener hijos(as) o no tenerlos(as), las personas que decidieron no tener hijos no profesaban alguna religión. Aunque no se realizó una investigación exhaustiva sobre textos religiosos, es posible encontrar similitudes entre las ideas que expresan las personas y algunos textos de la religión, católica en este caso –ya que es la fe que profesa casi el total de las personas entrevistadas. Según estos textos, Dios ha dotado a las mujeres con la capacidad para la procreación, lo que les imprime deberes y cualidades femeninas esencializadas como la maternidad, la ternura y la actitud de servicio. La imagen masculina por el contrario, se identifica con “la salida hacia el mundo”, con “la generación de la cultura”. En unión conyugal ambos tienen la responsabilidad social de colaborar con la continuidad de la humanidad. Estas ideas se pueden encontrar tanto en el Concilio Vaticano II, como en textos más recientes.

En el Concilio Vaticano II³⁶ al matrimonio se le asigna entre sus objetivos la colaboración con Dios para aumentar y enriquecer su propia familia; el matrimonio ha sido dotado con la capacidad para asegurar la continuidad de la humanidad, incluso de esto depende su suerte eterna³⁷.

³⁵ Elizabeth Salomón es maestra en psicoterapia en niños y adolescentes.

³⁶ Convocado por el Papa Juan XXIII en 1962 y terminado por el Papa Pablo VI en 1965.

³⁷ Concilio Vaticano II, Const. Past. *Gaudium et spes*, Sobre la iglesia en el mundo actual, 48 y 50

Una visita que realicé a una iglesia buscando una entrevista con un sacerdote, coincidió con una reunión en la que el sacerdote daba una plática a los feligreses. Se analizaba un texto del Papa Francisco: la exhortación apostólica³⁸ postsinodal *Amoris Laetitia. La alegría del amor en familia*, que elaboró el Papa a partir de los sínodos de 2014 y de 2015. En esta obra se reitera la responsabilidad generativa de los matrimonios y las cualidades femeninas y masculinas en relación a la reproducción. Se subrayan las responsabilidades reproductivas que las mujeres, tienen con la sociedad, con la iglesia y con los hijos. Indica que las actividades de las mujeres fuera de la casa constituyen un problema, debido a la necesidad de la presencia materna en el hogar. Se asocia la ternura y una actitud de sacrificio con cualidades inherentemente femeninas. La figura paterna se asocia con las actividades externas, con “el mundo más amplio y desafiante”, y con actitudes de esfuerzo y lucha (Papa Francisco, 2016, págs. 108-110)

Se reproduce un ideal de lo femenino y de lo masculino asociado a una división genérica del trabajo. Se naturalizan las funciones reproductivas de las mujeres, no solamente de engendramiento, sino de crianza. Esta forma de entender la feminidad y la masculinidad está encarnada no solo en sacerdotes sino en médicos y en la sociedad en general. La percepción del padre Nicolás sobre la función generativa del matrimonio y el instinto maternal de las mujeres representa un ejemplo de estas concepciones.

... obviamente todo matrimonio quiere tener hijos, en principio, aunque ya cada vez menos ¿eh? Cada vez menos. En Europa esta es una terrible realidad que está llevando a un invierno poblacional. [...]. Pero en México creo que todavía no estamos en ese plan. De casarse para pasársela bien nada más, sino que se quieren hijos. Especialmente la mujer, siente un atractivo, una llamada, una atracción hacia la maternidad. Pero, creo que también el hombre.

Se ha dicho siempre que según la iglesia, el matrimonio es para tener hijos. Y efectivamente es para tener hijos, pero no nada más para tener hijos, el matrimonio

³⁸ “una Exhortación Apostólica es un documento por el que el papa comunica a la Iglesia las conclusiones de un Sínodo” en Comunicar la Fe, Noviembre 19, 2013. <http://www.arguments.es/comunicarlafefe/que-es-una-exhortacion-apostolica/>; “La exhortación apostólica es uno de los documentos oficiales elaborados por el Papa de la Iglesia Católica. Con estos documentos el papa anima a una comunidad de personas a llevar a cabo una actividad en particular, sin definir la doctrina de la Iglesia. Es el tercero en importancia tras las constitución apostólica y las encíclicas; y más importante que las cartas apostólicas y los breves apostólicos. Las exhortaciones apostólicas son postsinodales cuando parten de las propuestas producidas durante los trabajos de uno o varios sínodos de los obispos” Wikipedia, última modificación: 14 de junio de 2016;

es para el mutuo apoyo de los esposos, su cariño, su acompañamiento mutuo en la vida. De manera que si uno de los fines falla, pues está el otro.

El cuerpo de las mujeres se imagina equipado con herramientas reproductivas que se deben usar. Es para lo que es. El doctor Espinoza platica que habían nacido ya tres bebés de madres a las que les donaron útero. A la pregunta relacionada con la manera de obtener un útero, el médico respondió que lo donaba una hermana o la madre: “ella ya cumplió”. Esta forma de concebir el cuerpo femenino está incorporada en las concepciones y las prácticas de las personas, el siguiente comentario de una mujer que consiguió la maternidad por medio de FIV es un ejemplo:

Por tantas cosas que te haces, que tu matriz, todo, está muy lastimado, muy dañado. Que no me importa, yo fui con el doctor y le dije: si me la tiene que quitar quítemela, ya me dio lo que me tenía que dar, estoy más que agradecida con ella.

Winocur señala que la ciencia no ha podido demostrar que existan características innatas de las mujeres asociadas a su constitución fisiológica. No se puede mostrar tampoco que exista un “instinto maternal”, los sentimientos hacia la maternidad dependen de factores culturales, más que de la biología.

La cultura a lo largo de los tiempos y a lo ancho de la geografía, modela la maternidad, modela el deseo maternal o la ausencia de deseo, modela la mirada social hacia las mujeres que no tienen hijos y hasta modela los modelos jurídicos en los que se inscribe la maternidad (Winocur, 2012, pág. 48).

No obstante, todavía hoy la maternidad se asocia a la realización personal, sólo así se puede llegar a ser una mujer completa, buena, fecunda (pág. 49). Como lo dijo una de las mujeres que intentó embarazarse con RA: “tan sólo por ser madre ya tienes una palomita”.

No se trata de afirmar que no pueda existir un genuino deseo de ejercer la paternidad o la maternidad, solamente se cuestiona la normalidad de ese deseo contra la anormalidad de la carencia de éste. Las decisiones de las personas no son tan individuales. La construcción de nuestra subjetividad no es un proceso individual, sino el resultado de nuestras experiencias e interacciones en la vida cotidiana, con la familia, los amigos, la religión, la medicina, los medios de comunicación, etcétera. Lo que pensamos sobre la maternidad y la paternidad lo vamos aprendiendo a través de procesos de socialización, de disciplinamiento, en términos

de Foucault. No cabe duda que actuar de acuerdo a lo que indica la racionalidad reproductiva dominante siempre será más comprensible para nosotros mismos y para los demás.

El derecho a decidir y la opción 'natural'

La información de las entrevistas sugiere que la formación de las mujeres, además de los ejemplos observables en su entorno, han producido y logran mantener en ellas una idea de la maternidad ya sea como una parte fundamental de la normalidad de la vida: “Mi sueño desde chiquita era mi familia, mis hijos, o será que como mi mamá siempre estuvo en casa...”; o un estatus opcional: “me enseñaron que no necesitaba un hombre para valer, ni tener hijos”. También se aprende en la familia sobre la responsabilidad de elegir el momento más adecuado para tener hijos(as): “Mi mamá [...] nos decía: no echés a perder tu vida, como que nos programó para que no tan pronto”

La decisión sobre los hijos no es una cuestión precisamente individual o de pareja, el entorno influye en los deseos y las prácticas de las personas. El ideal del derecho a decidir hace referencia a personas responsables que eligen el momento más oportuno para tener hijos y el número de hijos que pueden tener de acuerdo a los recursos con los que cuentan, tanto económicos como de tiempo, porque una crianza adecuada implica dedicación –como se verá con más detalle en el siguiente capítulo, desde principios del siglo XX se ha promovido la noción de la infancia vulnerable y sujeta a derechos, dentro de los que destacan el derecho a tener una familia que la proteja y le dé afecto.

Las respuestas a la pregunta sobre cuándo y por qué se debería tener hijos(as), van en ese sentido: las personas deben ser maduras, solventes económicamente, capaces de dar cariño y de atenderlos(as). Estas son algunas de las respuestas: “porque quieres compartir con ellos lo que eres y lo que tienes [internamente]”; “yo digo que tengas los hijos que puedas educar y mantener”; “cuando se tiene la suficiente madurez, sobre todo que se tiene conciencia de lo que es tener un hijo, no nada más, no sé, en el caso de los hombres por machismo, de que bueno, tengo hijos”; “cuando sea una pareja sólida en todos los sentidos, sentimentalmente, moralmente y financieramente. Y sí... una pareja yo considero hombre y

mujer”; “si no los vas a querer, si no los vas a cuidar, si no los vas a atender, entonces pienso que no los deberías de tener”

Las personas postergan la paternidad y maternidad, y en ocasiones se retrasa incluso el matrimonio. Por lo general las parejas decidieron disfrutar de la vida conyugal antes de tener hijos y también aplazaron por motivos profesionales o económicos. Otras parejas, por el contrario, decidieron tener hijos inmediatamente después de casarse porque consideraban que su edad no les permitiría esperar –tenían alrededor de 30 años. Según cierto régimen de saber reproductivo, estas actitudes son correctas, lo que no considera esa retórica es la opción de la no maternidad y no paternidad. Aunque la referencia al deseo de la maternidad y paternidad siempre está presente en el discurso durante las entrevistas, otras motivaciones también se expresan, como la presión de la familia, de los amigos o la intención de las mujeres o de los hombres de complacer a su pareja. En la cita del inicio de este capítulo una mujer que trató de embarazarse mediante RA cuenta sobre la presión que se ejerce a las parejas para que tengan hijos(as) y, que a pesar de que ella y su esposo estaban a gusto sin hijos(as), empezaron a intentar

Fíjate que los primeros años de casados, yo no quería, yo no quería ser mamá, me la pasaba muy bien, vivíamos bastante bien, viajábamos bastante bien, super bien, entonces yo no quería, yo no quería al principio. Pero, cómo muchas veces la misma sociedad te va ejerciendo presión: válgame, vas a ser abuela, no vas a ser madre, que las arañas. Ejercen tanta presión, que dices, bueno, está bien voy a intentar. Yo digo que empecé a intentarlo más bien por eso, por la carrilla que empezamos a recibir de todo mundo, y son los amigos, y es la familia y es todo mundo.

El testimonio siguiente muestra que a veces la fuente de la presión es el deseo de la pareja masculina y de sus parientes.

Yo sí tenía ganas de tener bebé, pero más que todo yo veía en mi marido, la importancia en él y en su familia, de la descendencia. Era muy criticado y muy satanizado que una mujer, no servía como mujer al no poder tener hijos. Entonces, yo también, gran parte de mi afán de ser madre, era no perder a mi esposo, [...] y aparte de que a mí siempre me han encantado los niños, era mi sueño también. [La infertilidad representaba dos problemas:] perder al esposo y no poder ser mamá.

Generalmente son las mujeres las que deciden iniciar el proceso. Algunas mantienen más tiempo la esperanza de embarazarse y también son las mujeres las que consideran antes que

sus parejas la alternativa de la adopción. Una mujer cuenta cómo ella insistía con los tratamientos mientras su esposo no estaba seguro

Estábamos a pleito y pleito... Yo obsesionada y el otro pobre se sentía muy presionado. Todo, todo ese tiempo yo empujándolo, empujándolo, llevándolo a algo que él no estaba convencido, pero nada más por darme gusto y por ya no verme histérica como estaba.

La persistencia de las mujeres apunta a la exigencia de un imperativo sobre la maternidad más intenso que el de la paternidad. Uno de los informantes percibe que la presión que se ejerce sobre las mujeres por la maternidad es más fuerte de la que reciben los hombres.

Yo como papá, no era tanto mi prioridad, lo deseaba sí y todo, pero no era tanto mi prioridad en ese sentido. Si se da lo que se dé que bueno, si es rápido, si es después, no hay problema... no tan angustiado [como] en el caso de mi esposa que sí, su proceso biológico, la presión un poquito social, de familia, que pues te exigen un poquito más como mujer: oye cuando vas a tener hijos, cuando vas a ser madre, y para nosotros los hombres, no es tan fuerte ese proceso.

El “reloj biológico” también es un factor determinante para concluir el aplazamiento de la maternidad, las mujeres perciben que tienen tiempo límite para intentar. Así lo expresa una de las mujeres que tenía 28 años cuando trataba de embarazarse: “Ya me angustiaba un poquito, ya me sentía bien ruca ¡ya no voy a poder tener hijos!” Aunque en muchos países se ha convertido en tendencia tener hijos(as) en los cuarentas, la mayoría de las informantes empezaron alrededor de los treinta años, es decir, respetaron los tiempos que indica la medicina y que en general eran aceptados en su entorno. Pero ya en tratamiento, a veces llegaron o se acercaron a los cuarenta. Solamente dos personas empezaron ya muy cerca de los cuarenta años.

También existe otra cara, alguien decide tener hijos a una edad fuera de los estándares de su ámbito de convivencia, sin embargo, comparándose con otros patrones de ‘normalidad’.

Desde los 23 años, platicando con una amiga de Francia, y como en Francia tienen esas ideas, me pareció bien la idea de tener hijos a los cuarenta años.

La normalidad de la fertilidad

La fertilidad no se pone en duda. El cuerpo se imagina equipado para esa función biológica y es sólo cuestión de decidir el momento para ser madres y padres. La fertilidad es “lo normal”, como lo atestiguan los siguientes comentarios de dos mujeres, una se embarazó, la siguiente no lo consiguió y el tercer comentario es de un papá por adopción

Yo pensaba que la maternidad era un proceso normal, natural, que a todas las mujeres se nos daba. Que iba a embarazarme cuando yo quisiera... va a ser rápido, va a ser un embarazo súper padre voy a ser una súper mamá muy deportista [...] veía la maternidad como algo maravilloso, casi como un trofeo ¿no? [...] vamos a viajar como me tocó con mis papás [...] van a hacer deportes, que compitan a nivel nacional [...] yo lo veía como algo muy normal [...] era cuestión de ser perseverante.

Este no es un tema que se habla en la vida. Tú das por hecho que vas a tener hijos, das por hecho.

Tú esperas de alguna manera ser normal, como fueron tus papás, tus hermanos, personas que tú conoces.

Esa certeza hace más doloroso el descubrimiento de la imposibilidad para tener hijos(as). Llega el momento en que deciden hacerlo y no logran concebir ¿Cómo pueden explicarse esta situación? Se preguntan: ¿Cómo pudieras aceptar que no vas a cumplir una función para la que te prepararon toda la vida?

...ya te entrenan a que vas a ser mamá, no hay opción, las mujeres tenemos hijos y punto. Entonces te van desarrollando y criando con esa información introyectada hasta la médula. Y entonces tú piensas que eso es lo que sigue y eso es por hecho, eso no lo cuestionas, ninguna mujer, yo creo, se cuestiona si va a poder tener hijos o no. Puedes cuestionarte si ¡quieres! tener hijos o no, pero no si ¡puedes! tener hijos. Y entonces, cuando la vida de pronto te dice: no. Dices tú: ah caray ¿cómo? Y ahora ¿cómo se le hace para vivir con esto? Porque toda la sociedad, la comunidad, la vida, te arrastra a eso.

Otras mujeres que vivieron la imposibilidad de tener hijos(as) sin asistencia médica también comentan sobre la sorpresa que representa:

No estábamos preparados, estábamos preparados todos como para decir voy a ser papá y mamá. Cuando te encuentras con esta situación, era muy adverso, muchos matrimonios terminaron.

Sí cambia de la idea que tú tienes al principio, que padre voy a tener una familia y luego me embarazo. Y te das cuenta que realmente no es como tú piensas, que van a ser así los pasos normales. Te vas enfrentando a diferentes retos.

La maternidad y la paternidad biológicas, así como la identidad femenina y masculina asociada en gran medida a la reproducción, forman parte de un régimen moral reproductivo que norma las formas de constituir lazos de parentesco y establece los mecanismos correctivos de la reproducción. Esa moral está formada de acuerdo al imaginario neoliberal de las decisiones privadas, de individuos libres; la oferta en el mercado de las tecnologías reproductivas; el ideal de la feminidad y la masculinidad; el modelo de familia nuclear. Todas estas nociones que indican la normalidad de la fertilidad son asimiladas por sujetos que las reproducen y vigilan su continuidad en la vida cotidiana. Los mecanismos se echan a andar en las reuniones familiares, con amigos, en el ámbito laboral. La educación de las niñas por medio de los juegos y los ejemplos familiares de feminidad; el estigma de la infertilidad; el reconocimiento social de las relaciones de parentesco a partir del proceso de gestación y parto; el ideal de la mujer-madre, son formas de disciplinamiento de los sujetos. Y cuando no se puede cumplir el rol de padre y madre ¿cómo se le hace?

La posición económica de estas personas les da la posibilidad de optar por la RA o por la adopción. Solo una persona decidió empezar con la adopción. Esta preferencia se entiende mejor si se consideran las nociones sobre maternidad, paternidad y parentesco en la cultura occidental.

Obsesión genética

*Que tire la primera piedra quien no quiera un hijo propio*³⁹

La necesidad de tener un “hijo propio” o una “hija propia” a toda costa lleva a muchas personas a permanecer en tratamientos de RA durante varios años, o hasta donde alcancen los recursos económicos. Detrás de esta obsesión está una concepción particular del parentesco en el que la biología juega un papel fundamental. Verena Stolcke señala que

³⁹ Expresión de una informante

desde el siglo XIX la burguesía promovió, partiendo de la teoría de Darwin, una interpretación naturalista de los hechos sociales que permitió justificar inequidades y diferencias de clase. Desde esta perspectiva, el estatus social de los individuos se asoció a la carga genética, si una persona no logra mejorar, las causas están en sus propias características, es decir, la predisposición que heredó de sus padres. Surgió así una noción biológica e individualizada del parentesco vinculada a la necesidad de proteger el estatus privilegiado de la burguesía por medio de la endogamia de clase. Lo que a su vez derivó en una obsesión con la paternidad biológica. Por consiguiente, la capacidad reproductiva y la sexualidad de las mujeres tenían que ser controladas. Así, el imaginario de las mujeres destinadas a la maternidad por la biología cumplió este propósito (Stolcke, 1998 págs. 4-6)

Aunque actualmente en las sociedades occidentales se admite la multiplicidad de identificaciones dependientes de contextos particulares, una gran parte de la identidad se construye en torno a los genes, el fenotipo y la filiación, abarcando además la identidad colectiva (Álvarez Plaza, 2010). El desarrollo de la ciencia biogenética y la sistematización de bases de datos médicos, genealógicos y genéticos, constituyen la evidencia que, más allá de impresiones subjetivas, alimenta la conexión ideológica entre comunidad y genotipo (Grau, 2010:84-85)⁴⁰. Sin embargo, el lenguaje de la sangre, con una larga historia, ha permeado al del ADN que tiene una historia mucho más corta. A través de la revisión de diversas investigaciones, Sara Franklin encuentra que el modelo bilateral de parentesco europeo –se comparte lazos con madre y padre- y el dominio de la sangre como principal lenguaje de sustancia corporal compartida, ayudan a entender el discurso científico de los genes como si se tratara de parentesco (Franklin, 2013). Es decir, el lenguaje científico del ADN contiene la ideología “folk” del lenguaje de los lazos de sangre.

El deseo de perpetuarse genéticamente es también expresión de una sociedad neoliberal donde se exaltan los valores de la competencia y los méritos individuales, y donde las desigualdades sociales se justifican con la idea de una herencia genética a la que se le

⁴⁰ Grau señala el caso de un banco de datos desarrollado en Islandia, el cual despertó interés en la industria biotecnológica por su homogeneidad genética y extensos registros genealógicos (2010: 84); En internet se pueden encontrar páginas como 23andMe que tienen entre sus objetivos conectar personas por medio de su ADN y conducir investigaciones genéticas. En esta página se subrayan la importancia del ADN para conocernos como individuos y para reconocer que formamos parte de grupos que comparten características que los diferencian de otros grupos.

atribuyen los éxitos o fracasos personales (Stolke, 2009, pág. 53). El modelo de familia privatizada también es característico de la sociedad neoliberal. Al desaparecer el Estado de bienestar, las estrategias económicas y políticas neoliberales reconfiguraron las normas de género basándose en la privatización de la vida familiar. Surgiendo así un nuevo paradigma político del género y la sexualidad sustentado en el valor familiar de las parejas enamoradas y sexualmente igualitarias (Bernstein, 2014). Este paradigma privilegia la institución del matrimonio que

se fundamenta en la privatización de la reproducción social, junto con el cuidado de las necesidades de dependencia humana, a través de la responsabilidad personal ejercida en la familia y en la sociedad civil, transfiriendo así los costos de las agencias estatales a las personas y los hogares (Duggan 2003: 14 citado en Bernstein, 2014:305).

La noción de exclusividad de la maternidad y la paternidad denota una racionalidad reproductiva que imagina a los hijos como propiedad privada, asociada al vínculo genético. Esta es una de las razones por las que la donación de gametos resulta difícil de aceptar, ya que genera cuestionamientos sobre la pertenencia del(a) hijo(a).

Aunado a lo anterior encontramos que la maternidad se reconoce socialmente a través de la gestación y el parto, y a través de la maternidad se identifica también la paternidad. Mientras que la maternidad se considera natural y obvia, la paternidad se entiende como una construcción social que se produce a partir de la relación con la madre y por lo tanto es incierta. De acuerdo con Strathern (2011), la certidumbre de la maternidad y la incertidumbre sobre la paternidad se complementan con la teoría de los orígenes, según la cual durante la concepción se transmite una sustancia cargada con características tanto maternas como paternas a partir de la que se formará el hijo o la hija, de tal manera que en su constitución estarán padre y madre en la misma medida. Por lo anterior, la paternidad se entiende ligada al semen (Stolcke, 2010, pág. 286). La sustancia heredada constituye relaciones de parentesco no solo con progenitora y progenitor sino con otras personas con las que ésta se comparte, y se identifica en lenguaje común como los “lazos de sangre”.

A partir del engendramiento el nuevo ser recibe la sustancia cargada con características físicas y de temperamento de ambos progenitores, que ellos, a su vez, recibieron de los

suyos y así sucesivamente. La sangre es una metáfora de esta sustancia y el flujo es una metáfora de las conexiones que se realizan a través de ella, de manera que una persona pertenece a un grupo de parientes con quienes comparte la sustancia. Igual que Franklin, Strathern señala que el lenguaje de la sangre ha permitido darle sentido al conocimiento sobre el ADN (Strathern, 1992, págs. 79-81). Pues no se cambian las categorías que parecen fundacionales, lo que se busca es ‘validarlas’ hasta donde sea posible. El conocimiento genético parece validar lo que ya sabíamos sobre la transmisión de la herencia, más que sustituirlo, éste “le ‘agrega’ a nuestro conocimiento” (Strathern, 2011, pág. 257).

Desde esta perspectiva solamente a través del embarazo se puede ser madre y se reconocerá también la paternidad. Así, cuando se piensa en la maternidad se piensa en el embarazo, en la lactancia. Incluso, la mayoría de las personas señalaron que la maternidad y la paternidad comienzan con el embarazo. Desde la infancia se aprende, a través de juegos y de ejemplos observables en la vida cotidiana, los papeles que se desempeñarán algún día y las normas de la paternidad y la maternidad -el disciplinamiento (en términos foucaultianos) perdura toda la vida.

La mayoría de las mujeres, durante las primeras etapas del proceso para convertirse en madres, desean vivir el embarazo, consideran que es una parte muy importante de la maternidad, es lo que las puede convertir en mamá de verdad, es decir, “en mamá-mamá”. Esta es la forma idealizada y naturalizada de ejercer la maternidad, como se puede percibir en las afirmaciones de dos informantes:

[Le decía a su esposo cuando se negaba a aceptar una donación de esperma] Me estas quitando a mí también la oportunidad de yo sentir la maternidad, el poder tener a un bebé en mi vientre, el dar a luz, todo ese proceso, que yo sí puedo tener, tú me lo estás quitando.

[La FIV] Para mí sí valió la pena porque yo sí disfruté el embarazo, sentir el movimiento del bebé, el pasar por el proceso emocional, durante el embarazo, haber sido mamá-mamá, no adoptar un bebé, que también yo no estaba cerrada a ello.

De acuerdo con las nociones de parentesco de las madres y parejas entrevistadas, la forma ‘natural’ de convertirse en padres y madres es a través del engendramiento y el parto. A

partir del discurso de “la sangre” explican el deseo de transmitir su herencia genética y la desconfianza que genera la información de genes ajenos: “no es mi sangre, tienen problemas que cargan”. Predomina la idea de que dicha herencia no se limita a las características físicas, sino que define también el comportamiento de las personas. Expresiones como la siguiente son comunes -aunque, como se verá más adelante en este capítulo y en el capítulo cuatro, esta forma de pensar se transforma, en cierta medida, cuando las personas se involucran en procesos de donación de gametos o de adopción

Para nosotros era ¿de dónde viene? No tanto qué problemas tiene, [sino] qué antecede a esta persona, porque, tú lo vas a educar, pero la personalidad se compone de dos, de lo que tu das [crianza] y de lo que tú traes [genes].

La sustancia también interviene en la constitución de la identidad. Algunas personas conceden gran importancia a las características física como elemento de integración del hijo en la familia. Las semejanzas son un indicador visible de los vínculos de parentesco. Strathern (2005, pág. 26) citada por Bestard (2009, pág. 91) señala que el parentesco se imagina en occidente como las conexiones entre cuerpos. La concepción se asocia a conexiones y semejanzas entre cuerpos y partes del cuerpo. Así lo expresó un padre que adoptó después de renunciar a la RA:

Por la familia de mis esposa y de donde ellos vienen y sus características físicas [...] Yo dije: a lo mejor puede haber un problema un poquito más para la adaptación.

Las genealogías se entienden en términos biológicos, se sustentan en sustancias que se transmiten de generación en generación Bestard (2004, págs. 30-31). No transmitir los propios genes implica más que el temor a las características indeseables transmitidas en una “carga genética” ajena, las personas dudan sobre el reconocimiento del vínculo padre/madre-hijo/hija: “te enfrentas a que, ay qué va a decir la gente”.

La experiencia del doctor Márquez respecto a la donación de gametos también muestra la importancia de la transmisión de genes en México, él considera que en otros países no genera tanto problema –aunque trabajos como el de Consuelo Álvarez (2008) indican que la recepción de gametos implica conflictos respecto a la construcción del hijo y el diseño de estrategias para normalizar esa situación

El país es muy... a mí me ha tocado ir a congresos y ver las estadísticas en otros lados. Es que en otros lados, en Europa, se hace muchísima donación de óvulos, es muy frecuente, la gente es muy abierta. Aquí es muy difícil, mucha gente quiere intentar con sus óvulos. Porque somos muy apegados a eso. A decir, no, yo quiero un hijo mío, que sea genéticamente mío. Pero si la calidad del óvulo ya es muy mala no lo entiende. Y la gente quiere intentar con ese óvulo, quiere sentir que ya lo intentaste, que a lo mejor ya gastaste bastante dinero, y si después de gastar ya viste que no tuviste éxito, entonces ya aceptan una donación. Pero difícil que de entrada, entrada... no permiten, a pesar de que le diga: aquí están sus estudios que me dicen que la calidad ovular ya está muy mal y todo eso, mucha gente no ve que... o el varón, cuando le dices: sabe que, su esperma no sirve, hay que intentar entrar a un programa de donación de esperma. Pero se batalla mucho, mucha gente no acepta... (Márquez, 2015)

La RA ofrece a las parejas que no pueden concebir sin asistencia médica la posibilidad de construir el(a) hijo(a) propio(a) “de una manera más compacta” (Stolcke, 1998, pág. 114, citado en Álvarez, 2010, pág. 112) ya que permite el vínculo genético a uno o a los dos miembros de la pareja y/o el embarazo y parto. Sin embargo, la donación de gametos cuestiona, además del aspecto de exclusividad de la maternidad y paternidad del sistema de parentesco, otro aspecto fundamental, que es el origen compartido del(a) hijo(a), ya que algún miembro de la pareja no podrá transmitir su legado. Una mujer explicó que una donación de gametos, en su caso de óvulos, desequilibraría la relación, el(a) hijo(a) debería ser de los dos o de ninguno. Uno de los hombres tampoco deseaba recibir donación. Ambos hubieran preferido adoptar. Para otras personas resultó más fácil aceptar donaciones que adoptar. Según el doctor Márquez, es más fácil que las mujeres acepten la donación de óvulos. Después de todo, la participación de las mujeres en el proceso reproductivo no se limita a la aportación de gametos, ellas gestan y paren, lo cual, en nuestro sistema de parentesco, garantiza el reconocimiento social del vínculo con el(a) hijo(a).

Sólo en dos casos se concibió mediante donación de semen y en tres se intentó con óvulos donados, dos de éstos tuvieron éxito. El semen se compró, de las donaciones de óvulos, una fue donadora anónima y dos parientes. En todos los casos se mantuvo el secreto sobre el origen del engendramiento. Otra estrategia para simular el vínculo genético es recurrir a los parecidos físicos entre donante y receptor. Se debe asegurar, además, que el tipo de sangre del donante corresponda al tipo de uno de los miembros de la pareja, sólo así se pueden

ocultar los detalles del engendramiento. Como se verá en el capítulo cuatro, los parecidos físicos también son utilizados para afianzar vínculos en los casos de adopción.

El imaginario del derecho a decidir, y sobre todo cuando se enfrentan problemas para concebir, se traduce en el derecho a ser normales, siempre y cuando se cuente con los recursos para pagar los tratamientos de reproducción asistida. Como señalan Morgan y Roberts (2012) el discurso de los derechos individuales, más que ciudadanos con derechos crea consumidores de servicios médicos de reproducción asistida.

La RA y las experiencias

La tecnología de la reproducción asistida

Desde el siglo XVII ya se podía utilizar una técnica sencilla para asistir a las parejas que no podían concebir. La técnica de fertilización artificial se desarrolló en un principio para mejorar la producción en la ganadería y la agricultura. Su simplicidad permitió llevarla a la reproducción humana y en 1799 se produjo el primer embarazo humano en Inglaterra mediante esta técnica y, el segundo, en 1804 en Francia, ambos con semen del esposo. Pero la técnica no se estableció hasta la década de 1870. En 1880 fue censurada en el tribunal de Bourdeaux y en 1897 el Santo Oficio demandó con el argumento de que la reproducción sin sexo más la masturbación que implica, violan la ley natural. En EU, en 1884 se hizo la primera inseminación con semen de donador (David, 1985) citado por Stolke (1998), aunque la inseminación con semen de donador siguió considerándose una violación a la dignidad humana. El descubrimiento del periodo de fertilidad femenino, en 1932, ayudó a mejorar la técnica y en 1953 se consiguió el primer embarazo humano con semen congelado. Este avance derivó en el establecimiento de los bancos de esperma, principalmente en Estados Unidos.

De acuerdo con Franklin (2010, 2011), la inseminación artificial, el alquiler de vientre, las cirugías y los tratamientos hormonales para mejorar la fertilidad más los métodos de anticoncepción, todos éstos, pueden ser considerados como asistencia a la reproducción o tecnologías reproductivas. Sin embargo, el uso de las siglas TRA (ART en inglés) surgió desde los años ochenta a partir de la expansión de la tecnología de la fertilización in vitro y

su evolución como plataforma de intervención genética y reproductiva. Aquí se revisa brevemente en qué consisten las tecnologías de la reproducción según el Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida CNMRA y la explicación del doctor Márquez (2015).

El doctor Márquez señala que existen tres niveles de tratamientos. En el primer nivel o de consultorio, se induce la ovulación o se realizan inseminaciones intrauterinas. El segundo nivel es el de la cirugía, para resolver algunas condiciones que pueden estar impidiendo el embarazo como miomas o pólipos en la matriz, trompas de Falopio tapadas o endometriosis. El tercer nivel o FIV es a lo que él llama RA (otro médico dice que cualquier ayuda a la concepción ya es RA). El siguiente cuadro resume los procedimientos más comúnmente utilizados según el CNMRA –no incluye la inseminación artificial como técnica de RA.

Tipo de tecnología para reproducción asistida	Procedimiento
Fertilización in vitro	Procedimiento en cuatro fases: hiperestimulación ovárica controlada, recopilación de ovocitos mediante guía ultrasonográfica, fertilización con espermatozoides in vitro y colocación del embrión en el útero.
Transferencia intratubárica de gametos	Similar a la fecundación in vitro, excepto que los ovocitos y el espermatozoide se inyectan en la trompa de Falopio mediante guía laparoscópica y la fertilización tiene lugar dentro del cuerpo.
Inyección intracitoplásmica de espermatozoides	Un solo espermatozoide se inyecta directamente en el ovocito para facilitar la fertilización, por lo menos debe haber algunos espermatozoides viables en la eyaculación, en el epidídimo o en el testículo.
Aspiración de espermatozoides del	Tratamiento de la azoospermia obstructiva cuando no se encuentran espermatozoides

epidídimo mediante microcirugía	en la eyaculación; los espermatozoides se obtienen directamente del epidídimo mediante aspiración con aguja.
Extracción de espermatozoides del testículo	Tratamiento de la azoospermia obstructiva y no obstructiva cuando no se encuentran espermatozoides en la eyaculación o en el epidídimo; los espermatozoides se obtienen directamente del testículo mediante biopsia.

Procedimientos comúnmente utilizados como técnicas para reproducción asistida (Kably Ambe, et al., 2012, pág. 584)

Todas esas tecnologías involucran la manipulación del sistema reproductor femenino, incluyendo las dos últimas, en las que el espermatozoide recuperado se inyecta en el óvulo y posteriormente se implanta el embrión en la matriz. Los factores de infertilidad masculinos se han empezado a estudiar recientemente, como señala el doctor Márquez: “¿Qué es lo difícil del factor masculino? Es que ahorita estamos empezando a explorarlo más” (Márquez, 2015). Sucede también que después de años de tratamiento, se decida revisar “el factor masculino” como el caso de una de las parejas de informantes. Los exámenes médicos no indicaban algún problema que estuviera impidiendo que se embarazara, incluso el examen de conteo y motilidad del esperma de su pareja estaba bien, por lo que el especialista en reproducción la trató un tiempo por medio de estimulación hormonal y coitos programados. Hasta que finalmente acudieron con otro especialista (no recordó la especialidad) para que lo atendiera a él. No fue el especialista de la reproducción quien los envió, fue el ginecólogo con el que ella acudía regularmente, quien le sugirió ver a los dos especialistas. De haber atendido en primer lugar a él, probablemente se hubieran ahorrado unos años de sufrimiento y frustraciones, gastos, además del dolor físico de los exámenes que se realizan regularmente a las mujeres. Esta tendencia a pensar la infertilidad como asunto femenino no es exclusiva de los médicos, podemos darnos cuenta que el ginecólogo ya había sugerido ver a los dos especialistas, pero durante el proceso la pareja lo olvidó por un tiempo y el especialista en RA tampoco propuso dicha consulta.

Una característica de estas tecnologías es que están en evolución constante. Si antes se implantaban tres o cuatro embriones después de una FIV, ahora se recomienda que se implante sólo uno, pues se ha comprobado que esta práctica produce embarazos múltiples

que ponen en riesgo a la madre y a los bebés. El médico que realizó el procedimiento de FIV mediante el cual nació la primera bebé concebida con esta técnica, había intentado antes cien veces sin éxito, según cuenta el doctor Márquez. En la historia de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, publicada en su página web, se pueden leer algunos ejemplos de la evolución de los tratamientos. Entre otros, señalan que entre 1959 y 1970, “la inventiva de los socios fue prolífica y se publicaron una variedad de técnicas” entre éstas las de López Nava quien intentó la “reimplantación tubocornual con diversas prótesis de los materiales plásticos entonces disponibles” que aunque ingeniosa no tuvo buenos resultados, otras técnicas con pobres resultado fueron “los tratamientos del factor testicular o las anastomosis y reimplantes de los conductos deferentes o el epidídimo” realizados por un grupo de urólogos⁴¹. Martí presenta un resumen de autores que afirman que las terapias de reproducción asistida y en especial la FIV han sido utilizadas como instrumento para estudiar los mecanismos de la reproducción y probar productos nuevos de la industria farmacéutica, utilizando a las mujeres como conejillos de indias, ya que son más inteligentes y menos caras (2011, pág. 89). En el siguiente fragmento de la narración, de una mujer que se embarazó mediante FIV, concuerda con esta postura:

Ya pasó el límite de aquella maravilla de poderte ayudar a solucionar un problema. Como cuando estás enferma, bueno, pues te dan un medicamento... o conejillo de indias, donde nadie te dice, y te sigues haciendo y poniendo. Una chica me decía que un doctor le había comentado: te tengo que poner inyecciones. Y en el momento en que le iba a poner la inyección le dice: ¿qué quieres? ¿La de mil o la de mil quinientos?... pues dime cual me hace bien.

Una técnica nueva, es el trasplante de útero. Las investigaciones sobre esta técnica empezaron en 1999 en Suecia y en 2013 se realizó el procedimiento de trasplante a nueve pacientes, a dos de ellas se les tuvieron que retirar por complicaciones inmunológicas. En 2014 nació el primer bebé de una de esas mujeres (Prats, 4 de octubre de 2014) y para marzo de 2016 ya habían nacido otros cuatro bebés. Este procedimiento ha recibido críticas

⁴¹ El documento menciona otros procedimientos dirigidos a controlar la ovulación: “se usaron inicialmente como sustituto de las gonadotropinas las obtenidas del suero de yeguas embarazadas, con un uso muy breve, pues se producían severos choques anafilácticos. De correlaciones y extrapolaciones mal aplicadas, surgió la idea de “estimular” la hipófisis o los ovarios con dosis de radiación calculadas como bajas pero que, sobre sus pobres resultados, llegaron a producir verdaderas castraciones, por lo que fueron abandonadas.” (Historia de AMMR <http://www.ammr.org.mx/#!historia/wv22r>)

de la comunidad médica mundial ya que la operación no es necesaria para la vida, se critica además desde aspectos éticos, legales y económicos (costo de la investigación y la operación en sí). Sin embargo, ha despertado interés en varios países como EU, Turquía, España, Bélgica, Francia, Argentina y México (se planea instrumentar el procedimiento en una clínica de Chihuahua⁴²). Una doctora del Instituto Mexicano de Infertilidad, critica que no se asigne presupuesto público para estas investigaciones. Señala que la OMS considera la infertilidad como enfermedad del sistema reproductivo, lo que justificaría la inversión. Esta técnica sería la solución para mujeres que no pueden concebir por causas de tipo uterinas.⁴³ El procedimiento se plantea como una alternativa a la adopción y a la gestación subrogada, ya que éstas serían las únicas opciones para las mujeres sin útero. La estimación del porcentaje de éxito es del 57 por ciento. (Muñoz, 29 de marzo de 2016; Excelsior, 9 de marzo de 2016).

La técnica de Terapia de Reemplazo Mitocondrial o bebés de tres padres (dos madres y un padre), es otro procedimiento novedoso en el que se utiliza material genético – mitocondrias- donado por una mujer. Por medio de esta técnica se pretende resolver el problema de las mujeres “portadoras de enfermedades genéticas de origen mitocondrial”. Este procedimiento se llevó a cabo en Guadalajara, Jalisco, en México. El nacimiento del bebé que se engendró de esta manera generó polémica, pues, según la declaración del líder del proyecto, John Zhang, se realizó en México porque en este país no existe regulación al respecto. Mientras que en la mayoría de los países está prohibido, señala el autor de la nota periodística. (Flores, 25 de octubre de 2016)

De acuerdo con Martí, estas tecnologías se han convertido en una de las bases de la economía actual, puesto que, además de constituir un negocio sumamente lucrativo, permiten el desarrollo de la investigación en el campo de la medicina regenerativa. (2011, pág.103)

⁴² Conferencia del 31 de mayo de 2016 en Hospital Star Médica sobre proyecto de instrumentación de la técnica de trasplante de útero en Clínica Gestare.

⁴³ “El trasplante de útero está especialmente dirigido a mujeres que sufren de agenesia vaginal, causada por el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Este desorden, que afecta a una de cada cuatro mil 500 mujeres, implica la no formación en distintos grados de vagina y útero, con presencia normal de ovarios.” (Muñoz, 29 de marzo de 2016)

Por lo general los procedimientos que implican estas técnicas resultan dolorosos y además pueden implicar consecuencias indeseables para la salud, sin embargo, las pacientes permanecen en tratamientos a veces por periodos muy largos⁴⁴. El trasplante de útero es un ejemplo extremo de medicina experimental, costosa, según el artículo de CONACYT. Además, involucra procedimientos sumamente invasivos⁴⁵ ¿Bajo qué circunstancias las personas están dispuestas a someterse a tratamientos que aún están en desarrollo y ofrecen pocas posibilidades de éxito? La infertilidad se ha construido como una enfermedad, cuya solución se encuentra en las tecnologías médicas. Pero no es solamente una cuestión de salud, sino que implica consecuencias sociales. Como se verá más adelante, la incapacidad para tener hijos(as) impide el desarrollo de las identidades femeninas y masculinas - estrechamente asociadas a la maternidad y la paternidad- también es un obstáculo para la integración de los individuos en la sociedad, a través de la familia (Bestard Camps, Orbitbit Canal, Ribot Ballabriga, & Salazar Carrasco, 2003). Desde esta perspectiva se entiende que las personas no se cuestionen demasiado la eficiencia de estas tecnologías, mientras les ofrezcan esperanza. Así lo expresa una mujer que fue paciente de RA

Yo, tristemente, te podría decir que es como comparar, la infertilidad es como compararte con una enfermedad terminal. Porque finalmente nacimos para ser padres, y ser hijos ¿no? El hecho, cuando te enfrentas a esto, y te enfrentas con la suegra, y te enfrentas con el primo y con la cuñada que tiene 18 hijos y que tú no puedes tener ninguno, y que te lo restringuen en la cara, pues es muy difícil.

Por otro lado, el tipo de conocimiento que se basa en la producción de estadísticas, permite expresar la efectividad de los tratamientos estadísticamente en lugar de indicar si se trata de cuestiones experimentales o ya acreditadas (Thompson, 2005, pág. 104; Cussins, 1998, pág. 75). Las tasas de éxito de los procedimientos se justifican comparándolos con la fertilidad sin asistencia, la que, de acuerdo con el CNMRA, es de sólo 20 a 25%. Según este criterio,

⁴⁴ El doctor Espinoza menciona el caso de una paciente que después de 19 años de búsqueda, con temporadas de descanso, logró tener un bebé

⁴⁵ La operación de trasplante implica la recuperación previa de óvulos, fecundación y preservación de embriones congelados; 5 horas de operación para retirar el útero de la donante; y alrededor de 10 horas para el trasplante; Vigilancia y tratamiento posterior para evitar rechazo del órgano mediante biopsias de cervix y medicamento inmunosupresor; finalmente, el útero se debería retirar después de uno o dos partos lo que pudieran representar hasta 5 años. (Muñoz, 29 de marzo de 2016; Conferencia del 31 de mayo de 2016 en Hospital Star Médica de Chihuahua sobre proyecto de implementación de la técnica de trasplante de útero en Clínica Gestare de Chihuahua)

el primer mes de intentar las probabilidades son de 33% y va disminuyendo un 5% mensual aproximadamente. Contra esta cifra se juzgará la expectativa de los tratamientos: “El tratamiento se debe ofrecer cuando las probabilidades de concebir de forma natural son inaceptablemente bajas (<1 a 2% por ciclo, o 20 a 30% después de 2 años)” (Kably Ambe, et al., 2012, pág. 583). Con la inducción de la ovulación y la inseminación artificial, se espera una tasa de embarazo del 10% por ciclo. Aún las tecnologías más avanzadas sólo ofrecen 25 a 30% de éxito por ciclo. Advierten que puede ser necesario repetir el tratamiento varias veces antes de tener éxito, pues “Se ha demostrado una constante elevación en las tasas acumulativas de embarazo durante los primeros seis ciclos”, pero es necesario tener en cuenta que “el embarazo acumulativo y las tasas de natalidad disminuyen con la edad de la mujer” (Kably Ambe, et. Al. 2012, págs. 583-584). El doctor Márquez explica esta característica de los tratamientos, señalando también la dificultad económica que representa para muchas parejas repetir varios ciclos del procedimiento de FIV

...por eso hay lugares en donde de hecho te dicen: tu porcentaje de embarazo después de 3 intentos es tanto por ciento. Hay gente que a los primeros intentos logra el embarazo, y si no, hay que seguirle. Realmente, uno de los limitantes es... el dinero. Yo no sé qué tanto le puedas tú seguir invirtiendo, para que ese 90% que platicamos en un inicio, que de cada 10 parejas casi 9 se embarazan... hay que invertirle [...] Es mucho el dinero que hay que gastar, porque la paciente cuando llegó a un in vitro, ya recorrió un tratamiento de consultorio, inseminación, cirugías y luego todavía rematar con in vitro” (Márquez, 2015).

Otra característica de estos tratamientos es que no solucionan el problema que causa la infertilidad, con excepción del segundo nivel, que sí está dirigido a resolver algún problema, aunque tampoco garantiza el logro del embarazo. Si alguien consigue embarazarse por medio de FIV, y decide volver a embarazarse, de nuevo necesitaría la asistencia de la tecnología médica. No obstante, se ofrece como asistencia para la salud. Así lo define el doctor Espinoza

[Se informa adecuadamente a la pareja] ¿Por qué razón? Porque es una pareja que ha perdido su salud. ¿Cuál salud? la salud reproductiva. [...] Por eso las clínicas de infertilidad se llaman centros de salud reproductiva (Espinoza, 2013).

La AMMR dice que la tasa de infertilidad a nivel mundial ha estado creciendo, actualmente se estima entre un 10 y 20%. Las causas pueden ser varias entre las que se cuentan el aumento de enfermedades de transmisión sexual, exposición a contaminantes, estrés y adicciones, pero el factor más importante deriva de la tendencia a posponer la maternidad hasta edades avanzadas, ya que la fertilidad disminuye de forma gradual a partir de los treinta años y de manera más acentuada a partir de los treinta y cinco (AMMR, s/fa). El retraso de la maternidad generalmente deriva de condiciones laborales por las que muchas mujeres, sobre todo de clases medias, deciden priorizar la consolidación en el trabajo antes de ser madres. Estas condiciones son la causa de lo que Marre llama la “estructural” infertilidad. (2009, pág. 114)

Al tiempo que la medicina ofrece la posibilidad de un embarazo y así ayudar a normalizar la situación de las personas infértiles, también naturaliza el procedimiento médico que permite la concepción. Una nota periodística sobre el nacimiento de la primera niña concebida con la técnica de FIV en el Hospital 20 de Noviembre, muestra la racionalidad reproductiva en la que sustenta el jefe de Ginecología y Obstetricia del hospital la “naturalidad” de la concepción mediante estas técnicas y la normalidad de la niña. En primer lugar nació sana y con las mismas posibilidades de desarrollo que tiene cualquier bebé “engendrado de una relación sexual”. En segundo lugar, alude al deseo (derecho de elección del padre y de la madre) que actualmente se entiende como requisito para tener hijos(as) (Comas, 2007, pág. 10): “si bien fue fecundada en un laboratorio médico [...] es una bebé de término medio que nació sana y que tiene las mismas posibilidades de desarrollo al igual que cualquier hijo engendrado de una relación sexual”. En relación al término ‘bebé de probeta’, explicaba que resulta despectivo, y aunque la FIV como se le llama actualmente alude al proceso por medio del cual se logra la concepción, es decir, en un laboratorio, “Sin embargo, son hijos bastante deseados por sus padres” (Rodríguez, 29 de junio de 2003)

Las clínicas de reproducción asistida dependen de su porcentaje de éxito y su reputación para poder mantenerse en el mercado de la medicina de la reproducción.

Es que no, no es fácil, mantener un centro de reproducción ¡pues cuesta! y tienes que invertirle tecnología y no es fácil mantener estos centros. Unos abren y otros

cierran y todo es el éxito, o sea, que las pacientes se te embaracen, si no se están embarazando, todo mundo va a decir: no, es que aquí no me embaracé, no me embaracé... y se van pasando la voz y, pues te quedas sin pacientes (Márquez, 2015).

La posición oficial de la iglesia católica sigue siendo igual a la que manifestó el Papa Pío II cuando se celebró la segunda conferencia de la AIF en 1953: la concepción tiene que ser el resultado del acto conyugal. Por lo que las tecnologías que ayudan a producir un embarazo por medio de la fecundación artificial o in vitro, no son aceptadas por la iglesia y en especial la FIV todavía representa otro problema: el destino incierto de los embriones que no se implantan en el útero. Ya que representa la manipulación de una vida, de acuerdo con la noción de ser humano de la iglesia –desde el momento de la fecundación, para la iglesia ya existe un ser humano con derechos. Solamente las técnicas que ayuden al acto conyugal y a su fecundidad son aceptadas. (Levada, 8 de septiembre de 2008). Se propone en todo caso la adopción como una forma para “realizar la maternidad y la paternidad de una manera muy generosa” (Papa Francisco, 2016, párr. 179). El discurso de los derechos del niño y su interés superior –tema que se verá con mayor detalle en el capítulo 3- está integrado en la exhortación apostólica postsinodal *Amoris Laetitia* “El interés superior del niño debe primar en los procesos de adopción y acogida” (Papa Francisco, 2016, párr. 180)

Por otro lado, habrá que distinguir la posición oficial, de las interpretaciones de los sacerdotes. La interpretación que hace el padre Nicolás no es tan estricta. Él considera que la medicina puede ayudar a resolver “alguna limitación que tiene la naturaleza”, mientras se utilicen gametos de los cónyuges y todos los embriones sean implantados a la dueña del óvulo o a otra mujer a quien se los donen. Para el sacerdote resulta natural implantar un embrión donado, sin embargo, utilizar semen que no es del esposo es antinatural. El semen donado o utilizar un vientre subrogado constituye un acto inmoral que afecta la identidad del(a) hijo(a)

[Una opción para poder utilizar la FIV, sin descartar embriones restantes] Incluso, se pueden congelar, para ver qué se hace con ellos, para ver si alguien los necesita. Eso sí se puede, eso sería como una adopción [...] porque nacieron de una relación matrimonial, o aunque no hayan nacido, el embrión no tiene la culpa, el hijo no tiene la culpa de cómo haya venido al mundo, de hecho ya existe como persona autónoma con su propia dignidad (P. Nicolás).

Otro sacerdote es más estricto sobre el tema

Eso de que ayuden a las parejas a tener hijos, sacando el espermatozoides y el óvulo [...] todo es juego con la vida, es inmoral. Yo creo que las parejas que no pueden tener hijos, lo mejor que pueden hacer es adoptar [...] eso es más legítimo ¿por qué? porque le están dando un hogar a esa criatura” (P. Oscar).

Un “hermoso calvario”⁴⁶

En todas las sociedades humanas la procreación es un fenómeno complejo en el que se entrelazan procesos biológicos y sociales. Tener un hijo nunca se define como un mero hecho de la naturaleza, sino que es un acto social fundamental que cambia el estatus de los progenitores y por el que reconstituyen sus vínculos. Por ello la infertilidad afecta integralmente al individuo, en su cuerpo y en su personalidad social (Bestard, J., Orobítz G., Ribot, J., & Salazar, C. 2003, pág. 17).

Aunque la infertilidad se define en términos biológicos, se reconoce cada vez más las implicaciones que tiene en la vida de las personas la imposibilidad para tener hijos(as). A partir de las experiencias de los y las informantes podemos entender lo que significa la infertilidad para ellos(as), cómo construyen a partir de esta situación su paternidad y maternidad y sus relaciones de parentesco.

Es común que las mujeres solas o en pareja acudan en primera instancia con algún ginecólogo que ya conocen. El tratamiento inicial generalmente consiste en una serie de exámenes y estimulación hormonal, posteriormente el ginecólogo recomienda algún especialista o ellas mismas los buscan. En ningún caso permanecieron con un solo médico, por lo regular ven durante el proceso de búsqueda a varios especialistas. Con frecuencia son las mujeres solas quienes inician los procesos y sus parejas acuden sólo cuando lo requieren los tratamientos. Algunas de las mujeres hicieron comentarios parecidos a este: “ya cuando yo andaba en el cuarto o quinto año de tratamiento es cuando iba conmigo. Ya cuando empezamos con los in vitro, pero antes, ni se paraba con el ginecólogo”. Las entrevistas con los hombres también confirman esta tendencia. Y el doctor Márquez lo ratifica a partir de su experiencia:

⁴⁶ Así definió una de las mujeres el proceso de RA

Y la mujer es la que insiste más, es la que viene. Es muy frecuente que venga la mujer sola. Cuando ves ahí que está más involucrada la pareja, el hombre, sabes que el hombre se está interesando. Pero es muy frecuente que venga la mujer sola a los tratamientos y a explicarle y todo.

La reproducción biológica se asocia, en el imaginario, al cuerpo de las mujeres, a ninguna pareja se le ocurrió acudir en primer lugar a buscar un especialista que confirmara que el obstáculo para concebir no era de origen masculino. La tecnología médica también se enfoca en el cuerpo femenino.

El doctor Márquez señala que existe un procedimiento estandarizado que incluye una serie de exámenes de laboratorio e imagen (ultrasonido y rayos x) para realizar un diagnóstico y basándose en éste se determinan las posibilidades de lograr un embarazo y se diseña el tratamiento. A veces no se encuentra la causa que impide que se embaracen, es cuando se dice que existe un “factor inexplicable”.

Muchas pacientes... Puede estar todo bien, ovulación, matriz, ovarios, esperma, trompas, todo bien ¡y no les encuentras una causa! Y los dos factores más importantes ahí son, 1. Fertilización: que el óvulo no puede ser penetrado, esa es una y 2. Es la implantación. Que son los dos hoyos negros en la cuestión de fertilización, ver si el óvulo puede ser penetrado y ver si ya penetrado, puede implantarse adentro. Afortunadamente esos pacientes con tratamientos de consultorio, o si no, una in vitro, son los que más fácil se logran. O ahí se encasquetan esos casos de que la paciente batalla mucho para embarazarse, luego se cansa del tratamiento, dice: ya no quiero nada, y al ratito se embarazan, al ratito se desconectan de todo... y ahí entran los factores psicológicos. (Márquez, 2015)

La falta de un diagnóstico preciso se convierte en un incentivo para permanecer en tratamientos ya que mantiene la esperanza y puede constituir un obstáculo para tomar otras opciones. Varias personas de esta investigación expresaron que no tienen un diagnóstico preciso que indicara que no pueden concebir. Esto se pudo apreciar en las narraciones de una de las mujeres y también de un hombre:

Los médicos nos decían que estábamos bien, que no veían ningún problema para que pudiéramos engendrar naturalmente, digo, obviamente con las ayudas, los tratamientos, y eso pues nos alentaba, decía: es el próximo mes, ya se va a dar, pero no se daba

Hasta ahorita nadie nos ha dicho cuál de los dos tiene el problema de infertilidad. Todos [decían]: están bien, a los dos les sale todo, a los dos... Todavía no sabemos de qué se trata, o sea...

A partir de que las personas inician este proceso le dedican gran parte de su tiempo y energías

Y ya empieza la carrera, empieza nuestro calvario, porque de ahí en adelante era estudio, tras estudio, tras estudio, pastilla, inyección, pastilla, inyección, estudio, pastilla, inyección, o sea, era... de ahí en adelante fueron años de estar bajo tratamiento, con un médico, con otro. Claro que en el inter uno hace todo.

Conseguir un embarazo se vuelve el centro de la vida con un horario para el medicamento, para el sexo, con exámenes periódicos, vigilancia de los procesos biológicos: “que te monitoreen el famoso óvulo”. De tal manera que absorbe el tiempo y la atención de la pareja, pero principalmente de las mujeres. Los tres testimonios que siguen son de tres mujeres que recuerdan esa experiencia, sólo una de ellas no logró embarazarse. Se puede observar que sin importar si consiguieron o no consiguieron el objetivo, lo recuerdan de manera similar.

Y la gente que me decía: es que relájate, no te preocupes. Entre más me decían, más coraje, enojo, rabia me daba. Porque no saben de lo que te están hablando: relájate ¿cómo me relajo? Dime ¿cómo me relajo? nada más estás pensando en eso, en eso.

Y te dicen: es que no piensas en otra cosa. Pues ¿cómo chingados vas a pensar en otra cosa? si tienes que tomarte no sé qué a tal hora y ponerte la inyección a tal hora, ¡Cómo no piensas! Vives en eso, no tienes tiempo para otra cosa, no tienes mente para otra cosa. Entonces fueron muchos años, muchos años, muchos años.

Nos olvidamos del mundo entero y no solamente eso, rompemos muchas veces nuestras parejas porque esa relación de intimidad ya no es la misma. [Antes así funcionaba:] Nos vemos y nos amamos. [Ya] No. Ahora lo necesitamos. Y a las 3:40 nos paramos y a las 3:45 veo que exploten los folículos y a las 5:44 inyéctate y al 5... o sea... me decía mi esposo: ¿por qué no te olvidas de eso? Porque no puedo olvidarme, porque a las 3:55 me tengo que inyectar, porque... yo ¡aprendí a inyectarme!

El tratamiento implica además del tiempo que se le dedica, la manipulación del cuerpo y el dolor físico que suponen los exámenes, las inyecciones, los procedimientos. En ocasiones hasta el comportamiento del personal médico resulta agresivo para ellos(as). Sin embargo,

todo esto a veces se define como “un hermoso calvario” cuando el objetivo se logra. En los párrafos siguientes dos mujeres hablan de los tratamientos, la primera (una mujer que consiguió embarazarse) se refiere al proceso en general y la segunda (una mujer que no consiguió su objetivo) recuerda una histerosalpingografía⁴⁷, éste es el examen que las mujeres refirieron como más doloroso:

[Le decía a mi mamá] Todo mundo me conoce, llego, me acuesto y me hacen cosas...

Porque ellas platicando, de lo que iban a hacer en la noche, y a quien vieron, y que le habló, y que me dijo, y anda voltéate mihijita, y cada vez que me decía mihijita voltéate, ahora para el otro lado, más para arribita, y me metían la pinza, y yo estaba en un grito de dolor y que ellas seguían en el... no te muevas. ¡Ay!... las quería... decía: que trato. Que yo salí de ahí, salí y me solté llorando en cuanto lo vi [a mi esposo]. Le dije, vámonos ya. Me sentí violada.

Los tratamientos para los hombres pueden consistir en cirugía para corregir algún problema, antibióticos –en uno de los casos-, otros medicamentos para mejorar la calidad o producción de esperma. A ellos les afecta principalmente ver lo que ellas padecen y el estrés que generan los procedimientos en la vida cotidiana. En el grupo MSJ un hombre platicó que habían renunciado a la RA para que su esposa ya no pasara por tantos tratamientos invasivos. Uno de los hombres contó sobre lo bochornoso que resulta la espermatobioscopía⁴⁸:

Todos cohibidos, todos nerviosos, y luego te meten en la sala de espera llena de gente, y te dicen: ahí [le indica donde recolectar el semen]. Siente uno que... todo mundo lo observa... con un botecito ahí [...] Y luego le tocan a uno unos muy

⁴⁷ La histerosalpingografía “Es una radiografía especial en la que se usa un tinte para observar el útero (matriz) y las trompas de Falopio” El procedimiento consiste en introducir a través de una sonda un medio de contraste en el útero y trompas de Falopio y en seguida tomar las radiografías. El tinte ayuda para que esas zonas tengan mayor visibilidad en las imágenes: “El examen se hace en una sala de radiología. Usted se acostará sobre una mesa debajo de una máquina de rayos X y colocará los pies en los estribos, como durante un examen pélvico. Luego, se le introducirá un instrumento llamado espéculo en la [vagina](#). Después de limpiar el [cuello uterino](#), el proveedor de atención médica pasa una sonda (catéter) delgada a través de este...” (MedlinePlus, s/f)

⁴⁸ La espermatobioscopía consiste en la recolección de una muestra de semen por masturbación, después esa muestra es analizada en un laboratorio para determinar la cantidad de espermatozoides que contiene, la movilidad y la morfología de éstos. También se revisan otros factores como células inmaduras, viscosidad y color entre otros. (Galindo, s/f)

célebres: si no puede, en el cajón ese de abajo hay revistas. Me acuerdo yo mucho de uno [que así me decía].

Mientras las personas tienen esperanzas, no se detienen a pensar en los riesgos, cuando lo hacen es desde la perspectiva del potencial bebé. Martí⁴⁹ señala, citando a Spallone, que en el debate social y ético sobre la FIV las mujeres no constituyen el punto central a pesar de que son las destinatarias de los tratamientos, ya que el protagonismo lo tiene el embrión. Algunas de las personas entrevistadas expresaron preocupación por la medicación excesiva, pero no precisamente por la salud de la mujer, sino por los efectos en el(a) hijo(a). Incluso el doctor Espinoza cuando describe los procedimientos insiste en que “lo que se quiere es un hijo sano”. Algunas personas, especialmente los hombres, temen que la RA pueda tener consecuencias indeseables en los(as) niños(as) porque es un proceso que no es “normal” (natural), como se lee en el primer testimonio. Los siguientes son: los primeros de dos mujeres que consiguieron un embarazo con RA y el último es de otra mujer que no lo consiguió

A veces tuve mis reservas pues porque son in vitro, no sé cómo me vaya, en la motricidad, o si vayan a tener alguna enfermedad congénita. Porque pues tienes miedo, a lo mejor porque no es el proceso normal de embarazo ¿verdad?

No me importaba la verdad. Mi esposo sí tenía mucho miedo, sobre todo las consecuencias para el bebé. Decía, ya está tu cuerpo muy intoxicado, de tanto medicamento que le han metido. Y todavía en el embarazo, los primeros tres meses eran 6, 7 pastillas diarias.

[El esposo no quería que tomara tanto medicamento] Pues porque todo lo que no es natural está en riesgo de muchas cosas. Y lo más cruel... ponle tú a lo mejor tú eres en quien menos debes de pensar, pero a lo mejor un niño que estés tratando de engendrar bajo esas circunstancias, es por lo que él pensaba [...] Como que él tenía mucho miedo de eso, yo no, yo nunca tuve miedo de eso.

Un evento que las mujeres recuerdan con mucho dolor es la llegada de la menstruación, ya que indica el fracaso del ciclo reproductivo. Representa, por un lado, el dolor de la espera que no termina y, por otro lado, significa continuar con el “calvario” de los tratamientos. Después de la decepción, las parejas, especialmente las mujeres, renuevan esperanzas y empiezan otro ciclo de procedimientos: “esto no me va a parar”. Los comentarios de la

⁴⁹ Martí revisa las posiciones feministas ante las TRA (Martí, 2011, págs. 67-97).

mayoría de las mujeres –solo una confesó nunca haber llorado por los ciclos que no fueron exitosos- son similares a los testimonios siguientes, las dos primeras finalmente lograron embarazarse. En el último párrafo el doctor Márquez reconoce lo que estos procesos significan para las personas, dice que es un duelo:

Tus embarazos, ahora los describo así, tus embarazos duran 5 años, 10 años, 15 años y tus dolores de parto son de mes con mes. Así son. Porque llega el mes y llega tu menstruación y ¡es un dolor muy fuerte! Nunca odias a alguien más que a la menstruación...

A llorar mares y otra vez vamos a empezar para el siguiente mes, ustedes saben si quieren descansar [decía el doctor], o lo que quieran hacer.

Eso es un duelo, todo esto es un duelo. De cuando ya le formas los embriones y luego se los pasas, y dicen que es más estrés cuando va a llegar la prueba de embarazo. Hay gente que viene y te reclama. Dicen: es que ¿por qué no me embaracé? Pues es que porque... si eso fuera todo, sería lo ideal, pero no, no, no. Tiene muchas limitantes. Tú formas el embrión y se lo pasas adentro, puede ser que ese embrión no era bueno, puede ser que la mujer no estaba receptiva. Pues hay experiencias a nivel ya mundial, donde te dicen que porcentaje... por eso hay lugares en donde de hecho te dicen: tu porcentaje de embarazo después de 3 intentos es tanto %.

Normalización y disciplina

Mientras se experimenta la ansiedad por lograr el embarazo, ciertos símbolos asociados a la maternidad constituyen recordatorios de la propia carencia, como los comerciales de televisión que promocionan artículos para bebés o la presencia de mujeres embarazadas. Las mujeres expresan el dolor que les producían esos eventos con comentarios como: “llegó un momento en que veía los anuncios de pañales en la tele y era soltarme llorando”. Pero aún más difícil resulta la convivencia con las amistades y familiares. Especialmente durante las fiestas, celebraciones, reuniones familiares en las que no faltan las preguntas. En las siguientes narraciones dos mujeres hablan de las situaciones de convivencia durante el proceso de RA

Mira, yo creo que la sociedad se ha encargado muy tristemente, no solamente la sociedad, inclusive es tu familia. A todas aquellas personas que llevamos la carga de la infertilidad, la gente se encarga perfectamente de recordártelo todo el tiempo. Yo creo que el hecho de que tu veas una pareja que tienen mucho tiempo, y que los ves

jugando con niños, y que no los ves con hijos. Yo creo que tienes que entender que algún problema hay. Yo recuerdo estar en fiestas donde alguien me gritara: y ustedes ¿para cuándo? ya no se les hizo ser papás y se van a hacer abuelitos.

Todo ese tiempo es un desgaste tremendo, hasta tu forma de convivir con la gente, porque tú estás obsesionada a lo mejor con eso o con la presión que te hace la gente por... oye ¿Cuándo? Oye ¿por qué? o sea, es... O ya las amigas que son de tu edad y ya las pláticas son puros niños, te sientes como parche que no pega en ningún lado. [...] te duele, o sea ¡chin! Fue un tiempo muy difícil todos esos años [...] o la otra cara: gente renegando porque se embaraza [...] dices: ¿ay cómo puede ser?

Varias personas indicaron que dejaron de asistir a las reuniones, prefirieron “aislarse”. Ellos(as) expresan el deseo de vivir las experiencias que corresponden a cada etapa de la vida según se han aprendido y de acuerdo a lo que siguen observando en el entorno donde conviven. Es un deseo de ser como los demás, de ser normales. Aun sin preguntas, las diferencias se hacen evidentes en la vida cotidiana. Uno de los hombres lo expresa de esta forma:

Tú esperas de alguna manera ser normal, como fueron tus papás, tus hermanos, personas que tú conoces [...] cuando te dan el diagnóstico de infertilidad, entonces es cuando cambia [la forma de pensar en la maternidad y la paternidad], entonces sí [...] es cuando empiezas a ver a personas que están teniendo hijos y te sientes mal.

Más penoso todavía resulta el sentimiento de dolor-envidia-culpa cuando ven personas queridas que sí pueden tener hijos(as), y algunas de ellas que ya teniendo, se vuelven a embarazar. En una reunión del grupo MSJ –que se describe en el capítulo cuatro- se habló de esas situaciones en las que no pueden compartir la alegría de sus seres queridos. Así se expresa en el siguiente testimonio:

Mi cuñada que ya tenía un niño, en una comida, estábamos un domingo en casa de mi suegra, andaba el niño bien necio, el chiquito que tenía como un año dos meses, algo así, andaba bien necio. Y alguien le pregunta: ¿oye, no estarás embarazada? Porque anda bien necio. Y dice ella: sí... ¡Uy! Pues... yo decía: ¿por qué? ¡Pues si ella ya tiene uno y yo ninguno!...

Estas situaciones reafirman en las personas la idea de su anormalidad y fomentan la necesidad del embarazo para volver a la normalidad. Además, como señalan Bestard et al. (2003), tener hijos significa más que formar una familia, implica integración social. Un(a) hijo(a) no sólo hace padre y madre, también hace abuelos, abuelas, tías, tíos, etcétera.

Varias de las mujeres reconocen que estaban obsesionadas con la maternidad, algunas incluso sienten que se convirtió en un reto. Los hombres por lo general no hacen ese tipo de comentarios, sin embargo, algunas de ellas piensan que sus parejas no querían enfrentar la infertilidad porque representaba una situación que estaba fuera de su control y que los ponía en desventaja respecto a los demás: “esta es la primera vez que no brilla, que no puede controlar algo”. Es comprensible que en un mundo competitivo, en el que se promueve la idea de individuos libres y autodeterminados, no poder alcanzar metas genere frustración.

En términos de Teresa de Lauretis (1989), la racionalidad de la reproducción no apela de la misma manera a hombres y a mujeres. De acuerdo con la racionalidad reproductiva, la biología es una parte constitutiva del parentesco, una relación de parentesco se reconoce a través del embarazo y el parto, ésta es la forma ‘normal’ de acceder al estatus de madre y padre. Los cuerpos femeninos son por lo tanto un instrumento indispensable para alcanzar la ‘normalidad’, la adopción sería una alternativa menos natural, menos normal. Así, la tecnología médica, más que una opción de asistencia a la reproducción, representa también un compromiso, puesto que esa opción por lo menos debe ser considerada (Franklin, 1998, pág. 108). Estas mujeres cuentan con los recursos económicos para decidir si dejan pasar la oportunidad o la toman. Como señala Franklin, lo que se vuelve opcional es la infertilidad. Una informante considera que “una cosa es que no puedas económicamente y otra es que no seas fuerte para intentarlo”. En la siguiente narrativa un hombre platica sobre lo que percibe en su esposa como una idea de estar fallando si no tenía hijos(as):

Fue triste, [la pérdida del primer embarazo] por mí sí lo resentí, pero yo veía en ella su sufrimiento. Porque ella de alguna manera, creo, es mi percepción, que ella de alguna manera pensaba que estaba fallando conmigo, fallando en la relación y estaba fallando conmigo. A pesar de que yo siempre traté de demostrarle, de decir que estaba con ella y que no importaba, que veíamos a ver cómo nos acomodábamos en la relación. Ella de alguna manera, percibía yo que se sentía mal por eso.

Todavía en algunos ámbitos no tener hijos constituye un estigma. Una de las mujeres comentó: “a la mujer se le pone una palomita cuando tiene hijos”. Alguna recordó que los parientes de su esposo consideraban que no tenían hijos por una actitud egoísta de ella, porque suponían que estaba dando prioridad a su desarrollo académico y profesional. En la

siguiente narración la informante hace referencia a una “mujer inservible” que no puede tener hijos(as):

¿Y sabes qué, peor todavía? Cuando no logras tener hijos, porque, por esta situación machista, obviamente ya etiquetaron a la mujer, ya la etiquetaron como una mujer inservible. O sea, el hecho de que no tengas un hijo, ya eres lo peor, no, ya tus atributos de profesional, tus atributos de inteligencia, tus atributos que te dio Dios para muchas cosas más, no solamente para engendrar, se vinieron al caño. Ya no, aquella mamá, aquella suegra, que te... Digo, gracias a Dios yo no viví eso, yo tuve el acompañamiento de mi familia. Pero yo he visto...

Las personas se preguntan ¿por qué yo no puedo? O ¿por qué a mí? Se supone que nacemos con esa capacidad. La pregunta es dirigida a Dios, como si tal vez fuera un castigo que a lo mejor merecen o sienten que no merecen. Comparan su situación con ciertos casos de embarazos que consideran irresponsables, mientras ellas forman parejas estables “Un matrimonio sólido, de muchos años, adultos, contra estas chavalas calenturientas [...] ¿qué te pasa Diosito?”. Algunas reflexionan que si todo lo han hecho bien, conforme a normas, ¿por qué?:

Cuando estaba en ese proceso, decía: pero si era mi sueño más grande, era mi ilusión, tener mis hijos, yo decía a Dios: pero si yo me porto bien, si no le he hecho daño a nadie, si he hecho todo lo que se tiene que hacer, pues sí, responsablemente ¿por qué?

La mayoría de las mujeres expresan un deseo de ser madres, sin embargo, varias de ellas, también explican que querían intentar para tener la tranquilidad de que hicieron lo posible. La presión del reloj biológico aunada a la oferta médica, produce una opción impostergable: la tomas antes de que se acabe el tiempo o pierdes la oportunidad. Una de ellas señaló que es la opción con menos riesgo, pues ha conocido mujeres que no tuvieron hijos(as) y se arrepintieron, mientras las que tienen hijos(as) nunca dicen que se arrepienten. Los párrafos que siguen muestran esta necesidad de tratar para no arrepentirse después. En el primero, se expresa la premura del reloj biológico; en el segundo la tranquilidad de haber intentado hasta la edad señalada por la ciencia como la más adecuada para embarazarse; y en el tercero, la liberación que representa un diagnóstico preciso.

Nunca lo he hecho para agradar a los demás, siempre he hecho las cosas primero porque me interesan a mí [...] yo no quería voltear para atrás y decir por qué no lo

hice [...] no me quería ir de este mundo con eso [...] hay cosas que dice tú, bueno ahorita no me como una hamburguesa pero me la puedo comer mañana. Pero eso, el reloj biológico no te va a dar oportunidad más tarde. Inclusive la edad tiene que ver mucho para el factor de éxito de los in vitro.

[Fueron] ¡5 años! ¡Seguiditos! Yo creo que sí fueron fácil, de 12 meses del año, 10, 8 meses en que ta ta ta, todo el seguimiento famoso. Pero a los 35 años yo ya me quedé muy feliz, dije ¡ya! Ya es todo lo que pude haber hecho y ya no pegó, pues ni modo. Y ¡ultimadamente! con esto yo si quiero adoptar, no me voy a sentir así como que: ¡ay! ya no voy a poder. Si algún día me da la gana, adopto. Porque yo sí me sentía capaz de tener un niño adoptado.

Cuando a mí me dijeron eso [el nombre del síndrome responsable de su infertilidad] sentí una tranquilidad [...] de ya saber qué es y como por dónde me voy.

El último caso informa del alivio que produce librarse de la incertidumbre del “factor inexplicable”. El médico indicó a la pareja que las únicas opciones disponibles para ellos eran un trasplante de útero –una tecnología muy costosa, aun en experimentación y no se realizaba en el país- o un vientre subrogado. Ambas opciones excedían los límites a los que ellos podían y querían llegar. Cuando no existe un diagnóstico preciso y/o las opciones aún están dentro de las posibilidades económicas y morales de las personas, es muy difícil renunciar a los tratamientos. Se repiten procedimientos, se prueban otros, con la idea de aumentar las posibilidades. Otra estrategia es cambiar de médico. Algunas parejas o mujeres buscan medicina alternativa, tratamientos “no tan ortodoxos”. En el primer testimonio, abajo, una mujer expresa cómo se fue involucrando sin darse cuenta y el segundo muestra el costo físico, emocional y económico que implica repetir un tratamiento:

Ya cuando empiezas es una bola de nieve que te va llevando, y no te detienes, o no haces una pausa, para decir: bueno ¿y realmente lo quiero? Te va llevando, te va llevando, te va llevando, que ya cuando lo piensas, ya estás inmersa hasta el copete, y ya no te puedes salir porque pues ya empezaste. Y así como que yo soy mujer de muchos retos. Lo consideré un reto ¿no?

A pesar de un medicamento exhaustivo. Me inyectaba en las piernas en las pompas, y tomado, un medicamento carísimo... bueno. Salgo de la clínica muy triste porque ni entré ya a nada más, porque te digo, pues ni un óvulo, el único que tuve pues no era bueno... Salí bien triste y le dije al doctor, qué sigue... me dijo: pues no reaccionó al medicamento para ovular. Me gasté 80,000 pesos en esa primera, después de todo el dinero que ya había gastado. Bueno pues qué sigue [le dije], no

pues hacer otro intento. Según dicen que los in vitro son tres a los que debes de someterte para realmente decir... si al tercero no pega, pues ya es muy difícil ¿verdad? estar gastando tu dinero, ellos, los doctores, te dan tres intentos.

Algunas informantes expresan que contaron con el apoyo de sus parejas durante todo el proceso, así como el apoyo de su familia, especialmente del padre, la madre y hermanos (principalmente hermanas) de ellas. Incluso indican que sin ese respaldo no hubiera sido posible hacerlo. Otras lo viven casi solas como “un proyecto personal”. Y algunas parejas deciden no involucrar a otras personas “es algo de lo que no se habla”. La presión de los procedimientos y la ansiedad que provocan afecta a la mayoría de las parejas, en general logran superar los problemas, pero algunas llegaron al divorcio. Hubo tres divorcios, una de esas parejas un tiempo después recuperó su matrimonio.

Aunque algunas mujeres persisten en los tratamientos médicos mucho más allá de lo que sus parejas desean, otras tal vez necesiten del apoyo de su pareja para parar. Es probable que dejarles la decisión a ellas: “yo te apoyo en lo que decidas” o “la decisión es tuya”, no les ayude a dejar un tratamiento que se convierte en una demanda que apela a las mujeres, que perpetúa un deber. Puede ser mejor un “no quiero que pases por eso” -como en algún momento manifestaron ciertos hombres- que las libere de la obligación o las ayude a ver que no tienen un deber pendiente. Los siguientes párrafos son parte de un artículo que apareció en prensa. Muestra cómo a la autora el descubrimiento de la infertilidad le permite “optar” por no ser madre sin sentir culpa:

En ocasiones la gente me halaga por lo “valientes” que fuimos al no tener hijos. Me río porque, en mi mente, llegué ahí de la manera más cobarde: no tengo hijos por suerte (si tener un útero defectuoso puede considerarse así). En el fondo no quería tener hijos, pero de todas formas daba tumbos hacia la maternidad, porque pensaba que debería desearlos hasta que, finalmente, mi anatomía determinó mi destino.

Me gustaría que no hubiera sido necesaria una afección médica para sentir que tenía permiso de no querer hijos. Espero que, en generaciones futuras, las mujeres se sientan libres de no tener hijos sin sentir que requieren una excusa médica (Botton, 4 de noviembre de 2016).

Dos de las parejas de informantes optaron por abandonar tratamientos y no tener hijos(as). La formación y la convivencia en una sociedad donde tener hijos(as) es la norma, hace necesario “reconfigurarse” a sí misma para cambiar la idea que tenía de su vida, dijo una

de ellas, y la otra afirma que sigue conviviendo con muestras de simpatía (lástima) porque no lo logró o recomendaciones de cómo llegar a ser madre.

Algunas personas consiguieron su objetivo relativamente pronto, después de dos años, otras después de diez no lo lograron. Algunas renunciaron por cansancio, otros establecieron sus límites de acuerdo a tiempo, costos, tipo de técnica, o número de intentos. Generalmente la renuncia produce el efecto de una gran pérdida como se lee en el primer comentario abajo, pero al mismo tiempo, en algunos casos, crea la sensación de liberación para tomar otras opciones, así se expresa en el segundo párrafo. Ambas mujeres optaron por la adopción. En el tercer párrafo una terapeuta señala que las personas infértiles se sienten discapacitadas:

Y pues ya, otra vez, vivir el proceso de la renuncia. El duelo, de decir, ya no se va a poder (sigue llorando). No voy a poder tener un hijo de mis entrañas (llora más, tarda un rato en recuperarse para seguir hablando) No cuentas con nadie, o sea, quien te pueda apoyar o quien pueda estar contigo, y yo me imagino que es como cuando se te muere alguien ¿no? Que llegan y te dicen, estoy contigo y lo que se te ofrezca, pero, ningún apoyo, ninguna compañía es suficiente, entonces, para mí, el apoyo que me pudieran haber dado, mis amigas más cercanas, o mis hermanas, para mí no fue nada. O sea, dices, no me entiendes, no me entiendes, no me vas a entender nunca. Y bueno, pues otra vez, vivir el duelo y la renuncia.

Al in vitro no, eh, al in vitro fue donde ahí paramos. Gracias a Dios, porque ya eran tantos años, y era tanto tiempo, y tanto cansancio, emocional. Que ese día cuando dijimos: lo que hemos hecho lo vamos a tener que empezar a vender, o ¿cómo? Deshazte de lo que tienes y luego va a llegar la criatura y ya no tienes nada.

[La infertilidad se vive] como una discapacidad, la ven como una discapacidad, inclusive nosotros le llamamos a [la terapia que recibe] el grupo que viene: El duelo por pérdida. Es un duelo por pérdida de la maternidad natural, que tienen que vivir.

A través de algunos de los testimonios se puede apreciar que los tratamientos pueden generar una necesidad del(a) hijo(a) que no existía antes, cuando costaba trabajo tomar la decisión de terminar el aplazamiento del momento de procrear. Aunque otras narraciones no muestran una alteración tan evidente en el sentimiento de necesidad(a) del hijo(a), el diseño de la tecnología parece tener el efecto de regenerar las esperanzas de tener éxito en el siguiente intento o con otro tipo de tratamiento. Algunas personas, especialmente mujeres, señalaron que tenían que ser madres de la forma que fuera, mediante la tecnología médica en primer lugar o por adopción en segundo.

La mayoría de las mujeres que consiguen su objetivo recomendarían a otras tratar la RA, porque sienten que al final valió la pena. Dos de ellas sugieren establecer desde el principio cuál será el límite al que llegarán para que no se convierta en una obsesión. La mayoría considera que es un proceso muy difícil y que generalmente cuentan con poca información por lo que van aprendiendo durante el trayecto, mientras sienten que están solas:

Te sientes muy sola en el proceso. [Piensas] Soy a la única en el mundo que le está pasando eso y ya cuando entras a los foros ya te das cuenta de que no. Y lo mismito que tú estás pensando, están pensando las otras.

*Fuertes de espíritu, alma y corazón*⁵⁰

¿Cómo consiguen estas personas constituirse como padres y madres a través de la tecnología? ¿Cómo logran naturalizar la intervención tecnológica en la naturaleza? ¿cómo producen sus relaciones de parentesco?

A pesar de que la mayoría de las personas son religiosas y católicas, y además están conscientes de que la iglesia no aprueba la RA, durante todo el proceso se han encomendado a Dios y finalmente, la retórica de la intervención Divina contribuye en gran medida a naturalizar la intervención de la tecnología en la reproducción. Todas le agradecen a Dios: “esto no es posible sin la mano de Dios”. Una de ellas asegura haber pedido consejo a unos sacerdotes y haber obtenido una respuesta afirmativa, siempre y cuando se realizara la FIV con gametos de ella y su esposo. Los médicos también involucran a la divinidad en su discurso, en algunos consultorios se pueden observar imágenes religiosas. El siguiente comentario resume los razonamientos al respecto:

Y la fe también tiene que ver [para conseguir el objetivo]. Yo creo que independientemente de que es contradictorio, la iglesia no está de acuerdo, yo creo que la mano de Dios está en esto. Tiene que estar, entonces, como que es una contradicción.

En una sociedad que promueve el ideal de libertad, de derechos, de competencia, los(as) hijos(as) son también un logro personal. En primer lugar son deseados y planeados, mediante el ejercicio de un derecho, el derecho a decidir. Como señala Comas (2007, págs. 10-11) el deseo se ha convertido en un valor, incluso en un requisito para tener hijos(as). Se les asigna un gran valor en términos financieros, educacionales y emocionales. Son un

⁵⁰ Así calificó una mamá por RA a las mujeres que se someten a esos procesos.

tesoro y en el caso de los(as) hijos(as) concebidos(as) por medio de RA, son un premio al esfuerzo y a la perseverancia. En los párrafos siguientes dos mujeres explican el esfuerzo que representa lograr el objetivo, en el primero, y, en el segundo, la combinación del deseo, el esfuerzo y la intervención divina convierte a los hijos en un milagro:

Siempre fui bien perseverante y bien constante. Porque en esto, tú tienes que estar bien perseverante y no dejarte caer. Porque mucha gente se deja caer, por ejemplo yo, después de las 12 inseminaciones dije: ya. Había gastado un dineral. Y luego que voy a los de in vitro y me dicen todo lo que tengo que gastar. Bueno. Pero como yo siempre quería intentar, hasta el último recurso. Yo en mi vida siempre he sido así, bien perseverante y Dios me ha dado la oportunidad y la gran bendición de lograr todo lo que me he propuesto.

Fueron una parte fundamental para el logro de esto: ellos [mis papás], mi esposo, obviamente el doctor, y Dios. Yo de ellos me agarré [...] El camino es difícil, es pesado. Ya de por sí es pesado, yo creo que sola no lo puedes hacer. Ha de ser tremendo. [...] Yo veo mis hijos, son mi milagro, son mi milagro.

Aunque el imaginario respecto a la herencia genética puede generar incertidumbre respecto a conductas extrañas y condiciones de salud de los(as) hijos(as), en los casos de recepción de gametos, las actitudes de las parejas muestran que se valora más alto el reconocimiento social del vínculo de parentesco, al igual que la experiencia corporal de la gestación y el parto y, desde luego, el logro del hijo(a). En el primero de los siguientes párrafos una mujer expresa mayor valoración por la gestación y parto que por los genes, en el que sigue, otra mujer que recibió donación de esperma, comenta sobre los sentimientos expresados por su esposo, ella dice que el niño se parece a él:

Yo siento que eso [el embarazo] me permitió a mí no verlo como si no fuera mío. [...] Los que yo siento que no hubiera sentido tan míos son los de las mamás subrogadas [...] aunque fuera mío el óvulo.

En su mente no está que no es suyo. [Él dice:] Pues es mío ¿cómo no? Si a mí me costó (se ríe) yo lo compré.

A pesar del valor que se concede a la gestación y al parto, los detalles de un engendramiento por donación de gametos se ocultan, pues revelarlos tal vez supondría la existencia de otros padres ya que la noción de parentesco implica herencia genética o lazos de sangre.

El deseo, el esfuerzo y el sufrimiento que representa la RA convierte a las parejas en madres y padres especiales. Una de ellas considera que las mujeres que se someten a ese proceso tienen “una medallita”, sólo por intentarlo. Es probable que el dolor del tratamiento, el sacrificio, permitan el acceso a la feminidad aun a las mujeres que no consiguen el embarazo. El siguiente comentario afirma esa diferencia entre las paternidades y maternidades por RA y las que no requirieron asistencia:

[Soy] ¿Diferente a ellas? pues sí, porque ellas no pasaron por todo el proceso de batallar y realmente desear. Porque yo siento que los que estamos en este proceso y que llegamos a tener un hijo en este método, somos realmente los que queremos tener un bebé o un hijo. Es como los que quieren estudiar, y hacen todo lo posible por estudiar una carrera y la terminan. Yo siento que nos cuesta mucho más trabajo y apreciamos mucho más a los hijos.

La mayoría de las personas que no consiguieron la maternidad o la paternidad mediante la RA, recurrieron a lo que habían dejado como última opción: adoptar un(a) hijo(a).

Capítulo 3. Madres y padres idóneos. El interés superior de la infancia

... I take adoption to mean the practice whereby children, for a variety of reasons, are raised by adults other than their biological parents, are treated as members of the family among whom they live, and are accepted as such by others (Howell, 2009, p. 150)

Para la mayoría de las personas que participaron en esta investigación y no lograron tener hijos o hijas mediante la asistencia de la tecnología médica, la adopción constituyó otra etapa de un proceso que les permitiría convertirse en padres y madres. Ellos encuentran en su recorrido cierta forma de entender la adopción que implica normas y expectativas sobre su comportamiento. Representar correctamente esas normas les permitirá ser considerados -y verse a sí mismos- como viables para ejercer el papel de padres y madres. El disciplinamiento, el examen y auto evaluación a los que todos estamos sometidos durante nuestras vidas, cuando se trata de adoptar se vuelven explícitos a través de la exigencia de una certificación de idoneidad.

El objetivo de este capítulo es conocer los estándares de moralidad reproductiva que establecen el marco de referencia a partir del cual, las personas que desean convertirse en padres y madres a través de la adopción, evaluarán sus propias acciones y serán evaluados por los demás. Queremos comprender lo que se entiende por racional y lo que sería irracional cuando se busca la paternidad y la maternidad por esta vía. Esto nos dará elementos para analizar, en el siguiente capítulo, las prácticas de las personas que no han podido tener hijos(as) y optan por la adopción.

En este capítulo se analizará la transformación de las ideas sobre la adopción. A través del tiempo los valores asociados a la familia y al parentesco se han ido modificando dando lugar a regulaciones particulares en torno al tema de la adopción. Nos interesa especialmente el desarrollo que ha experimentado desde los comienzos del siglo XX. Los cambios en la manera de concebir la infancia y la familia conformaron una racionalidad reproductiva donde la adopción ocupa una posición importante. Como señalan Morgan y Roberts (2012), los discursos sobre derechos humanos han facilitado los cambios en la gobernanza reproductiva. En este caso, la emergencia de los niños como sujetos de

derechos y en especial su derecho a la familia, además del ideal sobre la forma de crianza basada en el afecto, han contribuido con la producción, vigilancia y control de los comportamientos reproductivos a través de estándares de moralidad que definen lo racional y lo irracional en el tema de la adopción. Asimismo produjo a los padres y madres adoptivos como protectores responsables y afectuosos.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define adoptar como “Tomar legalmente en condición de hijo al que no lo es biológicamente”. Esta definición corresponde a la sociedad occidental actual. Pero la forma de entender la adopción no es universal ni atemporal. En esta misma sociedad el concepto ha sufrido transformaciones al mismo tiempo que han cambiado las ideas sobre familia y parentesco. En el primer apartado de este capítulo se muestran brevemente formas de crear lazos de parentesco en algunas sociedades no occidentales, lo que nos permite ver que existen otras formas de entender lo que nosotros conocemos como adopción. La historización sobre regulaciones de la adopción en sociedades occidentales, nos ayudará a entender las nociones actuales sobre el tema de la adopción. Como señala Howell (2009), a través de los cambios en la forma de regular la adopción podemos comprender los valores asociados a la familia y al parentesco. Esto se tratará en la segunda sección, donde podremos ver cómo las ideas sobre la adopción van cambiando conforme la forma de la familia se va transformando.

Las tendencias internacionales tienen incidencia a nivel nacional, especialmente cuando los países se comprometen por medio de tratados o convenios. En el tercer apartado se exponen los cambios legislativos en México y su relación con el nivel internacional. En la cuarta sección, llegamos al nivel local. A este nivel se expresan las políticas internacionales y nacionales en forma de racionalidades sobre la adopción que establecen los criterios de lo que serán los comportamientos adecuados o inadecuados de las personas que desean adoptar.

Adopción y parentesco en sociedades no occidentales

Como han demostrado diversos estudios antropológicos llevados a cabo en sociedades no occidentales, existen diferencias importantes –entre éstas y las occidentales- respecto a las formas de establecer relaciones de parentesco. En éstas no se concibe el parentesco

constituido a partir de dos esencias puras: naturaleza y cultura, claramente distinguibles, tampoco existe una tajante diferencia entre adopción y nacimiento. La adopción no es estigmatizada ni es indeseable y tampoco las diversas formas que puede tomar⁵¹ constituyen opciones definitivas. En muchas sociedades no occidentales, lo que conocemos como adopción corresponde a un proceso gradual, que implica una transferencia de derechos mediante la cual se crean nuevos lazos de parentesco. A diferencia de lo que ocurre en la cultura occidental, donde la noción de abandono de niños y niñas se concibe generalmente como el antecedente de las adopciones, en estas sociedades la adopción corresponde a una decisión de crear vínculos con otra familia. Por lo tanto, los nuevos lazos de parentesco no reemplazan a los anteriores, sino que se suman⁵² (Tarducci, 2013, pp. 126-129)

Esos estudios también demostraron que en la mayoría de esas sociedades la crianza no se realizaba exclusivamente por la madre, sino que intervenían múltiples cuidadores⁵³. Eso permitía realizar un tipo de cuidados que en la cultura occidental corresponden al modelo de maternidad intensiva⁵⁴. En esas sociedades no se alentaban las relaciones duales tales como marido-mujer, madre-hijo, ya que se consideraba más importante promover el compromiso hacia el grupo antes que los intereses individuales. Aunque se pudiera pensar que esta tendencia fuera exclusiva de sociedades pequeñas, Seymour (2004) demuestra que en la India, una sociedad compleja y en continuo cambio, la maternidad exclusiva es la excepción y el concepto de madre centrada exclusivamente en el cuidado infantil es raro. Citado por (Tarducci, 2013, p.130)

⁵¹ Mónica Tarducci encierra en comillas “adopción” y “acogimiento”, ya que en sociedades no occidentales esos términos pueden no ser exactos para nombrar las relaciones en las que los niños y niñas no son criados por sus padres y madres biológicas (Tarducci, 2013: 127)

⁵² El trabajo de Weismantel (1995) en una aldea de Ecuador hablante de quechua, constituye un ejemplo de estas formas no occidentales de constitución gradual de lazos de parentesco. Weismantel no encontró una preocupación por distinguir parientes naturales y no naturales. Aquí la familia -familia en Zumbagua- se compone de aquellos que comen juntos. El alimento representa una sustancia a través de la cual se establece un vínculo entre un cuerpo y otro. De manera semejante a la transmisión de esperma, el alimento se constituye en la materialidad que permite crear la paternidad. En estos casos, el nacimiento no crea instantáneamente la relación, ésta se produce gradualmente. (2013, p. 131)

⁵³ Citando a Seymour (2004) señala que entre los *efe* de Zaire los recién nacidos(as) son cuidados(as) por diferentes personas en las primeras semanas de vida. Desde la antropología psicológica se afirma que esto representa ventajas para los niños(as), ya que les permite una rápida adaptación. (Tarducci, 2013, p. 130)

⁵⁴ La autora explica que la maternidad intensiva es un modelo relativamente reciente en la cultura occidental y corresponde a la división del trabajo por sexo. Acentuado por el aislamiento de la familia nuclear, que carece en muchos casos del apoyo de la familia extensa. (Tarducci, 2013: 130)

Además de la crianza compartida, también se encontró la costumbre de no criar a los hijos biológicos. Howell (2009, p. 153), partiendo de una revisión de diversos trabajos, apunta que en algunos lugares de África y en cierto periodo de tiempo, la mayoría de los niños no eran criados por sus padres biológicos. Los niños tenían, además, un lugar asegurado en la familia extensa gracias a la práctica de la poligamia y, al mismo tiempo, esa práctica evitaba que hubiera personas sin hijos. En otras sociedades, las relaciones de parentesco se establecen a partir de la alimentación. Después de un periodo prolongado compartiendo alimento, el(a) niño(a) llega a ser miembro completo de una familia no biológica. Esto es lo que Howell llama un proceso de emparentamiento (kinning)⁵⁵. También se pueden generar relaciones de parentesco a través del uso compartido de recursos como la tierra. Así, entre los Truk las relaciones de crianza se superponen a las relaciones de parentesco natural la mayor parte del tiempo. Desde esta perspectiva, la crianza resulta más importante que la naturaleza al establecer vínculos de parentesco. (Marshall, 1977) citado por Howell (2009, p. 151-152).

Por el contrario, en sociedades de influencia occidental, actualmente la naturaleza o biología, o, más exactamente, la genética, es un componente central del parentesco. Sin embargo, la adopción se ha venido colocando en una posición importante en la sociedad como instrumento de protección de los niños y niñas sin hogar y como alternativa para la infertilidad.

La adopción en occidente a través de las legislaciones

Adopción una cuestión de sucesión y continuidad familiar

La regulación de la adopción tiene historia antigua, desde el Código babilónico de Hammurabi ya se encuentran referencias a la adopción, también en las leyes de China antigua, la India, Grecia y Roma. Históricamente la adopción ha servido a propósitos ligados con la perpetuación de grupos y el mantenimiento de propiedades y bienes dentro

⁵⁵ Según los Hua de Tierras Altas, Nueva Guinea los(as) niños(as) se crean originalmente de sangre menstrual y de semen, después, de alimento. Desde esta perspectiva, dos personas no relacionadas por el nacimiento pueden crear parentesco alimentándose mutuamente o de forma unilateral -particularmente de leche materna- de comida y de agua. Ya que a través del alimento de cualquier tipo, incluido el semen, se transmite el *nu* o esencia vital del que alimenta (Meigs, 1986) citado por (Howell, 2009, p. 201).

de un grupo de parientes (Howell, 2009, p. 153). En el derecho romano clásico la adopción tenía el propósito de agregar personas y propiedades al grupo familiar, así como el de transmitir el patrimonio a generaciones futuras.

La familia romana se conformaba por todos los miembros que estaban bajo la potestad de un *pater*. Esas personas podían haber nacido de algún miembro del grupo familiar o haber ingresado mediante un acto jurídico: *adoptio*, *adrogatio* y *conventio in manum*⁵⁶. La familia romana más que un grupo de personas, constituía una unidad económica que incluía tanto personas como derechos y cosas que integraban el patrimonio cuyo legítimo titular era el *pater*. Él tenía la obligación de asegurar su productividad con el fin principal de mantener la unidad familiar y transmitirlo a generaciones futuras, posibilitando la existencia y continuidad del grupo familiar. (Fernández, 2012: 160-163)

Conforme el poder público intervino en el ámbito familiar y la familia se fue transformando en un grupo reducido de personas, vinculadas principalmente por lazos de sangre. La adopción como medio de agregar parientes fue perdiendo importancia, se destinó principalmente para legitimar hijos(as) de concubinato – o hijos naturales, como se les denominó. Así, el *pater familias* podía adquirir la *patria potestas* sobre ellos y garantizarles los mismos privilegios de que gozaban los hijos legítimos. (Fernández, 2012: 156-160)

Durante la época justiniana, surgieron dos formas de adopción que llevaban como fin proteger el derecho del adoptado a heredar en las dos familias: la adopción menos plena y la adopción plena⁵⁷. La primera forma permitía al adoptado heredar al adoptante sin cambiar de familia. Cuando el adoptante era ascendiente del adoptado, se adoptaba de

⁵⁶ Por medio de la *adoptio* ingresaba a la potestad del *pater* una persona que debía haber salido previamente de la potestad de otro *pater*. Un *pater*, podía ingresar a la potestad de otro, con su patrimonio y toda la familia que dependía de él, mediante la *adrogatio*, de esta forma una familia desaparecía mientras aseguraba descendencia a otra. Mediante estas dos figuras se garantizaba un sucesor al *pater* o se le permitía administrar un patrimonio. Los nuevos miembros entraban a formar parte de la familia como parientes agnados, en igualdad de condiciones y contribuyendo a la continuidad familiar. (Fernández, 2012, p. 168) ver también: Cárdenas, 2010, p. 2; Baqueiro, 1970, pp. 24-25; Rodríguez, 2009, pp. 118-119; Brena, 2005, p. 5-6)

⁵⁷ La adopción menos plena, estaba dirigida a los adoptados *extraneus*, en esta modalidad el adoptado no cambiaba de familia y continuaba bajo la autoridad paterna original. Su efecto consistía en la adquisición de derechos sobre la herencia del adoptante. La adopción plena, estaba destinada a adoptados que eran descendientes del adoptante. En ese caso, los lazos de sangre garantizaban el derecho a heredar aun con emancipación. (Baqueiro, 1970:25)

forma plena ya que, gracias a los lazos de sangre, conservaba su derecho a heredar aun con la emancipación. La adopción podía realizarse incluso por medio de testamento ya que su objetivo se centraba en la transmisión hereditaria de honores públicos, patrimonio y culto familiar. (Baqueiro, 1970:25; Brena, 2005:6)

Después de la caída del imperio romano, la adopción perdió importancia. La reglamentación jurídica en materia de familia fue sustituida por el derecho creado por la iglesia católica y esta institución introdujo el principio de piedad, que se expresó en el socorro a huérfanos –de los que no se había ocupado antes la sociedad romana- y otros necesitados. El deber de protección recaía en primer lugar en el emperador, aunque en realidad la iglesia terminó haciéndose cargo de orfanatos e institutos píos. (Rodríguez, 2009; Brena, 2005: 7; Baqueiro, 1970:26)

Tarducci apunta que después de la adopción romana y hasta antes del siglo XIX, la adopción funcionó principalmente como una forma de suministro de mano de obra. Los aprendices de la Edad Media son el ejemplo más conocido de un tipo de relación adoptiva basada en la necesidad de mano de obra. Goody (1986) citado por Tarducci (2013: 125) denomina a esta tendencia “la economía oculta del parentesco”. Sin embargo, desde el siglo XVIII empezó a aparecer el tema de la adopción en algunas legislaciones.

La adopción y los vínculos de sangre

Durante el siglo XVIII la adopción se concebía asociada a la beneficencia. Pero ya empezaba a resurgir un interés por normarla, aunque todavía se consideraba una institución inútil, peligrosa e inmoral por algunos legisladores⁵⁸. Napoleón sugería que la adopción imitara a la naturaleza y tuviera el poder de modificar a la familia. Desde esta perspectiva, el padre adoptivo debería tener prioridad sobre el “natural”. Sin embargo, prevaleció una

⁵⁸ En el *Codex Fredericianus* de 1751 se reguló la adopción y en Francia, en la Convención del 18 de enero de 1792, mediante decreto se ordenó al Comité de la legislación que comprendiera la adopción en el plan general de leyes civiles. Sin embargo, una parte importante del Consejo de Estado no favorecía esa institución y no se incluyó en el primer proyecto del Código de Napoleón. Citando a Demolombe, Rodríguez Ennes resume los argumentos de los detractores de la adopción:

“les parecía una institución “inútil”, porque las leyes ofrecen a la beneficencia otros medios de ser ejercitada; “peligrosa”, porque alentaba las vanidades del régimen nobiliario y favorecía el celibato y la corrupción de costumbres; “inmoral”, por último, porque colocaba a un niño entre la fortuna y el abandono de sus padres” (Rodríguez, 2009: 122).

forma limitada de adopción con carácter principalmente sucesorio, condicionada a la inexistencia de descendientes legales del adoptante y destinada casi exclusivamente a mayores de edad. Sólo la adopción testamentaria tenía como fin la protección de menores⁵⁹. Pero en general su formalización dependía de trámites complejos y tardados que la volvían impracticable. Uno de los objetivos de tantas precauciones era proteger a las familias legítimas, no obstante, la consanguinidad constituía un elemento altamente valorado, ya que a pesar de las restricciones legales para heredar a los(as) hijos(as) extramatrimoniales, la jurisprudencia terminaba favoreciéndolos. Según Baqueiro, resultaba peligroso que la adopción sustituyera a la procreación cuando el tema urgente era repoblar Francia (Rodríguez, 2009: 123-125; Baqueiro, 1970:27-28). En otros países las legislaciones siguieron el modelo francés mientras en algunos no se tocó el tema⁶⁰.

A mediados del siglo XIX⁶¹ comenzó una transformación en la manera de concebir a los niños y tuvo su máximo desarrollo después de la Primera Guerra Mundial. Ese movimiento derivó en grandes cambios en torno a la adopción

⁵⁹ Se reglamentaron tres tipos de adopción. La *adopción ordinaria*: un contrato celebrado entre adoptante y adoptado. Para poder adoptar, la edad del adoptante debía ser mayor de cincuenta años y quince mayor que el adoptado; el adoptado debía ser mayor de edad, y contar con la autorización de sus padres si fuera menor de 25 años y de su cónyuge en caso de tenerlo; el adoptante no debía tener descendientes legítimos al momento de la adopción y debía haberse hecho cargo del cuidado y alimentación del adoptado durante su minoría de edad por lo menos durante 6 años. Estaba también la *adopción remuneraria*: ésta pretendía recompensar al adoptado por haber salvado la vida del adoptante en un combate, incendio o naufragio. Se requería que el adoptante fuera mayor de edad y mayor que el adoptado; sin hijos ni descendientes legítimos; y su cónyuge, de ser el caso, debía dar su consentimiento. La *adopción testamentaria* tenía el fin de proteger a los pupilos en caso de que su tutor falleciera antes de que fueran mayores de edad. Por tanto, aplicaba para los casos en los que se hubiera ejercido la tutela oficiosa, una institución de beneficencia que permitía a un menor de 14 años contar con una persona que lo alimentara, educara e instruyera en un oficio. El tutor debía haberse hecho cargo del menor al menos por cinco años para poder adoptarlo. (Baqueiro, 1970: 27-28)

⁶⁰ Se legisló de manera similar en el código italiano en 1865, rumano en 1864, uruguayo en 1868, colombiano de 1867 y el suizo en 1907. En 1851 en España también se concebía la adopción como una institución de beneficencia. Otras legislaciones, en cambio, no consideraron la adopción, como la de 1838 de los Países Bajos, la de 1857 de Chile, 1867 de Portugal, 1871 de Argentina. La legislación de 1873 de Colombia, en cambio, dedicó un capítulo a la adopción, lo que despertó críticas al interior del mismo país. Sin embargo, Rodríguez señala que en esa época, mientras que la adopción fue tolerada en la práctica, no se estimó necesario su reconocimiento a nivel legislativo (Rodríguez, 2009: 123-130)

⁶¹ A mediados del siglo XIX en Francia comenzó una preocupación por proteger a los niños. Desde 1841 se protegieron en el lugar de trabajo, en 1881 se garantizó en la ley el derecho de los niños a una educación; a principios del siglo XX se incluyeron las áreas social, jurídica y sanitaria. Esta tendencia se extendió posteriormente en Europa. (HUMANIUM, s.f.)

Adopción solución a la orfandad

Durante el siglo XX la forma de pensar sobre la infancia cambió y los fines de la adopción también. Se desarrolló la idea de una niñez vulnerable y con derechos. La adopción, como consecuencia, se convirtió en un instrumento de protección de niños abandonados y huérfanos.

Howell (2006, pp. 43-46) citada por Marre (2011, p. 4) atribuye los cambios sobre todo lo que tiene que ver con la niñez, a una manifestación de la *governabilidad* por parte de disciplinas fundamentadas en la nueva psicología del siglo XX. A principios de siglo se desarrollaban teorías psicológicas que promovían una forma de crianza basada en el afecto y la estabilidad familiar. En este contexto surgió en distintos países una preocupación por el bienestar de la niñez y se comenzó a debatir la situación en distintos foros y desde diversas disciplinas⁶².

Las guerras civiles y las guerras mundiales, del siglo XX, empezando por la Primera Guerra Mundial, contribuyeron a configurar una visión de infancia vulnerable⁶³. La gran cantidad de huérfanos que provocaron se convirtió en un problema y surgió la necesidad de regulaciones menos restrictivas y que representaran beneficios para la infancia “desvalida” (Rodríguez, 2009:130). Las declaraciones y convenios de Naciones Unidas ONU (o Liga de las Naciones) en relación a los derechos de los(as) niños(as), ayudaron a promover la necesidad de proteger a la niñez. El primer instrumento internacional mediante el cual los países reconocieron los derechos de los niños y niñas fue la Declaración de los Derechos del Niño, de 1924, conocida también como Declaración de Ginebra. Bajo el principio de que “la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma”, se otorgaron derechos a los niños y responsabilidades a los adultos (Humanium, s.f.). Aunque al principio la protección a los descendientes legítimos fue prioritaria, las ideas sobre la adopción se fueron modificando, avanzando hacia la simplificación de trámites y la integración de los niños y niñas en las nuevas familias.

⁶² Ver Marre (2011,3-5)

⁶³ Ver en (Marre, 2011, pp. 5-13) conflictos de principios y mediados del siglo XX y las implicaciones en las adopciones internacionales.

En la legislación francesa de 1939 se incluyó la figura de la legitimación adoptiva, que permitía incorporar al adoptado de manera total a la familia del adoptante, rompiendo los vínculos con su familia de origen. La adopción era irrevocable y el adoptado adquiriría los mismos derechos y obligaciones que tendría si hubiera nacido del matrimonio⁶⁴. Bajo esta modalidad sólo podían adoptar quienes no tuvieran descendientes legítimos y podían adoptar solamente a menores de cinco años. Una característica de esta forma de adopción, que permanece en la concepción actual sobre las adopciones en occidente, es la noción de abandono del(a) niño(a) como condición de adoptabilidad⁶⁵. También se introdujo la restricción sobre la situación económica del adoptante, que debía representar ventajas para el adoptado. (Baqueiro, 1970: 29-31)

El interés superior del niño

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Declaración Universal de los Derechos Humanos DUDH)

Según señalan varios autores, desde el siglo XIX la vida familiar, la paternidad, la maternidad y la infancia en Europa y Norteamérica, han estado sujetas al discurso normativo que enfatiza la supremacía de la familia nuclear y la vulnerabilidad psicológica de la infancia (Gillis 1996, Melosh 2002, Rose 1999) citado por Howell (2009:150). En las declaraciones y acuerdos internacionales del siglo XX se puede observar una tendencia a promover cierto tipo de crianza entendida como necesaria para el desarrollo adecuado de los niños y las niñas. En sus principios se privilegia el papel de los padres, y en especial de las madres de nacimiento en la satisfacción de las necesidades de afecto y cuidados. De esta

⁶⁴ "El adoptado entra a la familia de los adoptantes, tomando los apellidos de marido y mujer como propios, existe recíproco derecho sucesorio y aun cuando en principio no tiene derecho a heredar el adoptado a los ascendientes de los adoptantes, puede perfeccionarse esta relación si dichos ascendientes aceptan la legitimación adoptiva." (Baqueiro Rojas, 1970, pág. 31)

⁶⁵ Por medio del Decreto del 29 de julio de 1939 conocido como Código de Familia, se creó la legitimación adoptiva mediante la cual el adoptado se incorporaba de manera total a la familia del adoptante, rompiendo los vínculos entre el hijo y su familia de origen. La edad para adoptar se mantuvo en 40 años, pero si un matrimonio llevaba más de diez años sin haber tenido hijos, con que uno de los cónyuges tuviera treinta y cinco años era suficiente. Para poder imitar a la naturaleza, se siguió manteniendo la diferencia de edades entre adoptante y adoptado en quince años, sin embargo, se podía reducir a diez cuando se trataba de adoptar a un hijo del cónyuge o por dispensa del Presidente de la República. Además, la pareja debía estar unida en matrimonio, no tener hijos ni descendientes legítimos, el adoptado debía tener menos de cinco años, debe haber sido abandonado por sus padres, por haber muerto o ser desconocidos. (Baqueiro, 1970: 29-30)

manera se fomenta la paternidad y maternidad biológica y la familia nuclear. A la vez, se asigna a la adopción el objetivo de suplir las funciones de los padres de nacimiento cuando los(as) niños(as) por algún motivo no cuenten con ellos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) contribuyó a generar una nueva concepción sobre la niñez, desde que estableció que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Utilizando como fundamento esta declaratoria, en 1959 se emitió la Declaración de los Derechos del Niño (DDN) en la que se consignan dos contribuciones importantes a la transformación de la noción sobre la infancia. En primer lugar, el reconocimiento de los niños como sujetos de derechos y en segundo lugar la noción de “interés superior del niño”. Establece el derecho de los(as) niños(as) a recibir protección especial y a crecer bajo la responsabilidad de sus padres y cuando no fuera posible, las autoridades públicas y la sociedad deberían hacerse cargo de su bienestar⁶⁶ (DDN, 1959).

En los años cincuenta surgió desde la psicología una teoría acerca de la forma adecuada de relación madre-hijo. Esta teoría contribuía con el desarrollo de las ideas sobre una crianza dedicada y basada en el afecto. Se conoce como la *teoría del apego* y se basa en el trabajo de John Bowlby en el que introdujo la noción de “Síndrome de privación maternal”. Según Hays (1998), Bowlby –partiendo de una investigación realizada con animales no humanos y delincuentes juveniles y niños criados en ambientes institucionales- argumentó que el apego constante e intensivo con la madre era esencial no sólo para la crianza apropiada de los niños, sino para el desarrollo de la organización social en general. Asumía que el apego tenía sus raíces en la naturaleza y se podía observar en patrones universales de cercanía madre-hijo(a). De esta teoría derivó otra llamada *vínculo materno*, según la cual, existe un periodo posterior al parto en el que, siguiendo el dictado de las hormonas, madre e hijo(a) deben estar en contacto cercano para que el niño pueda conseguir un desarrollo saludable.

⁶⁶ Principio 6: El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole. (DDN, 1959)

Así quedarían vinculados ambos, la madre adquiriría un interés intenso y apropiado sobre su hijo(a) y éste(a) quedaría apropiadamente *apegado*, encariñado y seguro. Hays (1998)⁶⁷

En los años posteriores a la DDN se trabajó para generar conciencia sobre la vulnerabilidad de los niños(as) y la necesidad de crear instrumentos jurídicos que los protegieran. Naciones Unidas declaró 1979 el año internacional del niño y propuso la elaboración de un instrumento con reconocimiento internacional en el que se garantizaran los derechos de los(as) niños(as) (Humanium, s.f.). Algunos años después, alegando la gran cantidad de niños(as) que quedaban desamparados bajo diversas condiciones de violencia, desastres naturales, crisis económicas o problemas sociales, se justificó la necesidad de establecer principios universales que reglamentaran los procesos de adopción o colocación de un(a) niño(a) en un hogar de guarda, a partir de instituciones como la adopción o cualquiera otra que fuera reconocida en los distintos países, como por ejemplo la Kafala del derecho islámico. Dichos principios debían garantizar el respeto a los intereses del(a) niño(a). Así, el 3 de diciembre de 1986 se emitió, en la Asamblea General de la ONU, la *Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional*.

En esta declaración se refuerza la idea de la necesidad y el derecho de los niños(as) a “crecer bajo el amparo y la responsabilidad de sus padres”. La familia se entiende como la institución idónea para proporcionar protección y bienestar. El afecto también se viene convirtiendo en una parte importante del bienestar, por lo que de carecer de padre y madre o que por alguna circunstancia el(a) niño(a) no pueda permanecer con ellos, se debe cubrir su necesidad de “recibir afecto y su derecho a la seguridad y al cuidado continuado”. Las instituciones de guarda, como los orfanatos, son considerados como el último recurso ya que se entiende que en ellas no recibirían una atención personalizada adecuada. En primer lugar se recurre a los parientes del padre y la madre, en seguida a una familia sustituta, adoptiva o de guarda y en última instancia a una institución adecuada o a la adopción internacional. Los hogares de guarda tienen la finalidad de acoger a los niños(as)

⁶⁷ Bowlby siguió desarrollando su teoría hasta los años ochenta. Su trabajo recibió fuertes críticas de la comunidad científica pero también ha tenido seguidores que le han hecho aportaciones a partir de nuevas investigaciones. Ver Hays (1998) y Fernandez (2002)

temporalmente mientras se procura reintegrarlos a sus familias o hasta que sean adoptados. Los(as) niños(as) deben participar “cuando proceda” en la toma de decisiones sobre su futuro.

También se establece la obligación de asegurar el reconocimiento legal del niño(a) como miembro de la familia adoptiva y a gozar de todos los derechos correspondientes. Se introducen las normas mínimas para las adopciones internacionales. Antes de recurrir a la adopción, deberá establecerse que el(a) niño(a) puede legalmente ser adoptado. En tales casos es deber de los Estados involucrados garantizar la protección de los niños y asegurar la validez de la adopción en ambos países. También debieran prevenir mediante leyes y políticas el secuestro o colocación ilícita de niños y prohibir que existan beneficios financieros indebidos para quienes participen en la adopción.

Esas Declaraciones establecen principios pero no producen el efecto de un acuerdo o convenio mediante el cual se comprometerían los firmantes. Dichos principios fueron retomados primero, por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y posteriormente, por la Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional, también conocida como Convención de la Haya.

Con el argumento de las condiciones especialmente difíciles que viven muchos niños en todos los países, se convocó la cooperación internacional y después de diez años de la DDN, la CDN fue aprobada en 1989⁶⁸. Este es el primer acuerdo internacional en donde se reconoce que los niños son sujetos de derecho y personas con libertades. Se admitió su facultad para expresar opiniones con respecto a su bienestar y lo que les afecte. (Humanium, s.f.; CDN, 1989)

Mediante este Convenio, los Estados firmantes se comprometieron a tomar las medidas administrativas y legislativas necesarias para asegurar el bienestar del(a) niño(a). No obstante, se reconocen y se resguardan los derechos y obligaciones de los responsables legales, ya sean sus padres, tutores u otras personas. Respecto a los(as) niños(as) que

⁶⁸ fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989. Se convirtió en tratado internacional y el 2 de septiembre de 1990 entró en vigor tras ser ratificado por 20 países. “Hasta ahora, la Convención sobre derechos del niño ha sido firmada por 190 de 192 Estados miembros, aunque hay algunas reservas sobre ciertos fragmentos del documento. Sólo Estados Unidos y Somalia la han firmado pero no ratificado.” (HUMANIUM)

carecen de un medio familiar, así sea de forma temporal o permanente, la responsabilidad de garantizar algún tipo de cuidado recae en el Estado. Los Estados tienen la obligación de procurar que los niños crezcan en un ambiente adecuado. El lugar ideal sería en una familia, donde se encuentra la felicidad, el amor y la comprensión. Por este motivo, el Estado debe protegerla también.

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión (CDN)

La separación de un niño o una niña de su medio familiar, tendría que ser evaluada de acuerdo a su interés superior. Sin embargo, como señalan Ciordia y Villalta (2012), la determinación de lo que es mejor depende de lo que se interprete como un medio familiar adecuado, es decir, entran en juego los valores y significados sobre los lazos familiares, el ejercicio de la paternidad y maternidad y la crianza de los niños de los actores implicados en la evaluación. (p. 437)⁶⁹.

En la CDN se regulan los sistemas de adopción para los países miembros que la consideren en su sistema jurídico. Las autoridades se deben asegurar de que la adopción sea procedente de acuerdo a la situación jurídica del niño en relación a sus padres, parientes y representantes legales y, “cuando se requiera”, las personas interesadas deben haber dado su consentimiento a la adopción “con conocimiento de causa”. Dando continuidad a la Declaración de principios respecto a la adopción y la colocación en hogares de guarda, este instrumento considera la adopción internacional para los casos en los que los niños no

⁶⁹ Señalan, basándose en una investigación llevada a cabo en Argentina, que en ocasiones la intervención en las familias se ha convertido en una forma de “criminalización de la pobreza” ya que se separa a los niños de sus familias basándose en carencias socio-económicas. Son las familias de las zonas más pobres las que se someten a evaluación de lo que debe ser una familia y se interviene bajo la excusa de “dificultades en el vínculo madre hijo”. Sentencia que hace referencia a una noción construida –en el sentido foucaultiano– en base a saberes científicos, especialmente de la medicina y la psicología, que tienden a reificar una imagen naturalizada de la maternidad y de la infancia (Cioridia y Villalta, 2012)

puedan ser colocados en hogares de guarda o adoptivos y no puedan ser atendidos de manera adecuada en el país de origen.

Los requisitos mínimos para las adopciones internacionales están contenidos en la Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional, conocida como Convención de la Haya -29 de mayo de 1993. Ésta establece el marco jurídico que garantiza el respeto a los derechos fundamentales del niño(a) en las adopciones internacionales. (González, s.f., pp. 162-168; Convención de la Haya, 1993).

Establece la responsabilidad de los Estados sobre la determinación de la conveniencia de una adopción internacional, en nombre del interés superior del(a) niño(a). Así también se debe evaluar la capacidad de los potenciales padres adoptivos. La adopción, según la Convención, implica la ruptura del vínculo de filiación preexistente⁷⁰. No obstante, la información existente relativa a los orígenes del niño, como la identidad de sus padres, la historia médica de él y su familia se debe conservar y se permitirá al niño acceder a ella - con la asesoría pertinente- o a su representante, siempre que lo permita la legislación del Estado.

La protección de los niños ya no se refiere únicamente a proporcionarles un hogar, como sucedía en las etapas donde la adopción se concebía como un acto de beneficencia. Desde la DDN ya se entienden como sujetos de derechos y al Estado como garante. La familia es el ambiente natural donde deben desarrollarse, la mejor opción para su bienestar, en primer lugar la consanguínea, a la que se debe de apoyar para cumplir su función. Cuando el niño no tenga una familia o la pierda, se procurarán opciones de acogida permanente, en primer lugar nacional y después la internacional. Hasta que el niño sea declarado adoptable, entonces algunas personas, quienes hayan sido evaluados como idóneos, pueden adoptarlo, buscando siempre el interés superior del niño.

Esas convenciones han sido criticadas bajo el argumento de que sus principios siguen de manera irreflexiva las ideas contemporáneas euro-americanas sobre infancia y familia, y que, incluso, la máxima del “interés superior del niño” expresa valores occidentales (Ennew

⁷⁰ Si tiene ese efecto en el Estado donde se realiza ésta. De no ser así, siempre que el Estado de recepción sí considere la adopción de acuerdo a los principios de la Convención, puede ser convenida de esa manera (Convención de la Haya, 1993).

2002; Gailey 1999; Howell 2006a,b; Panter-Brick 2000; Stephens 1995; Yngvesson 2002) citado por Howell (2009, p. 157). Además, Howell (2003b, 2006b) citada por (Howell, 2009, p. 157) agrega que las convenciones internacionales que estipulan cómo llevar las adopciones internacionales, privilegian valores de los países receptores, esto se debe a un desbalance de poder entre países donantes y receptores.

Proteger a los niños contra la violencia

Desde la ciencia –como la psicología, sociología, derecho- se generan saberes que sustentan ciertas formas de *gubernaza reproductiva*, en donde también participan los discursos emanados de organismos internacionales para producir estándares de moralidad que determinan los comportamientos que serán entendidos como racionales o irracionales. A principios del siglo XXI se generaron estudios que tenían la finalidad de analizar la situación de la infancia a nivel internacional –algunos de éstos enfocados en las instituciones de acogida. Esos trabajos fueron realizados o coordinados por organismos internacionales. En ellos se hace hincapié en el derecho de los niños y niñas a ser criados por sus familias biológicas. Además se destaca el tipo de cuidados que la familia debe proporcionar, es decir, la crianza basada en el afecto y la estabilidad familiar.

Uno de esos estudios lo ordenó el secretario de la ONU (Kofi Annan) en 2003. El tema de dicho estudio fue la violencia contra los niños. El encargado de realizarlo fue un experto independiente (Paulo Sergio Pinheiro) quien trabajó junto con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio lo había solicitado la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, por recomendación del Comité de los Derechos del Niño –en su función de supervisar la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño. La recomendación derivaba de los debates sobre la violencia contra los niños en el seno de la familia y en la escuela (2001) y sobre los actos de violencia perpetrados por el Estado contra los niños (2000). (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos OACDH, s.f.)

El informe presenta un análisis sobre la violencia contra los niños en diferentes contextos y hace recomendaciones para prevenir y enfrentar el problema. Destaca el papel de la familia

en la protección de los niños: las “unidades familiares estables” son la principal fuente de seguridad y protección para los niños⁷¹. Retoma la definición de la CDN sobre la familia para subrayar que debido a su calidad de entorno natural para el desarrollo de sus miembros, especialmente de los niños, es la institución con mayor capacidad para protegerlos y proveer lo necesario para su seguridad tanto física como emocional. Sin embargo, puede ser también un espacio de violencia. El Estado como garante de los derechos de los(as) niños(as) debe intervenir en el ámbito de la familia con dos funciones, una de prevención y otra de restitución de derechos. No obstante, que la familia es un espacio privado, la “más privada de las esferas privadas”, los derechos de los niños están por encima de la privacidad de la familia. Señala que a partir de la familia se puede prevenir gran parte de la violencia contra los menores de edad y cuando sus derechos han sido violentados en su interior, la intervención debería enfocarse en revertir los problemas que ocasionan la violencia intrafamiliar y el abandono de los niños, procurando reintegrarlos, ya que la permanencia de los niños en sus familias debe ser prioritaria. (Secretario de Naciones Unidas, 2006, pp. 12-13)

Una de las prioridades de los Estados, señalada en el reporte, debe ser reducir el tiempo que permanecen los(as) niños(as) en instituciones como orfanatos, hogares para niños(as), centros de acogida, calabozos, cárceles, centros de detención de menores y reformatorios, ya que esto expone a los niños a sufrir abusos. Señala que de los 8 millones de niños que viven en centros de acogida, un porcentaje pequeño no tienen padres, los motivos principales de su permanencia son discapacidad, desintegración familiar, violencia en el hogar y por sus condiciones sociales y económicas (pp. 17-18)

Señala que los Estados han tomado medidas principalmente de tipo legislativo para resolver las cuestiones de la violencia contra los niños, sin embargo, estas medidas son de ámbito reducido y su aplicación sigue siendo problemática. Propone a los Estados que revisen sus legislaciones y elaboren estrategias de acción nacional para reducir el tiempo que los niños

⁷¹ De acuerdo a los debates de las Asambleas de la ONU abarca la violencia contra los niños en diferentes contextos: la familia, las escuelas, las instituciones alternativas de acogida y los centros de detención, los lugares donde trabajan los niños y las comunidades. No se ocupa de los niños en conflictos armados, ya que esta cuestión le compete al Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños en conflictos armados, sin embargo, examina asuntos relacionados, como la violencia contra los niños refugiados y otros niños desplazados (Secretario de Naciones Unidas, 2006, págs. 2-6).

permanecen en instituciones, y que den prioridad a la reintegración de los niños a sus familias en condiciones adecuadas. En todo caso, deberían de favorecer formas de atención basadas en la familia y para el caso de lactantes o niños muy pequeños debería ser la única opción (p. 32)⁷²

También la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013) realizó un estudio similar enfocado a la situación de los niños sin cuidados parentales en América. Los resultados también fueron similares. Por ese motivo, la CIDH urgió a los países a tomar medidas legislativas para regular el funcionamiento de las instituciones residenciales de acogimiento. Advierte sobre la permanencia prolongada de los niños en esas instituciones ya que generalmente se debe a que los países no cuentan con planes individualizados de reintegración familiar y comunitaria y, tampoco se apoya de manera adecuada a las familias para que fortalezcan sus capacidades y puedan cumplir con sus responsabilidades parentales. Recuerda que es obligación de los Estados instrumentar Sistemas Nacionales de Promoción y Protección de Derechos del(a) Niño(a) que garanticen el derecho de los(as) niños(as) a ser criados en su ámbito familiar y comunitario y, también deben atender adecuadamente a los niños que no cuentan con sus familias o que están en riesgo de perderlas.

El informe señala tres problemas principales: 1. No es posible conocer el número de niñas y niños que se encuentran en cuidado alternativo en un centro o institución y cómo son atendidos. Sin embargo, de acuerdo con la información disponible, muchos niños están institucionalizados innecesariamente. Es importante que los sistemas se enfoquen en el fortalecimiento de las capacidades de las familias para criar a sus hijos y prevenir y detectar oportunamente situaciones de violencia, abuso y negligencia. 2. No existe una regulación adecuada del funcionamiento de los centros e instituciones que acogen a las niñas y los niños. 3. La estructura de funcionamiento de esas instituciones no permite dar una atención

⁷² Con el fin de orientar a los gobiernos sobre el cumplimiento de las obligaciones contraídas mediante la CDN, respecto a los niños que carecen de cuidados paternos y maternos, se elaboraron las Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños. (ONU, 2010).

personalizada y de calidad a las niñas y los niños y los expone a otras vulneraciones graves a sus derechos⁷³.

En las declaraciones y los acuerdos internacionales se observa una tendencia a destacar el papel de la familia en la sociedad como formadora, protectora, fuente de afecto para los niños y las niñas y grupo fundamental de la sociedad. Los niños se conciben como sujetos de derechos y de protección y los Estados se constituyen como garantes de dichos derechos, especialmente en los caso de niños que carecen de familia. La colocación de esos niños en un ambiente adecuado significa en primer lugar, buscarlo en su familia extensa, en segundo en una familia adoptiva o de guarda y si no se es posible, entonces se considerará la adopción internacional. Para garantizar su seguridad en una nueva familia, quienes deseen adoptar tendrán que someterse a evaluaciones para demostrar su aptitud. El bienestar de los niños es el principal objetivo de la adopción. Los centros de acogimiento deberían ser utilizados solamente como un recurso temporal y deben estar regulados y coordinados por autoridades gubernamentales.

El llamado de la Convención de la Haya a resguardar y tener disponibles los datos de la familia biológica para los niños, responde a la importancia que guarda en la sociedad (occidental) el origen biológico. Como señala Howell está cobrando auge el argumento de que es un derecho humano conocer los orígenes biológicos. Esto hace pensar la identidad personal vinculada o derivada de la identidad biológica. (Howell, 2009, p. 157)

La adopción en México

En este apartado veremos la configuración de la adopción a la luz de tendencias externas y su influencia en México.

⁷³ Otro informe que también analiza la situación en América Latina y el Caribe lo realizó el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, también en 2013, *La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. Coincide con este informe al señalar que lejos de que las instituciones residenciales sean un recurso excepcional, una gran cantidad de niños se quedan de manera permanente. También subraya la dificultad para conocer con exactitud el número de niños en esa situación por la falta de registros de datos. Sugiere que una cifra aproximada sería de 240,000

La adopción como sucesión y el control de expósitos

Durante la colonia, y hasta la promulgación del Código Civil de 1870, se siguió la reglamentación española, de influencia romana que se basaba en el Fuero Real, las Partidas y la Novísima Recopilación. Aunque los fines de la adopción eran eminentemente sucesorios, también daba lugar a la constitución de relaciones de parentesco. Estaba regulada de forma estricta. La tutela de los niños sin familia estaba a cargo del rey, su otorgamiento era necesario para poder adoptarlos y solamente se podía adoptar niños(as) de entre siete y catorce años. Los menores de siete años no podían ser adoptados ya que se consideraba que no tenían capacidad para dar su consentimiento. Una mujer solamente podía adoptar para reponer un hijo perdido en batalla, al servicio del rey, o si hubiera sido miembro de algún consejo. En este caso, también se requería el otorgamiento del rey pues se trataba de un procedimiento considerado riesgoso. Esta modalidad, llamada *arrogatio*, no era revocable a menos que existiera una causa justa. (Brena, 2005, pp. 11-12; Cárdenas, 2010, pp. 2-3)

Otra forma de la adopción era el prohijamiento, destinado a quienes estaban bajo la potestad de un padre. El prohijamiento requería el consentimiento de la persona a quien se adoptaría y de su padre. En estos casos el padre no perdía la patria potestad. Quienes podían adoptar eran generalmente los hombres. Un hombre libre de patria potestad, 18 años mayor que la persona que adoptaría y en plenitud física para engendrar. Las mujeres podían adoptar solamente en el caso señalado arriba. Los tutores no podían adoptar a sus pupilos, a menos que ya hubieran cumplido éstos los veinticinco años. (Brena, 2005, pp. 11-12)

Aunque las adopciones se realizaban de acuerdo con interés del prohijador, el representante del rey tenía la responsabilidad de asegurar que se cumplieran algunas condiciones: las buenas intenciones del prohijador, que el prohijamiento beneficiara al prohijado y que sus bienes no se menoscabaran. Al final había un equilibrio entre derechos y obligaciones para el prohijador y el prohijado. Ambas formas de prohijamiento podían terminar, sólo que la arrogación debía responder a una causa justa y requería un procedimiento específico. Ambas producían impedimentos matrimoniales. (Brena, 2005, p. 13)

No era un objetivo del prohijamiento proteger a los niños huérfanos, aunque éstos sí se podían prohijar, mediante el otorgamiento del rey, como se mencionó arriba. La situación de los expósitos estaba contenida en La Novísima Recopilación. Se regulaba de forma estricta centrándose en evitar la vagancia, procurando la protección de la sociedad respecto de esos niños a quienes se les internaba en hospicios. Se entregaban a personas que los mantuvieran y les garantizaran una educación y enseñanza adecuadas, pero terminaban convertidos en servicio doméstico gratuito. En realidad los niños sin familia no importaban, lo que importaba eran los orígenes de los niños, incluso los castigos injustos se eliminaron solamente para no correr el riesgo de castigar a un niño de origen ilustre⁷⁴. (Brena, 2005)

Adopción como beneficencia

Aunque la adopción figuró en la primera Ley Orgánica del Registro del Estado Civil de 1857 y se mantuvo en las Leyes de Reforma de 1859. Desde 1870 hasta 1917 la adopción se consideró un acto de beneficencia que no era necesario legislar⁷⁵ ya que no formaba parte de las costumbres y tampoco convenía al adoptante adquirir compromisos con el adoptado⁷⁶. Además, los vínculos resultantes se veían como relaciones artificiales que no podían sustituir a la naturaleza. También existía la idea de que la adopción podía representar problemas y peligros para las familias. (Brena, 2005, p. 16-18; Cárdenas, 2010, 3-4)

De forma muy restringida y con fines principalmente sucesorios apareció de nuevo la adopción a nivel federal en la Ley de Relaciones Familiares de 1917. Ésta se inspiró en el Código Civil Español, que a su vez, en ese momento, se basaba en el Código de Napoleón (Cárdenas, 2010; Baqueiro, 1970, p. 43; Brena, 2005, pp. 19-22). Brena señala que

⁷⁴ Los expósitos representaban una población que había que controlar y no poseían los mismos derechos que las demás personas. Hasta 1794, por decreto real de Carlos IV, se les otorgó una situación civil semejante a la de cualquier persona. De acuerdo a su nueva situación, los castigos que se les impusieran en adelante serían iguales a los que corresponderían a personas privilegiadas por delitos iguales, previendo que el expósito resultara ser de familia ilustre. Estos niños podían ser reclamados, mediante un cotejo de datos, por los padres que los habían abandonado, siempre que pagaran los gastos que habían generado los niños. (Brena, 2005, pp. 14-16)

⁷⁵ En 1871 el Código Civil de Oaxaca consideraba la adopción y la arrogación (Cárdenas Miranda, 2010, pág. 4)

⁷⁶ “... puede un hombre recibir grandes consuelos de aquel a quién beneficia, sin necesidad de contraer obligaciones, que tal vez le pesen después, ni de dar derechos que acaso le perjudiquen.” (Brena Sesma, 2005, pág. 17)

siguiendo al Código de Napoleón, la ley se centró más en la libertad de contratación que en la protección de los menores, aunque establecía que la adopción debía ser benéfica para el adoptado. Al contrario de la legislación colonial, donde al adoptado se le reconocía como hijo legítimo, en ésta la relación se establecía únicamente entre adoptante y adoptado, sin generar parentesco. El adoptado mantenía el vínculo con su familia de origen y el derecho a heredar, se conservaba también la obligación de alimento recíproco. También podía heredar al adoptante pero el adoptante no podía heredar al adoptado. Y podía ser revocada mediante abrogación por convenio de las partes involucradas en la adopción.

Se puede apreciar, a partir de las normas, la importancia del parentesco consanguíneo. Se protegía en primer lugar a los hijos legítimos. Aunque no podían adoptar personas que ya tuvieran descendientes, favorecía la legitimación de hijos extramaritales de los hombres. Sugiere Brena que con este objetivo se planeó la prohibición a las mujeres para adoptar si su cónyuge no lo permitía, ya que no era bien visto que las mujeres tuvieran hijos fuera del matrimonio. En cambio, los hombres sí podían hacerlo con la condición de no llevar al adoptado al hogar conyugal. También podían adoptar solteros y solteras. Para que la adopción se llevara a cabo debían consentir el padre que ejercía la patria potestad; la madre cuando no hubiera otra persona que ejerciera la patria potestad; el tutor, si se encontraba bajo tutela; el juez o el gobernador del lugar si el menor no tenía padres conocidos ni tutor; y el menor, si ya hubiera cumplido doce años. (2005)

Esa ley fue abrogada por el Código Civil de 1928, aunque la adopción permaneció como estaba desde 1917, con escasas adiciones tomadas de la ley francesa de 1923. El Código Civil se volvió a modificar en 1938 sin cambios significativos. (Brena, 2005, pp. 19-22; Baqueiro, 1970, pp. 43-44; Cárdenas, 2012, pp. 3-4)

El Código Civil de 1928 solamente constituía una referencia para los códigos estatales, ya que la legislación en materia de personas corresponde a los estados, pues el artículo 73 constitucional no asigna esa facultad al Congreso. Aunque en principio se siguió la propuesta federal, con el paso del tiempo las legislaciones locales fueron configurándose de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada estado. Por lo que existen 32 códigos locales y uno federal, que aplica en casos específicos. (Brena, 2005, p. 2)

En México, igual que en otros lugares del mundo, se empezaron a instrumentar medidas para proteger a la niñez y a la familia. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Junto con la Subsecretaría de Asistencia Pública atendían grupos sociales vulnerables. Los primeros organismos públicos creados para atender a la niñez fueron el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). El primero se fundó en 1961 con el objetivo de suministrar desayunos escolares y prestar otros servicios asistenciales; el segundo surgió en 1968 con el fin primordial de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y la explotación de los menores. (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SNDIF, 30 de agosto de 2011; Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF del Estado de Baja California Sur, s.f.)

En 1970 se volvió a modificar el Código Civil avanzando un poco hacia la integración del adoptado en la familia del adoptante. Se agregó la posibilidad –aunque sólo como una opción- de que el adoptante diera nombre y apellidos al adoptado. También se eliminó el requisito de no tener descendencia para poder adoptar y la edad mínima quedó en 25 años. Para las parejas casadas era suficiente que uno de los cónyuges cumpliera el requisito de la edad, siempre y cuando se respetara la diferencia de 17 años entre adoptante y adoptado. Para determinar la adoptabilidad de un niño por abandono, se estableció un plazo mínimo de seis meses de ausencia de los padres. Mientras, se podía decretar el depósito del menor con el presunto adoptante. Quien hubiera acogido al menor durante un mínimo de 6 meses tenía derecho a ser oído en el juicio de adopción. (Brena, 2005, p. 22; Baqueiro, 1970, pp. 43-44)

Según Baqueiro, en 1970 la adopción ya se había convertido en una necesidad social. Señala que la legislación no respondía a lo que la “realidad estaba exigiendo”. Pues al no incorporar la modalidad de adopción plena o legitimación adoptiva se quedó atrás respecto a la tendencia de otras legislaciones que ya incorporaban la adopción plena. Y rezagada también respecto a las necesidades de la sociedad mexicana, ya que quienes adoptaban deseaban incorporar totalmente al adoptado a su familia y romper los vínculos con la familia de sangre. Lo que ocasionaba que se recurriera a “un sistema de fraude a la ley”: registrar como hijo del matrimonio al adoptado. Práctica que ponía en riesgo de chantaje y

extorsión a los adoptantes. Baqueiro proponía que se incluyera el régimen de “pequeña adopción” para aquellas personas que sólo desearan realizar un acto de beneficencia sin crear lazos de parentesco ni obligaciones de carácter permanente. (Baqueiro, 1970, pp. 44-45)

Un ejemplo de este reclamo social lo representa VIFAC. En 1985 se creó VIFAC, una asociación civil que tiene como objetivo apoyar a mujeres embarazadas y sin medios para subsistir durante el embarazo. El apoyo que ofrece la institución puede derivar en la colocación del bebé en una familia adoptiva. La subdirectora de la institución explica que, en ese tiempo, la fundadora: Marilu Mariscal, tenía dos asuntos por resolver, uno era buscar un lugar para albergar a las mujeres y, al mismo tiempo, conseguir seguridad legislativa para las adopciones.

Entonces en México no existía una figura estable o segura para quienes decidían adoptar. México sólo consideraba la adopción simple. Eso no era atractivo ni para quienes querían adoptar, ni para quienes entregaban en adopción. Las adopciones que había en ese entonces, si eran legales, no eran en México, porque a la gente no le gustaba tener un acta de adopción donde vinieran los datos de la familia de origen, y que fuera revocable. Entonces, o buscaban una adopción internacional que tenía otras garantías, con legislaciones mucho más avanzadas, u, optaban por una adopción de hecho, una adopción ilegal: registrarla con su nombre (M. Viniegra, comunicación personal, 6 de junio de 2017).

En el Estado de México encontró autoridades dispuestas a realizar modificaciones a la ley en ese sentido. Ese fue el motivo por el que VIFAC se instaló en ese estado, en Ciudad Satélite. Entre 1984 y 1987 se hicieron los ajustes necesarios para incluir la adopción plena. Viniegra señala que VIFAC ha impulsado la adopción plena casi en todos los estados del país.

Como se pudo observar, por lo menos en parte de la sociedad mexicana, las expectativas sobre las adopciones estaban cambiando, las personas que adoptaban deseaban incluir a los(as) niños(as) en su familia y contar con la seguridad de la irrevocabilidad del vínculo. Pero sobre todo, no querían actas de nacimiento que incluyeran los datos de la familia de origen y que distinguieran a sus hijos(as) y a ellos(as) como madres y padres adoptivos. La

adopción ya no se concebía como un acto de beneficencia o de fines sucesorios solamente, sino una alternativa para formar una familia.

Por otro lado, las instituciones públicas de protección y asistencia habían ido transformándose adquiriendo mayores responsabilidades. En 1976 el INPI se había transformado en Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y se había creado la Procuraduría de la Defensa del Menor, por medio de la cual el Instituto proporcionaba asistencia jurídica a los menores y a las familias. Un año después, mediante decreto, se habían unido el IMPI y el IMAN en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF o DIF). Este organismo se encargaba de coordinar los programas gubernamentales y las acciones dirigidas al bienestar de las familias mexicanas. Respecto a las entidades federativas, su función se limitaba a recomendar a las autoridades competentes la instrumentación de instituciones locales que prestaran servicios similares y compatibles con el SNDIF. En 1982 se habían agregado al organismo los servicios de asistencia social y rehabilitación. (Decreto de 1976; Decreto de 1977; SNDIF, 30 de agosto de 2011; DIF del Estado de Baja California Sur, s.f.)

Los derechos de la infancia

No fue sino hasta 1998, mediante adiciones al Código Civil, por el Distrito Federal en materia común, y para toda la República en materia federal, que se incluyó la modalidad de adopción plena⁷⁷ – que ya se consideraba en los estados de Quintana Roo y el Estado de México desde 1980 y 1987 respectivamente (Cárdenas, 2010:3-4). También se agregó el

⁷⁷ La adopción plena en el acta de nacimiento:

Artículo 86. El acta de adopción simple contendrá los nombres, apellidos y domicilio del adoptante y del adoptado; el nombre y demás generales de las personas cuyo consentimiento hubiere sido necesario para la adopción, y los nombres, apellidos y domicilio de las personas que intervengan como testigos. En el acta se insertarán los datos esenciales de la resolución judicial.

En los casos de adopción plena, se levantará un acta como si fuera de nacimiento, en los mismos términos que la que se expide para los hijos consanguíneos, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo siguiente.

Artículo 87. Extendida el acta de la adopción simple, se harán las anotaciones que correspondan al acta de nacimiento del adoptado, y se archivará la copia de las diligencias relativas, poniéndole el mismo número del acta de adopción.

En el caso de adopción plena, a partir del levantamiento del acta a que se refiere el segundo párrafo del artículo anterior, se harán las anotaciones en el acta de nacimiento originaria, la cual quedará reservada. No se publicará ni se expedirá constancia alguna que revele el origen del adoptado ni su condición de tal, salvo providencia dictada en juicio (Código Civil, 1998)

concepto del “interés superior del niño” y la opción de las adopciones internacionales. La modificación respondía a los compromisos internacionales adquiridos con la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificado en 1990, y el Convenio de la Haya, en 1994. (Diario Oficial de la Federación DOF 28 de mayo de 1998)

Señalan Ciorda y Villalta que la adopción plena implica una forma de imitar el modelo de reproducción basado en el proceso biológico de la procreación. Desde esta perspectiva, la filiación se entiende como un hecho de la naturaleza asociado a la consanguinidad. Corresponde también al principio de exclusividad: sólo puede haber un padre y una madre. La adopción plena concuerda con esta concepción sobre las relaciones de parentesco, privilegiando el papel de los adoptantes sobre los progenitores, quienes desaparecen de la existencia de los hijos (2012, p. 439). De acuerdo con Baqueiro (1970), en 1970 la sociedad mexicana ya estaba pidiendo este tipo de adopción. Esto responde a la necesidad de los adoptantes de constituirse como padres/madres, y también de proteger a los hijos en una sociedad que entiende así el parentesco.

Sin embargo, los cambios en la legislación no garantizaban los derechos de los(as) niños(as) de acuerdo al compromiso que suponía la firma del convenio (CDN), en especial los niños privados de familia. En primer lugar, no se destinaban recursos suficientes para el funcionamiento adecuado del DIF, lo que derivaba en un desempeño deficiente debido a la sobrecarga de trabajo de la institución. Por otro lado, su organización centralizada favorecía la discrecionalidad en sus decisiones, aunado a la filosofía mediante la cual actuaba: la doctrina de la “situación irregular”⁷⁸, desde la cual se justificaban situaciones arbitrarias. Esto demostraba, que faltaban acciones que realmente garantizaran a los niños el reconocimiento y protección de sus derechos (Red por los Derechos de la Infancia en México REDIM, 2012, p. 14). Otro tema relevante era la violencia contra los niños, ejercida tanto por la policía y fuerzas armadas como por la familia y sociedad en general.

⁷⁸ Según este enfoque “los ‘menores’ cuyos derechos han sido vulnerados se encuentran en situación irregular, lo que autoriza al Estado a intervenir. Esta intervención venía caracterizada por una discrecionalidad absoluta, donde las instancias gubernamentales encargadas de la atención de la niñez, conforme a una evaluación propia de su situación, podían separarlo de su familia y brindarle de manera aislada la atención que la misma no podía darle, como salud, educación, etc. En este sistema, las facultades de las diversas instituciones se concentraban en una, incluso invadiéndose atribuciones del poder judicial y del ministerio público”. (REDIM, 2014, p. 16)

(Comité de los Derechos del Niño, 7 de febrero de 1994; 9 de diciembre de 1999; 10 de noviembre de 1999; 15 de febrero de 2006; 8 de junio de 2006)

Por otro lado, el Estado no contaba con sistemas de recolección de información sobre la niñez y sobre los centros de acogida, así como otras formas de cuidado alternativo, tanto públicos como privados, con la cual pudiera tomar decisiones y generar políticas y programas en beneficio de los niños. Tampoco existía una reglamentación, coordinación y supervisión sobre esos centros. No era posible conocer cuántos centros existían, las condiciones en las que funcionaban y la situación de los niños que vivían en ellos y el trato que recibían. No se conocía tampoco la cantidad de niños sin familia⁷⁹, cuantos requerían protección especial y cuantos vivían en instituciones, ni el número de adopciones tanto internacionales como nacionales. Esto impedía que se pudieran garantizar su bienestar y desarrollo adecuado. Además, exponía a los niños a serios riesgos de vivir abusos y negligencia (el informe de 2015 del Comité señala los ejemplos de “Casitas del Sur” y “La Gran Familia”). (Comité de los Derechos del Niño, 9 de diciembre de 1999; 10 de noviembre de 1999; 15 de febrero de 2006; 8 de junio de 2006; CIDH, citado por REDIM, 2014, P. 33; REDIM, 2014, pp. 20-26)

Después de 10 años de la adhesión al Convenio y gracias a las observaciones del Comité y el reclamo de la sociedad civil organizada, en el año 2000 se incluyó en el artículo 4º Constitucional la frase “derechos de la niñez” y se aprobó la Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (LPDNNNA) donde se plasmaban los derechos de la infancia y la adolescencia así como sus implicaciones a nivel legislativo e institucional. Esta ley marcaba el modelo a seguir para las legislaciones estatales que se fueron aprobando sucesivamente, siguiendo en alguna medida el esquema federal. Sin embargo, las leyes locales necesitaban la reforma de códigos y procedimientos, incluyendo la legislación relativa al DIF que en la mayoría de los casos siguió reproduciendo el sistema tutelar y asistencialista. REDIM afirma que esa Ley no logró permear en el resto de la legislación ni en las políticas públicas. (2014, pp. 15-16)

⁷⁹ Según datos de INEGI, en 2013 hubo 188,487 niños y niñas en hogares sin cuidado parental. (REDIM, 2014, p. 33)

Para poder armonizar las leyes federales con las estatales se modificó el artículo 73 constitucional en 2011, facultando al Congreso para legislar sobre la concurrencia de los tres niveles de gobierno en materia de infancia. Además, mediante la reforma a este artículo y al 4º, el Estado se compromete a diseñar y ejecutar políticas públicas que aseguren que el interés superior de la niñez prevalecerá en la toma de decisiones (Comité por los Derechos del Niño, 25 de julio de 2014). La reforma del artículo 73 permitió que se elaborara una Ley General aplicable a nivel federal con la capacidad para regular la articulación de un “verdadero sistema de garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia”. (REDIM, 2014, p. 17)

En el año 2013 la modalidad de adopciones simple se eliminó del Código Civil Federal. Sin embargo, las medidas no han sido suficientes y todavía el gobierno mexicano recibió varias recomendaciones del Comité antes y después de emitir la Ley General de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 2014. En 2015, después de la revisión de dicha ley, el Comité criticó la falta de políticas para ayudar a las familias a cumplir con sus responsabilidades parentales, y el predominio de la institucionalización sobre el acogimiento. También señaló que la práctica de adopciones privadas debe prohibirse porque puede generar ganancias financieras y venta de niños para adopción. (Comité de los Derechos de los 8 de junio de 2015)

El SNDIF siguió transformándose, en el nuevo esquema se incorporó una Procuraduría Federal para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. México cuenta actualmente con un Sistema DIF nacional que se coordina con los estatales y una procuraduría federal, ya que se homologaron los códigos estatales con la ley federal –por medio de decreto-. También se decretó la elaboración de un registro de las instituciones de acogimiento y de los requisitos que éstos deben cumplir⁸⁰. Además, varios estados tienen Procuradurías que, en coordinación con los DIF estatales o subordinadas a éstos, se encargan de los asuntos jurídicos que tienen que ver con los(as) niños(as).

⁸⁰ En 2015 se creó la Procuraduría de Niñas Niños y Adolescentes para actuar a nivel federal en favor de la protección de menores cuyos derechos hubieran sido vulnerados y establecer lineamientos de supervisión de centros de atención, albergues, hospicios y casas cunas (Talla Política. 20 de marzo de 2015. PROCURADURÍA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Recuperado de <http://www.tallapolitica.com.mx/procuraduria-de-ninos-ninas-y-adolescentes/>)

En los apartados anteriores se establecen las ideas dominantes respecto a la familia, las relaciones de parentesco, la crianza y la adopción a nivel internacional y cómo se han llevado a las leyes mexicanas. Podemos observar que las tendencias internacionales, en especial las plasmadas en declaraciones y convenios, se reflejan en las leyes mexicanas. Aunque algunas tardan más que otras en llegar a la legislación y a veces los cambios en la legislación han respondido a reclamos sociales. Además, gracias a la firma de convenios, el gobierno mexicano está sujeto a vigilancia sobre las acciones en relación a las políticas públicas dirigidas a la familia y los niños. En el siguiente apartado se expone la forma en que esas ideas se expresan en las políticas locales y en las prácticas discursivas de actores institucionales.

La adopción en Chihuahua

En este apartado se muestra el contexto de la adopción en Chihuahua desde los años noventa hasta la fecha, ya que es el periodo histórico que enmarca las acciones de mis sujetos de estudio. La información en este apartado procede de una revisión breve de los cambios en las leyes, de algunas declaraciones publicadas en internet en relación a la adopción, de las entrevistas a dos ex-procuradores de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia⁸¹ de los periodos 1992-1998 y 1998-2004: la licenciado Lourdes Carabeo Ocadiz en el primer periodo y el maestro Vicente Vivó Prieto en el segundo; un abogado especialista en adopciones a quien se identificará como Abogado, la directora de VIFAC Juárez, Blanca Amezaga, la Coordinadora del Centro Familiar para la Integración y Crecimiento A. C. CEFIC, Silvia Aguirre; una voluntaria de VIFAC Chihuahua que participa impartiendo talleres y entrevistando a solicitantes de adopción, Verónica Torres. Y una psicóloga que formó parte del Comité de Evaluación de Solicitantes de Adopción durante la administración de Carabeo, a quien se identificará como Psicóloga.

La estructura de la adopción

A principios de los años noventa las adopciones en Chihuahua estaban reguladas por el Código Civil del Estado de Chihuahua (1974), el Código de Procedimientos Civiles (1974) y el Código para la protección y la Defensa del Menor (1994). La institución encargada de

⁸¹ Cuando se haga referencia a la Procuraduría, en este apartado, se entenderá la Procuraduría de defensa o protección de menores, ya que ha tenido diferentes nombres a lo largo del tiempo.

los asuntos que tenían que ver con la familia y la infancia era, y sigue siendo, el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF que se auxiliaba de la Procuraduría de la Defensa del Menor. El DIF estaba representado en los municipios y la Procuraduría sólo en ciertos municipios pero se iba extendiendo a otros. (L. Caraveo, Comunicación personal, 28 de septiembre de 2016; V. Vivó, Comunicación personal, 12 de diciembre de 2016)

El DIF daba albergue a niños y niñas de 0 a 6 años en “La Casa Cuna”, en la ciudad de Chihuahua. Por lo general alojaba entre setenta y cien niños y niñas. Los(as) niños(as) mayores a 6 años estaban en centros administrados por asociaciones civiles. De acuerdo con Caraveo, había alrededor de 10 albergues en 1992. Esos centros recibían servicios de las áreas de psicología, trabajo social y jurídico del DIF. Éste no contaba con la infraestructura necesaria para atender a todos los niños que necesitaban hogar de manera temporal o permanente y tampoco tenía la capacidad para supervisar adecuadamente esos centros. Eso provocaba, entre otras cosas, que algunos procesos administrativos relacionados con la adopción se estancaran, como, por ejemplo, los procedimientos para retirar la patria potestad.

Otra de las situaciones que surge en los albergues, ya no en la Casa Cuna, es que los directores, o dueños, o los que manejan los albergues se llegan a encariñar con los niños [...] Sabíamos toda la historia, pero si ellos no nos dicen, sí va la mamá o no va la mamá cada ocho días o cada quince o cada mes, o le escribe al niño, o le habla por teléfono, pues era muy difícil para nosotros estar al pendiente de esas cosas. Ahí lo tiene que reportar el director del albergue o la directora. (Lourdes Caraveo, comunicación personal, 28 de septiembre de 2016)

Una de las actividades que consumían mucho esfuerzo y recursos del DIF era la investigación, registro y corrección de datos de identidad de los niños. Pero un tema central de su labor, durante la gestión de Caraveo, fue el maltrato infantil. Asegura que las denuncias aumentaron en un 60 o 70% gracias a la confianza que generó en la población la respuesta del DIF y el anonimato de las denuncias. Incluso se llegaron a cerrar albergues por denuncias de abusos. Esa labor del DIF enfrentó críticas en medios de comunicación y desde la recién creada –en 1990- Comisión Estatal de Derechos Humanos CEDH de Chihuahua (Caraveo, 2016). En esos casos, los funcionarios de CEDH respaldaban los derechos de los familiares de los(as) niños(as), generalmente la madre. Al DIF le tocaba

oponer la protección de los(as) niños(as). Las personas recurrían también a sacerdotes de la iglesia católica para que intercedieran por ellos ante la Procuraduría y el DIF. El siguiente es un ejemplo de una discusión por un caso en el que intervino la CEDH:

... pues ya cuando vieron que no iban a sacar nada de mí, me decía el señor de Derechos Humanos: ¡ya me habían dicho que era usted una Margaret Thatcher! [se ríe]. Y que iba a batallar con usted... Sí, le dije, fíjese que sí. Pero ¡tenga usted piedad de esa pobre madre que se muere por su hijo! [...] un maltrato de esos y querían que le soltara otra vez el niño a las fieras. No se vale ¿verdad?

Cuando se llegaba a separar a un menor de su familia, podía regresar una vez que se hubiera corregido el problema, o, si se determinaba que por su bienestar era mejor no regresarlo, se procedía con el juicio de pérdida de patria potestad y el menor quedaba en posibilidades de ser adoptado. La adopción es la continuación esperada de este proceso en el que se pretende proteger a la infancia vulnerada. Para garantizar la selección adecuada de padres y madres adoptivos, se instrumentó un Consejo de Adopciones integrado por: un sacerdote, un psicólogo, un psiquiatra, una maestra, una juez, la Procuradora, la presidenta del DIF y la directora de Casa Cuna

Era muy importante para nosotros que estuviera ahí, ella, nadie más que ella sabía de la problemática que tenían los niños. Yo me enteraba legalmente, porque los entregaban y ella era la que los cuidaba, era en realidad la mamá de los niños (Caraveo, 2016).

El proceso de selección es un espacio privilegiado para comprender los valores asociados a la familia, a la paternidad y la maternidad, esto se verá más adelante.

Un evento importante para las adopciones en Chihuahua, a cuya realización contribuyó de manera relevante Vicente Vivó, ocurrió en 1999, cuando se incluyó en la legislación la figura jurídica de adopción plena. Su narración ilustra sobre las ideas predominantes en torno a la adopción y cómo él respaldó su proyecto en convenios internacionales -suscritos por el gobierno mexicano- y el discurso de los derechos humanos. La situación de la adopción de ese periodo gubernamental (1998-2004) y el anterior (1992-1998) sirve para ver, a través de la comparación con la situación actual, la transformaron de las ideas y cómo las mismas convenciones internacionales y las mismas políticas nacionales pueden utilizarse para sustentar proyectos opuestos.

Cuando Vivó asumió el cargo de Procurador, en 1998, la legislación en Chihuahua aun no consideraba la figura de adopción plena. La adopción incluso seguía siendo revocable. Él señala dos problemas manifiestos en esa situación: la legislación en la materia aún no había trascendido la herencia del derecho romano antiguo y en segundo lugar, Chihuahua estaba incumpliendo una obligación contraída con la firma de tratados internacionales, por medio de los cuales los Estados se comprometieron a privilegiar en sus políticas el interés superior del niño. De acuerdo con este principio, advierte, el formato más adecuado de adopción, el que ofrece más garantías a los(as) niños(as), es la adopción plena. Mediante esta modalidad de la adopción los adoptados son considerados como “hijos de sangre”: la adopción no se podía revocar y el(a) adoptado(a) tendría los mismos derechos y obligaciones que los hijos “naturales”. Otros estados del país ya habían modificado sus leyes y él había participado como asesor del proceso de cambio en dos de ellos. (Vivó, 2016)

Con el objetivo de cambiar la situación y contando con el apoyo de la presidenta del DIF, Patricia Aguirre, el Procurador convocó a un grupo de diputados y diputadas de los partidos políticos PRI (Partido Revolucionario Institucional) y PAN (Partido Acción Nacional), a un magistrado y al secretario general de gobierno. Durante una “cena de sándwiches” les explicó la situación actual y las características de la adopción plena. Para hacer más contundente su discurso, los invitó a visitar la Casa Cuna al día siguiente. De esta manera, ellos pudieron constatar y reflexionar sobre

el problema social que eso representaba. Porque ¿cómo es posible que los niños se críen en los albergues y en las casas cuna? Y que las leyes sean tan obsoletas y tan contradictorias que no logran cumplir uno de los principios de la CDN, que es que el Estado debe procurar el interés superior del niño en todas sus políticas públicas. Evidentemente no se cumplía el interés superior del niño, porque no hay interés superior del niño más importante que tener el amor, el cuidado, la representación legal de un padre y una madre, de una familia.

Reconoce que su estrategia fue “ruda”, pero dio resultado y siguió recurriendo a ella durante su gestión. Consiguió que sus invitados se comprometieran con el objetivo de “hacer conciencia en la sociedad” y modificar la legislación. A partir de entonces se realizaron foros sobre el tema y en 1999 se modificó el Código Civil del Estado y el de

Procedimientos Civiles para agregar la adopción plena. Aunque esa reforma mantuvo también la adopción simple. (Vivó, 2016; Decreto No. 416-99 I P.O., 1999)

Tanto Caraveo como Vivó aseguran que durante sus administraciones aumentó el número de adopciones. Vivó señala, incluso, que en su gestión, el DIF de Chihuahua realizaba el mayor número de adopciones internacionales en el país. Además, la suma de ambos tipos de adopción, nacionales e internacionales, estaba por encima de las que se realizaban en otros estados –en Chihuahua se efectuaban alrededor de 150 adopciones anuales. Su estrategia se basó en dos objetivos principales, uno fue quitarle complejidad a los procesos administrativos para que, por un lado, los niños se integraran lo más rápido posible a una familia, y además, los potenciales padres y madres no se desalentaran y recurrieran a lo que Baqueiro llama “fraude a la ley”. El segundo objetivo consistía en combatir el temor de las personas a la adopción. La idea de que un hijo(a) adoptivo(a) “te iba a matar a cuchilladas, o iba a ser adicto o que iba a ser ingrato” estaba muy extendida en la sociedad. Él llamaba a esta tendencia “la cultura de la adopción de las películas norteamericanas”. Esas formas de pensar la adopción debían transformarse en una “cultura basada en el interés superior del niño”. La transformación incluía no solamente a la sociedad civil sino a las autoridades.

Era un problema cultural grandísimo [...] ni la autoridad los daba para adopción, ni los jueces la concedían, y la gente que quería adoptar tenía mucho temor. Entonces ¿qué hacía la gente en aquel entonces? Una persona que quería adoptar un niño normalmente tenía la cultura de que quería un niño porque ellos no tuvieron hijos, no porque tuvieran la mentalidad de que: este niño no tiene papás y también nosotros no tenemos hijos. Pero no tenían en cuenta que lo primero era el niño. Tenían en cuenta primero que querían satisfacer la necesidad natural y entendible de querer ser padres. Tuvimos que hacer foros, trabajos, libros [...] cursos, seminarios [...]

Entonces era complejísimo. Hicimos una tarea titánica de hablar con los jueces, modificar la ley, cambiarles el chip a ellos, cambiárselo a las autoridades administrativas, llámese DIF, llámese Ministerio Público, que tenían que dar su consentimiento y también teníamos que cambiar la cultura de los papás que querían adoptar.

Como antes lo hizo Caraveo, se instrumentó un programa de capacitación para padres y madres adoptivos(as). Vivó se apoyó en ejemplos de proyectos extranjeros: España, Argentina, Chile, Estados Unidos, Alemania e Italia. Considera que para ejercer la

paternidad y maternidad por adopción era necesaria una formación especial, aunque también los padres biológicos harían bien en capacitarse. Varias de las personas entrevistadas reconocen que esta administración representa “el momento más avanzado” de la adopción en Chihuahua

El momento más avanzado fue en la época en que Vicente Vivó era Procurador [...] llevó la adopción en Chihuahua un poquito más allá del 50% de la adopción nacional [...] Se revolucionó en materia de trámites, de agilizar procedimientos... Fue otra cosa el DIF en ese momento. [...] Luego tuvo seguimiento durante el siguiente el sexenio, que fue el del licenciado Baeza (Abogado, Comunicación personal, 23 de noviembre de 2016)

Por otro lado, el asunto del presupuesto no había cambiado

... no logramos que el gobierno, el Estado, a través de una ley, del Congreso, a través de un decreto o lo que fuera, nos diera un presupuesto para tener dinero, para poder tener trabajadores sociales, abogados. O sea, el DIF sí tiene su propio presupuesto pero no es suficiente, necesita más recursos. Fue un pendiente [de nuestra gestión] y creo que no se ha logrado, porque se requiere el doble o el triple de estructura. Por eso hay tantas casas que tienen a niños [...] porque el Estado no tiene infraestructura para tenerlos. Si el Estado tuviera la infraestructura, sería, desde mi punto de vista, más rápido el trámite legal [para la pérdida de patria potestad y de adopción] y las asociaciones civiles tienen su razón de ser, pueden funcionar más bien como un internado (Vivó, 2016)

A los alberges recurren personas que no pueden atender a sus hijos por cuestiones generalmente económicas y a veces porque no logran combinar la crianza en solitario con el aspecto laboral. Los alberges sirven muchas veces como un remedio temporal. Sin embargo, esto se puede prolongar, algunas de estas personas visitan regularmente a sus hijos(as), algunos(as) de forma esporádica y otros más no regresan a verlos. La mayoría de los niños de los alberges están en esas situaciones, los niños huérfanos son una minoría y los recién nacidos son todavía menos. Cuando los(as) niños(as) son abandonados(as), se realiza un procedimiento de pérdida de patria potestad y posteriormente esos(as) niños(as) podrán ser adoptados(as). También están los casos de niños que han sido separados de sus padres por maltrato, abusos, desatención. En estos casos a veces los niños se regresan a sus hogares, cuando la causa del problema se corrige, después de una rehabilitación del padre o la madre por adicciones, por ejemplo.

Los niños huérfanos son la menor parte de los casos de los niños que están en los albergues, casas cunas, aldeas y demás. La mayoría son niños que, por ejemplo, los papás los dejan ahí porque no tienen para mantenerlos o porque tienen problemas, y entonces los dejan ahí. Por ejemplo cuando el papá queda viudo. La Granja Hogar de los niños que es la de más tradición en Chihuahua, tenía, no sé, 400 niños, pero de los 400, pues 10 eran para adoptar, los demás tenían papás y los veían una vez al año y no era lo idóneo para los hijos, pero había un lazo afectivo, biológico, legal, y ahí no procedía la adopción. No es que todos sean para adoptar (Vivó, 2016).

La idea de que hay muchos niños en los albergues esperando ser adoptados, debe ser entendida en relación a las expectativas de los solicitantes. La expectativa de la mayoría de las personas es adoptar bebés.

Lo que menos hay son niños recién nacidos abandonados. Normalmente un niño cuando es abandonado es por una cuestión de omisión de cuidado, es violencia, abandono que se da entre los 3, 4, 5, 6, 7, 8 años y a esos niños nadie los quiere adoptar (vivó, 2016).

En México existe una tendencia a buscar bebés y tiene que ver con la idea de convertirse en padres y madres de la manera más semejante posible a las paternidades y maternidades biológicas. Los niños con más dificultades para ser adoptados son los de 3 años en adelante, los que pertenecen a grupos de hermanos, los indígenas y los que tienen problemas de salud

Encontramos que la mayoría de los papás querían adoptar a recién nacidos y es natural y es por lo tanto entendible. Porque queremos asemejar la paternidad biológica (Vivó, 2016)

...la mayoría quiere niños pequeños. Y los albergues están llenos de niños grandecitos. Y están muy lastimados. Nosotros trabajamos mucho en albergues con niños en nuestros proyectos. Y son albergues con niños de cinco años con toda una historia de pérdidas y una amargura, que a veces no la tiene una persona de cincuenta. Están lastimados, y siguen con el rechazo, porque no los quieren las parejas. Las parejas quieren un casi recién nacido, para poderlo hacer (S. L. Aguirre, Comunicación personal, 20 de noviembre de 2015).

Entonces, bajo el principio de interés superior del niño, y pensando que lo que [más] necesitábamos era que tuvieran una familia, empezamos a promover, en el buen sentido, que se adoptaran estos niños también. Algunas familias mexicanas tomaron su curso, tomaron su entrenamiento psicológico ¡entrenamiento! porque no es fácil, por supuesto que no es fácil. Normalmente son niños que han sufrido violencia, por lo menos han sufrido un abandono, que es un daño importante afectivamente. Y

luego, muchos casos eran hermanos, entonces, [era necesario] procurar no separar ese lazo que había, consanguíneo (Vivó, 2016).

Pero en otros países las expectativas son diferentes, puede resultar más atractivo evitar los primeros años de crianza adoptando a una niña o niño de 3 años o más. Marre (2009, p. 113) señala que durante diez años de investigación sobre adopciones internacionales, varias familias y mujeres afirmaron su preferencia por adoptar niños(as) de dos años en adelante porque a esa edad ya habían aprendido cosas como el control de los esfínteres, ya caminan y a los tres años inicia la escolarización obligatoria. Esto lo percibieron también Vivó y Caraveo durante sus gestiones en la Procuraduría

Y entonces nos encontramos que había matrimonios, comúnmente de España, que ya traían una formación de la adopción con más avance que la que teníamos en México y que ellos sí querían adoptar niños de 3 de 4 años, por eso empezamos a hacer adopciones internacionales (Vivó, 2016).

Ellos querían tener un hijo. Decían, es que nos va a costar mucho menos trabajo educarlo y que sea compañía nuestra y nosotros compañía de él. Vamos a entendernos mejor. No hay que desvelarnos en la noche y darle tetera y todo eso. Sabían que un niño era un niño, de diez, de ocho hasta de nueve años llegaron a llevarse niños, niñas. Lo que pasa es que pensaban: el niño va a entrar a la escuela. Y ellos podían seguir su vida durante el día. Y luego ya ir por él y convivir y todo eso y no tener [...] ya estaban hechecitos (Caraveo, 2016).

La inclinación a pensar en los niños como huérfanos, corresponde, según Marre, más que a la realidad, al deseo de no tener que compartir la maternidad (y la paternidad). El reconocer que existe otra madre resulta incómodo -como resulta incómodo reconocer la multiplicación de participantes en la producción de un(a) hijo(a), que puede resultar del uso de tecnologías de reproducción asistida- ya que la maternidad múltiple o compartida cuestiona las ideas del parentesco de base biogenética según las cuales “madre hay una sola” (Marre, 2011, págs. 42-43).

Podemos observar que en el segundo periodo los discursos internacionales han permeado más, aunque es importante señalar que Vivó había trabajado el tema de la adopción en los convenios internacionales desde que elaboraba su tesis de licenciatura. En el siguiente comentario se puede identificar la influencia internacional

Nosotros queríamos agotar que los adoptara alguien de la familia consanguínea. [...] cuando no se podía buscábamos un papá adoptivo mexicano, y cuando no se podía, nos íbamos a la adopción internacional.

El siguiente cambio legislativo, significativo para la adopción, fue la desaparición de la adopción simple del Código Civil en 2009 –antes que en el federal, del que se eliminó hasta el 2013- quedando la plena como única posibilidad. Esto implicaba un compromiso para el DIF: buscar los padres y madres más capaces y que garantizaran el mantenimiento de un vínculo irrevocable con su hijo o hija. Durante ese año también se creó una ley destinada a la coordinación y vigilancia de los centros de asistencia, la Ley de Asistencia Social Pública y Privada para el Estado de Chihuahua, así como un Consejo Consultivo para la Asistencia Social Pública. Por otro lado, la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia se convirtió en la Procuraduría de Asistencia Jurídica y Social. (Decreto: 728-09 VI P.E., 2009)

En 2010 el Código Civil se reformó de nuevo para agregar dos causas por las que se puede perder la patria potestad. Una, por consentimiento, de quien la ejerce, para dar en adopción al(a) niño(a). Otra forma es por desatención: si quien ejerce la patria potestad se desentiende por un año del(a) menor que ha sido colocado en un establecimiento de atención; también se perderá “cuando el desamparo moral o material resulte evidente, manifiesto y continuo” (Decreto No. 1054-2010 II P.O., 2010; Congreso del Estado de Chihuahua, 2017)

Una reforma de 2012 resulta muy significativa sobre el valor que se atribuye a los orígenes en la conformación de la identidad, y al mismo tiempo, pone de manifiesto el uso del principio del “interés superior del niño” para respaldar la forma de pensar las relaciones de parentesco sustentada durante la administración del periodo gubernamental 2010-2016. El objetivo de dicha reforma establece que se protegerá el interés superior de la niñez asegurándoles el derecho a la identidad desde su nacimiento. El artículo 64 reformado delimita la forma de determinar quién es el padre del(a) niño(a), para cumplir con el propósito de definir su “verdadera identidad” (Decreto No. 825-2012 II P.O., 2012).

La concepción del parentesco asociado a la biología, es decir, a los orígenes genéticos, llevó a esta administración, de acuerdo con varias de las personas entrevistadas, a priorizar

de manera extrema la permanencia de los niños y las niñas en su familia biológica como se puede apreciar en los comentarios siguientes.

Sucedió recientemente aquí en el estado: [la actitud de las autoridades se traducía en] que se quede a como dé lugar en la familia biológica. [Muchas veces la respuesta de las familias iba en otro sentido:] no nos interesa a nadie ¿por qué lo quieren dejar aquí? No tenemos la capacidad, no queremos, además, asumir esa responsabilidad. Me han tocado casos así ¿pues cómo lo vas a dejar ahí? (Abogado, 2016)

[En este periodo] sí nos fue... [las ideas dominantes eran:] el regreso a la familia, a su ciudad de origen, la adopción no es lo mejor. [...] no vivimos una época en la que se facilitaran, que se mejoraran los procedimientos. No fue un sexenio que favoreció la adopción (Abogado, 2016)

... hay muchos [niños(as)] que sí recoge el DIF pero no están libres de custodia. Te citan como papá, pero nunca vas a firma. Entonces, ahí el proceso se vuelve largo, largo, se llevan hasta 4, 5, 6, 10 años y el niño se queda en la institución. Digo, que podríamos hacer algo mejor, para darle un bienestar, cambiar alguna ley. Si a los dos años este niño no tiene la libertad de custodia porque los papás siguen desaparecidos, pues ¡que la pierdan! Buscarles un hogar a los hijos ¿verdad? Pero pues bueno, creo que por ahí nos falta un poquito más de sensibilización y ver en realidad por el bien superior del niño (Amezaga, Comunicación personal, 21 de julio de 2016)

La reintegración de niños y niñas a sus familias fue un objetivo central de la administración del DIF. Incluso, formaba parte del Plan Estatal de Desarrollo 2010-2016 (Gobierno del Estado de Chihuahua e Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas INDETEC, 2016). Durante una entrevista para la revista Proceso, la Procuradora Silvia Manuela Vázquez Lazcano, señalaba que mediante la estrategia de obstaculizar las adopciones se pretendía disminuir su incidencia, ya que el objetivo central de su administración consistía en reunir a los menores con sus familias.

De esa manera, explica, el trámite difícil sirve para prevenir o detectar casos de tráfico de menores. Y aunque no hay casos registrados que conozca la dependencia estatal, añade, la reglamentación tiene un fin de prevención para darles un mejor destino a los niños. [...]

De acuerdo con Vázquez Lazcano, con los nuevos candados, que se aplican a partir este año, no sólo ha disminuido el número de adopciones internacionales, sino también las nacionales, y el número de solicitudes bajó. [...]

“El reto principal es reintegrar a los menores a la familia, y dar tantos niños en adopción a extranjeros, sin agotar otras posibilidades, era muy cómodo”, admite. (Proceso, 13 de septiembre, 2012)

En el año 2013 se abrogó el Código para la Protección y Defensa del Menor y se creó la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua. Aparecieron entonces los adolescentes en el discurso de la ley. También emergió de manera más destacada la noción de derechos humanos y se hizo explícita la alineación de esta ley con lo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la del estado de Chihuahua y en los convenios internacionales. Así mismo, sustentaba la importancia de la familia para un adecuado desarrollo físico, mental, emocional y social de las niñas y niños y adolescentes. Se creó también la figura de la familia de acogimiento como una solución temporal para los niños separados de sus familias. (Decreto No.1202/2013 X P.E., 2013)

Estos cambios legislativos coinciden con la publicación de los estudios de la CIDH (2013) y UNICEF (2013) sobre el derecho de la niñez a la familia y la situación en las instituciones de cuidado en América (CIDH) y específicamente en América Latina (UNICEF). La nueva ley corresponde al interés que surgió en los primeros años del siglo XXI sobre la violencia contra los niños y la importancia de la familia para garantizar su protección. Desde esta perspectiva, la pertenencia a la familia se ha convertido en un derecho de los menores y la atención en instituciones de acogimiento en el último recurso que debería ser eliminado paulatinamente. Aunque según la percepción de la mayoría de las personas entrevistadas, en realidad muchas niñas y niños permanecen en albergues, mientras se trata de reintegrarlos a su familia y a veces se pasa el tiempo sin poder volver a su familia, ni a una nueva, porque con más edad pierden posibilidades de ser adoptados.

La idea de que lo mejor para los niños no es un albergue sino una familia, puede conducir a soluciones diferentes. La administración de ese periodo insiste en la reintegración a su familia de origen. Otros, como el abogado, sugieren una valoración más rápida de la

capacidad de la familia biológica y en caso de resultar negativa, integrarlo a otra familia mediante la adopción

Si tienes antecedentes de maltrato, de desintegración familiar, de drogadicción, de violencia, de... dices tú: no merece un juicio de dos años, tres. Hay que buscarle algo que agilice. Ya salió el niño de ese entorno, ya está en un albergue, puede ser mucho más adecuado que el entorno donde estaba viviendo, pero no deja de ser un albergue, donde no hay un papá, no hay una mamá y no hay una familia integrada (Abogado, 2016)

La ley de 2013 fue sustituida en 2015 por otra que lleva el mismo nombre. En la nueva ley la Procuraduría de Asistencia Jurídica y Social pasó a ser la Procuraduría de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes que actuará en coordinación con la Procuraduría de Protección Federal. Se introdujo también una etapa previa a la adopción: la acogida pre-adoptiva. Una novedad importante fue el compromiso gubernamental de incrementar anualmente el presupuesto que se asigne al DIF, en la medida en que aumente el presupuesto estatal. Siguiendo la inclinación del periodo a mantener a los niños dentro de su familia de origen, las restricciones se extendieron al lugar de origen⁸² (Decreto No. 904/2015 II P.O.]. DO: P.O.E. 2015.06.03/No. 44, 2015).

Me tocaron aquí casos: [en los que al asignar niños(as) se buscaba que quedaran] en su lugar de origen, no nomás en su familia. Si es Chihuahuense debe quedarse en Chihuahua [...] es muy arcaica la forma de pensar y los criterios que se establecieron en ese momento (Abogado, 2016)

En junio de 2016 el DIF estatal celebró un convenio de colaboración con DIF nacional, con el objetivo de instrumentar el Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes instituido en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA). Con esta acción se responde a los señalamientos del Comité por los Derechos del Niño, que insistían en la unificación y organización de los sistemas de protección.

⁸² En la fracción III del artículo 34, se indica que para la asignación de niñas, niños y adolescentes, entre otras cosas, "se tomará en consideración el grado de parentesco; la relación de afinidad y de afectividad; el origen, la comunidad y las condiciones culturales en que se desarrollen niñas, niños y adolescentes" (Decreto No. 904/2015 II P.O.]. DO: P.O.E. 2015.06.03/No. 44, 2015, art. 34)

Se puede observar que en cada sexenio de gobierno estatal, la forma de conducir el DIF puede cambiar, en ocasiones de acuerdo con las ideas y recursos de los titulares de las instituciones, pero también siguiendo lineamientos nacionales e internacionales.

También a nivel nacional los criterios sobre la adopción varían. Por ejemplo: de acuerdo con una noticia de un diario de Coahuila, en el año 2015 la labor de la Procuraduría para los niños y niñas de Coahuila fue reconocida por realizar el mayor número de adopciones en el país. La procuradora, Yezka Garza Ramírez, señalaba el esfuerzo que había realizado el DIF de Coahuila para procurarles una familia adoptiva a los niños y se proponía alcanzar de nuevo las 150 adopciones el siguiente año.

la Procuraduría de los Niños, las Niñas y la Familia "peleó" por obtener la patria potestad de algunos menores y liberarlos jurídicamente, a fin de lograr su adopción y sobre todo, darles una segunda oportunidad de contar con una familia, alejados de los problemas que en su momento vivieron dentro de su propio hogar (Miranda, 23 de mayo de 2016).

La selección de padres y madres idóneos para adoptar refleja los valores asociados a la familia y los roles de sus integrantes, así como las ideas sobre el parentesco y la adopción.

Cómo son las madres y padres idóneos(as)

Los datos sobre las evaluaciones fueron tomados de las entrevistas con la ex-procuradora y el ex-procurador de la Procuraduría de Protección, L. Caraveo y V. Vivó, una voluntaria de VIFAC Chihuahua, V. Torres, una voluntaria de VIFAC Juárez (se identifica como Voluntaria), la directora de VIFAC Juárez, B. Amezaga, la subdirectora de adopciones de VIFAC Estado de México, M. Viniegra, la psicóloga integrante del Comité de Adopciones durante la gestión de la procuradora L. Caraveo y la coordinadora del Centro Familiar para la Integración y Crecimiento A. C., CEFIC, S. Aguirre.⁸³

VIFAC lleva quince años operando en Chihuahua y siete años en Juárez. Las sedes se manejan de manera independiente, pero siguen algunos lineamientos. Cuentan con manuales para los cursos y talleres de formación para las madres y los padres,

⁸³ Esta asociación ofrece diferentes tipos de asistencia psicológica, cursos y talleres. En este centro se realizaban reuniones de padres adoptivos de las que se hablará en el siguiente capítulo.

procedimientos a observar en las adopciones y seguimiento a las familias que adoptan⁸⁴. Los requisitos que se piden a los solicitantes de adopción también son de aplicación nacional.

Por parte del DIF, Durante la administración de L. Caraveo (1992-1998) las evaluaciones de solicitantes y asignación de niñas y niños, las realizaba un Consejo de Adopción integrado por un sacerdote, un psicólogo, un psiquiatra, una maestra, una juez, la Procuradora, la Presidenta del DIF estatal y la directora de Casa Cuna (Caraveo, 2016). Actualmente existe un Consejo Técnico Estatal de Adopciones, que se creó en 2013, el cual está reglamentado en la Ley de Asistencia Social Pública y Privada para el Estado de Chihuahua. A diferencia del Consejo instrumentado por Caraveo, el actual consejo está compuesto solamente por “servidores públicos del DIF estatal” (Acuerdo No. 2, 2016)⁸⁵

La reproducción por medio de la adopción está sujeta a regulaciones que no afectan a la reproducción biológica. Mientras las personas que pueden tener hijos(as), ya sea que utilicen o no asistencia médica,⁸⁶ por lo general no dependen de la aprobación de alguna institución, todos los solicitantes de adopción deben ajustarse a normas respecto a edad, salud, condiciones socioeconómicas, antecedentes policíacos y penales, someterse a evaluaciones psicológicas, recibir formación especial y en ocasiones, dependiendo de la valoración de los evaluadores, deben tomar terapias psicológicas. Y algunas instituciones como VIFAC tienen además otros requisitos: “un matrimonio casado por la iglesia católica y por el civil, que tengan más de cinco años de casados, que tengan ciertos ingresos, y que sean menores de 40 años” (Amezaga, 2016)

⁸⁴ “Al niño le damos un seguimiento de dos años, con informes trimestrales que ellos nos entregan electrónicamente y nosotros vamos viendo el desarrollo del niño. Me mandan foto, me mandan copias de las recetas del médico, me mandan el acta ya de bautismo de los niños. Los niños se deben de confirmar, también porque esta enseñanza es muy importante para la institución” (Amezaga, comunicación personal, 21 de julio de 2016)

⁸⁵ Este consejo se forma de tres tipos de integrantes: 1. miembros con derecho a voz y voto: la persona titular del DIF, el titular de la Procuraduría de Protección, el o la responsable del área de adopciones de la Procuraduría de Protección, un psicólogo, un trabajador social y un abogado adscritos a la Procuraduría que realizan la función de asesores técnicos. 2. invitados especiales: dos miembros del DIF estatal, con derecho a voz y actuarán como Testigos Asistentes y, dos asesores con derecho a voz; 3. observadores: hasta dos personas que el Consejo Técnico decida invitar a las sesiones, sin derecho a voz. (Acuerdo No.2, 2016)

⁸⁶ En los casos de la asistencia médica, también existen condiciones que limitan el acceso, como la disponibilidad de la tecnología, los recursos económicos y la edad de las mujeres. Sin embargo, en muchos casos mientras se cuente con los recursos económicos, ni la edad es una limitante, como vemos cada vez con más frecuencia en los medios de comunicación.

La capacidad para adoptar se evalúa de acuerdo con lo que se entiende por el interés superior del niño. Como se establece en La Convención de los Derechos del Niño, los niños y las niñas tienen derecho a vivir en un medio familiar adecuado. En relación a lo que se piense que debe ser una familia y un medio adecuado es como se decidirá la capacidad de las parejas o personas para ejercer la paternidad y la maternidad. En los discursos de la mayoría de las personas entrevistadas, no solamente de quienes ejercen alguna función en instituciones de adopción, sino también de padres y madres, prevalece la idea de que el bienestar de los niños implica vivir en una familia con un papá y una mamá, así como la importancia de la solvencia económica. Ante la pregunta de quién debería tener hijos y quien no, otros elementos mencionados fueron, la edad, la responsabilidad y el deseo de ser padres y madres.

Los documentos y los exámenes médicos que piden los sistemas DIF estatales pueden variar, incluso dentro de un mismo estado pueden cambiar de un periodo de gobierno a otro. También los test psicológicos que se utilizan varían, pero los temas de evaluación en general son los mismos. A continuación los temas centrales que definen la capacidad para la adopción.

Un tema importante es la salud. De acuerdo con Viniegra, los evaluadores deben asegurarse de que no existan enfermedades “infectocontagiosas, progresivas y mortales”. También se tienen en cuenta situaciones de riesgo como sobrepeso, colesterol y triglicéridos altos, ya que además de representar un problema de salud, esto es un indicativo de hábitos inadecuados. “Entonces ¿qué esperas del niño que vayas a poner ahí? Un niño con sobrepeso, niño con malos hábitos de alimentación, etcétera”. Sin embargo, las situaciones de riesgo se pueden corregir “se les manda una dieta, que vean un especialista y pueden regresar con otros estudios de laboratorio (Viniegra, 2017).

El aspecto de los recursos económicos y sociales con los que cuentan las personas que quieren adoptar se evalúa mediante un estudio socioeconómico y de trabajo social

No es nada más económico. Se busca que las personas tengan las redes de apoyo necesarias para poder salir adelante en una situación complicada. Que no estén solos en el mundo, que tengan quien les ayude. Que el entorno donde viven sea un entorno seguro. Si viven enfrente de un bar de mala muerte; donde hay borrachos

cayéndose todas las noches, no es un entorno seguro. O donde hay pandillerismo, hay droga, no es un entorno seguro. Que tengan escuelas cercanas, todos los servicios. Que la casa donde habiten sea un lugar digno, que esté limpio, bien ventilado. Que tengan un espacio destinado y adecuado para el bebé y no ahí en la sala o donde caiga. Que cuenten con las medidas de seguridad adecuadas [barandal en las escaleras, ubicación segura de los conectores, por ejemplo] (Viniegra, 2017)

Que tengan un trabajo estable, que tengan un ingreso estable, en la medida de lo posible. Y que el ingreso sea suficiente para poder atender las necesidades de un niño en las condiciones adecuadas. [...] No pedimos un ingreso mínimo, pero sí tenemos que revisar ingresos contra egresos y ver que exista un remanente que alcance a cubrir las necesidades de un nuevo miembro en la familia (Viniegra, 2017)

Otras versiones son menos específicas respecto a la forma de determinar la capacidad económica, en general versan en torno a “comprobar que tiene forma de mantener al hijo(a)”. Vivó (2016) menciona otros indicadores de un nivel económico aceptable. Éstos serían contar con servicio de salud, con un hogar y con un empleo estable, no importa si percibe apenas el salario mínimo “el 60 o 70% de los mexicanos tienen esa capacidad económica y son los que más hijos tienen”. Por otro lado, Aguirre (2015), percibe que la situación económica es una limitante para personas de ciertos niveles económicos:

Hay muy poca gente pobre, o yo no conozco gente pobre que haya podido adoptar. Más bien la adopción de la gente en situación de pobreza es porque les regalan un sobrinito, es regalo, no es adopción. Se lo apropian, lo registran, y se quedan con ellos. O una hermana que tiene muchos hijos y se lo pasan para que la ayuden a criarlos [...] Pero, ante instituciones, es muy difícil

La salud mental y las características personales también son elementos que se consideran en la evaluación. Mediante estudios psicológicos se trata de determinar si existe algún tipo de patologías como esquizofrenia o un desorden mental. El o la evaluadora debe asegurarse de que “la pareja sea estable, que no esté pasando por una crisis, por una ruptura, que tengan buena comunicación y que ya hayan concluido el proceso de duelo por la infertilidad, que haya sanado”. También se buscan ciertas características personales: “que tengan características adecuadas para ejercer la paternidad como un buen manejo de apego, que sean personas sensibles, tolerantes, capacidad de empatía. Que resuelvan sus conflictos en pareja...” (Viniegra, 2017)

Los test psicológicos más importantes -para VIFAC Estado de México, pero Viniegra señala que el primero es de uso muy generalizado y se utiliza en los VIFAC de todo el país- son el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA), que sirve para conocer la capacidad de las personas como cuidadores y el otro es el Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), éste se utiliza para saber cómo está la relación de pareja, cómo es su comunicación. Uno de los test que utilizan –significativo para este estudio- es el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA), éste les permite saber si existe algún desajuste emocional derivado de la asistencia de la tecnología reproductiva y también informa sobre los recursos de adaptación con los que cuentan. Dependiendo de los resultados de los cuestionarios, puede ser que se determine que las personas deban tomar una terapia psicológica. También se puede dar el caso de que se decida que las personas no son idóneas para la adopción, “por el bien del niño y de ellos mismos, la adopción no sería algo que los beneficiaría” (Viniegra, 2017).

Un asunto que las personas deben resolver para poder adoptar es su ideal de familia constituida con hijos biológicos. Las entrevistadoras tratan de asegurar que las personas ya no están buscando un(a) niño(a) para satisfacer ese deseo. La importancia de que las personas resuelvan su incapacidad para tener hijos(as) radica, en que deben estar emocionalmente preparados para hacerse cargo de un(a) niño(a) con el(a) que no los une un lazo biológico, y así asegurar el bienestar de ese(a) niño(a). El sujeto de derecho sobre el que se coloca el foco cambia cuando se trata de adopción. Durante los procedimientos de reproducción asistida, los adultos que buscan la paternidad y la maternidad, son el centro. Ellos son quienes toman decisiones y tratan de ejercer sus derechos reproductivos. Los tratamientos se realizan para satisfacer su deseo de ser padres y madres. Cuando se trata de adopción, los derechos que se protegerán en primer lugar son los derechos de los(as) niños(as). Otro motivo que deben identificar durante la evaluación es si están buscando un(a) hijo(a) sólo por satisfacción personal, como “un adorno, un lograr”

La primera pregunta es por qué quieres adoptar. Quieres adoptar por el niño, o quieres adoptar por ti. Porque si quieres adoptar por ti y el niño no te resulta la imagen interna que tú tienes de lo que debe ser un niño, pues no la vas a hacer (Psicóloga, Comunicación personal, 2 de febrero de 2016)

Hay parejas que te dicen [...] queremos un niño que tenga los ojos de mi esposo, que tenga el cabello de... ¡no! Todavía están esperando su bebé, entonces pues no. Aquí no sabemos cómo venga y pues, obviamente, para que puedan recibir un bebé tienen que estar sumamente seguros y haber sanando esa situación que les tocó vivir (Torres, 2015).

Esto resulta en cierta medida contradictorio, porque las personas generalmente recurren a la adopción cuando no lograron tener hijos de manera “normal” y tratan de normalizar su situación por medio de la paternidad y maternidad adoptiva. El deseo de tener hijos(as) es valorado positivamente, incluso, es común que las personas traten de probar ese deseo a través de comprobantes médicos o de la iglesia, que ratifiquen que han estado intentando tener hijos(as) y no han podido. Pero deben estar preparados emocionalmente para ser padres y madres de niños(as) no vinculados biológicamente. VIFAC ofrece a las parejas que evalúa positivamente talleres para resolver cualquier problema que puedan tener por la infertilidad.

Durante las entrevistas también tratan de identificar si las parejas buscan un hijo como elemento de unión en su relación. Todos los entrevistadores han mencionado esta cuestión. Según Caraveo (2016), deberían realmente desear un hijo, no sólo

... para contentarse y llevarse mejor la pareja, porque el niño no iba a ser el mediador. Sino, verdaderamente habían hecho la lucha de tener hijos y no habían podido tenerlos y [también era importante que explicaran] porqué querían tenerlos.

La estabilidad de la familia es un tema muy importante, así lo indica que uno de los dos principales cuestionarios psicológicos se refiera al tema de la pareja, el ASPA. A los evaluadores les interesa constatar que el deseo de tener un(a) hijo(a) sea compartido por ambos, así existirían más garantías sobre la estabilidad de la familia. Esto lo han mencionado especialmente las evaluadoras de los centros VIFAC. Otro punto importante, es que el proceso de duelo haya concluido o el dolor por la infertilidad se haya sanado. Es importante asegurarse de que los(as) niños(as) van a recibir amor, el objetivo de la adopción no es satisfacer necesidades de los padres y las madres, sino de los hijos y las hijas

O tú ves la pareja, y el señor como que cachando moscas y la mujer muriéndose de dolor llorando. Es que yo estoy aquí para ayudarla a ella [dice él]. O sea... pues ¡no!

Tú dices, lo primero que va a pasar con este matrimonio y la llegada del niño es que se van a separar. Porque el niño necesita muchos cuidados [...] en el papel sí cumplen los requisitos pero tú tienes que valorar a las personas. Ni les ves madera de padres. Tienes que ir valorando muchas cosas. El psicométrico te va arrojando muchas cosas te va diciendo también si tienes que trabajar ciertos temas. (Amezaga, 2016)

Buscamos que sean muy abiertos y ahí te das cuenta hasta dónde es dolor y hasta dónde es todavía: yo quiero tener a mi hijo ¿no? O bien, quiero tener un hijo porque ¿Qué dirán los Pérez y los García? Cuando tú le preguntas a una pareja ¿por qué quieres tener un hijo? Y ¿por qué llegaste aquí? Hay gente que incluso dicen: pues es que cuando esté grande no tengo nadie quien me cuide. [...] hay muchas situaciones, pero hacemos entrevistas mucho más cálidas, mucho más... por esa situación de poder encontrar los padres idóneos (Torres, 2015)

La edad también es un elemento de valoración, “se busca que la edad de los solicitantes esté acorde con la edad de los niños”. Sin embargo, para adoptar niños mayores se requieren características especiales,

Se necesita un perfil diferente. Matrimonios muy capaces de construir vínculos afectivos. No el común de los mortales, necesitas gente con un perfil poquito más allá, y sobre todo con las ganas, de luchar y de luchar y de lograrlo. Y no toda la gente está dispuesta, es la realidad (Viniegra, 2017)

De acuerdo con la legislación, ser soltero(a) no es una limitante para adoptar. Sin embargo, en la práctica, parece que no son tan frecuentes las adopciones por personas solteras y tampoco por personas mayores⁸⁷. Una forma de aumentar las posibilidades de ser elegido, es la flexibilidad sobre las características del menor solicitado en cuanto a edad, sexo, etnia, salud o aceptar grupos de hermanos. Amezaga (2016) señala que en el DIF no se elimina a las personas solteras y tampoco por la edad, sin embargo, a las parejas mayores se les entrega niños grandes y no ha sabido de personas solas que hayan recibido niños o niñas. Sin embargo, en el grupo MSJ conocí a una mujer soltera que había adoptado en el DIF a un niño de siete años. También conocí a una pareja que adoptó en sus cuarentas a una bebé rarámuri en un proceso que tardó menos de un año, otra pareja en sus treintas recibió un hijo de más de 4 años.

⁸⁷ La valoración de la edad es ambigua generalmente se señalan los cincuenta. Sin embargo, a una de las parejas en los treintas le dijeron en el DIF que, debido a su edad, no les darían un bebé.

Son varios los aspectos de la vida de las personas que se someten a juicio para determinar si son aptos o no para la adopción. Por el contrario, las personas que tienen la capacidad para engendrar a sus hijos no necesitan demostrar su idoneidad. A partir del caso de una informante que se encontraba en un nivel socioeconómico desfavorecido, cuando trataba de adoptar, podemos ver un ejemplo de esto. Según su historia, tras haber sido rechazada por el DIF, ya que no comprobó solvencia económica, logró embarazarse con donación de gametos. Consiguió los recursos para la reproducción asistida y nadie indagó si tenía la capacidad económica o de otro tipo para ser madre.

La capacidad para adoptar se evalúa de acuerdo a lo que se entiende por el interés superior del niño. Como se establece en La Convención de los Derechos del Niño, los niños y las niñas tienen derecho a vivir en un medio familiar adecuado. En relación a lo que se piense que debe ser una familia y un medio adecuado es como se decidirá la capacidad de las parejas o personas para ejercer la paternidad y la maternidad. En los discursos de la mayoría de las personas entrevistadas, no solamente de quienes ejercen alguna función en instituciones de adopción, sino también de padres y madres, prevalece la idea de que el bienestar de los niños implica vivir en una familia con un padre y una madre.

Nos interesa que ese niño que a lo mejor lo arrancas de una situación difícil caiga en una familia que le vaya a dar primero que nada el amor que ese niño necesita, y la estabilidad de un hogar, de una familia. (Amezaga, 2016).

En el siguiente capítulo veremos los esfuerzos de las personas para transformar su racionalidad sobre la reproducción y las estrategias que desarrollan para convertirse en madres y padres idóneos ante las instituciones y producir sus relaciones de parentesco a través de la adopción.

Capítulo 4. Los hijos de corazón

En este capítulo se describen las experiencias de las personas que no lograron tener un(a) hijo(a) por medio de la tecnología médica –solamente una pareja optó directamente por la adopción, aunque tampoco podía tener hijos(as) sin asistencia. El objetivo es comprender, a través de sus experiencias durante el proceso de adopción, cómo se constituyen como padres y madres y producen sus relaciones de parentesco. Podremos ver que para lograrlo debieron transformar sus nociones reproductivas.

Según la racionalidad reproductiva que comparten estas personas, la conducta esperada de los adultos es que formen una familia y tengan hijos biológicos. Ya que no lo habían logrado, como señalan Bestard et al. (2003), se encontraban en una posición indefinida, anormal, no eran considerados abiertamente marginales pero tampoco habían alcanzado el estatus altamente valorado de la paternidad y la maternidad. Con la excepción mencionada, todos(as) los(as) informantes habían intentado concebir por medio de la RA por lo que la adopción constituyó otra etapa del trayecto para convertirse en padres y madres. Estas personas tuvieron que hacer un gran esfuerzo para replantearse sus ideas reproductivas y poder iniciar un nuevo camino que era tan desconocido para ellos(as) como en su momento la RA lo fue.

El ideal de familia nuclear de bases biológicas sirve de guía para la construcción de una familia por medio de la adopción. Así las diferentes etapas de la adopción se convierten simbólicamente en embarazo y parto. También apelan a lo que se concibe como el ideal de crianza, el deseo de tener hijos(as), la responsabilidad de unos padres y madres que se preparan. A través del proceso de adopción se convierten en los padres protectores más adecuados de acuerdo al interés superior de los niños(as). Si en el proceso de RA su deseo de ser padres y su elección de alcanzarlo por ese medio era el centro, ahora los derechos de los niños son lo más importante.

El capítulo está dividido en tres partes, en la primera se presenta a los informantes y se describe una sesión de un grupo de madres y padres adoptivos(as) al que pertenecen los(as) informantes de Ciudad Juárez, esta sesión nos permitirá conocer el aspecto de comunicación y acompañamiento de este grupo. En la segunda parte se describe la

asociación de padres y madres y las ideas y temores de las personas sobre la adopción al inicio del proceso, su forma de pensar corresponde en general a la racionalidad de su entorno. En la tercera parte, se describen las experiencias durante el proceso de adopción.

Los protagonistas

Se entrevistó a cuatro parejas, papá y mamá adoptivos, y a seis madres adoptivas, una de ellas divorciada, otra madre soltera, las demás forman parte de parejas heterosexuales. En total son diez casos de adopción y otro caso de una solicitante que no llegó a ser considerada idónea para adoptar. De las madres y padres adoptivos, tres mujeres son de la ciudad de Chihuahua, el resto de Ciudad Juárez, la persona que no pudo adoptar es de Chihuahua. Las personas entrevistadas en Juárez pertenecen al grupo MSJ y la mayoría se contactaron gracias a la intervención de una de ellas. Ese grupo ha representado un apoyo muy importante para estas personas, por lo que más adelante se expondrá brevemente su historia y su función. Actualmente cuenta con 350 parejas afiliadas. Se realizó observación participante durante dos sesiones. Haydee Carrasco, es la coordinadora del grupo y también es madre adoptiva. MSJ en sus inicios formó parte del Centro Familiar para la Integración y Crecimiento A. C., CEFIC. Su coordinadora, Silvia Aguirre también fue entrevistada.

Algunas de las parejas adoptaron en VIFAC, esta asociación civil es la única institución, además del DIF, que puede realizar trámites para adopciones en Chihuahua, siempre conforme a las disposiciones y con la autorización del DIF. Se entrevistó a la directora de la Sede de VIFAC de Ciudad Juárez, Blanca Amezaga, a una voluntaria de Juárez, que se identificará como Voluntaria, y a una voluntaria de la Sede VIFAC Chihuahua, Verónica Torres. La Voluntaria de Juárez realiza entrevistas a solicitantes de adopción, ella es, a su vez, madre adoptiva. Verónica Torres también entrevista e imparte cursos y talleres a los grupos de padres de Chihuahua.

Otro informante fue un abogado especialista en adopciones y padre adoptivo, se identificará como Abogado. Se incluyeron también testimonios de la psicóloga que formó parte del Comité de Adopciones durante la administración de la procuradora (de la Defensa del Menor y la Familia, durante el periodo 1992-1998) Lourdes Caraveo, identificada como Psicóloga.

Solamente en uno de los diez casos, se optó directamente por la adopción, sin tratar antes la opción médica. Él no podía concebir debido a un tratamiento médico previo y la medicina le ofrecía pocas posibilidades. Además, ella considera que el haber convivido durante su infancia con una persona que había sido adoptada, le permitió ver la adopción de una forma menos conflictiva. Todas las demás personas habían intentado concebir mediante tecnología médica, por lo tanto sus testimonios están incluidos también en el segundo capítulo de esta tesis.

Algunas personas se refirieron a los grupos de padres de VIFAC, sólo que esos grupos están destinados a las parejas que han sido seleccionadas para adoptar, aunque una persona me comentó que la invitaron a participar sin formar parte de la lista de espera de VIFAC. Al parecer en otros países las agrupaciones de padres y madres adoptivos(as) son más comunes. Diana Marre menciona la tendencia a formar asociaciones de padres adoptivos en España, así como la fuerza política que han generado y que les permite incidir en las decisiones legislativas y en las administraciones encargadas de las adopciones (Marre, 2011:56-57, 73). También Howell identifica una tendencia a organizarse en grupos de soporte para padres adoptivos en Noruega (Howell, 2001, p. 212). Otro ejemplo es un grupo argentino que se identifica como “Ser Familia por Adopción A. C.” SFxA, en la red social Facebook. En dicho grupo los agremiados comparten sus experiencias, hacen preguntas, dan y reciben consejos. Dos coordinadoras organizan los encuentros bimestrales y también apoyan para la formación de “Grupos Autogestivos”, GAN, estos parecen ser los grupos locales. Gracias a la facilidad de la red participan personas de todo el país. En el último encuentro, que se transmitió en línea, tuvieron un conferencista especialista en adopción. (Rubio, 12 de junio de 2017) Este grupo es muy activo, comparten información sobre cuestiones legales, procedimientos administrativos, sobre dudas que enfrentan durante la convivencia con sus hijos(as), comparten artículos sobre el tema de la adopción, videos, sugieren películas, etcétera. Pude darme cuenta que la mayoría de las cuestiones que enfrenta el grupo argentino son similares a las experiencias de los informantes de este trabajo.

Las reuniones de Misión San José se convocan por correo electrónico y en la página de Facebook del centro de atención Balance y Bienestar Integral⁸⁸ que es coordinado también por la persona que coordina a los padres adoptivos. El siguiente apartado se describe una sesión de este grupo.

Reunión del grupo Misión San José

Asistencia a una sesión del Grupo que se llevó a cabo en las instalaciones de Balance y Bienestar, durante casi tres horas a partir de las 7:00 pm.

Había entrevistado a la coordinadora del grupo y le pregunté si podía asistir a algunas reuniones. Me dijo que le llamara cuando quisiera ir para que me dijera cuando sería la próxima. No grabé las reuniones, no pedí permiso porque consideré que debería solicitarlo a cada una de las personas que participarían. Tampoco tomé notas escritas durante la reunión porque no quería interferir con la dinámica normal del taller. Como la reunión duró casi tres horas, lo siguiente va con las limitaciones propias de la memoria. También había entrevistado antes a dos de las personas que participaron en esa reunión.

Actualmente las reuniones del grupo se llevan a cabo en un inmueble en el que se imparten diferentes talleres, consultas de terapia psicológica, yoga, conferencias sobre temas de salud. A los asistentes se nos piden 100 pesos de cooperación. El salón tiene inpresas unas alas extendidas en la pared frente a la puerta de entrada, un ventanal con puerta del lado izquierdo, por donde se accede al jardín, y un cuadro con corazones colgado en la pared. Había unas 17 sillas colocadas en forma oval.

Las personas van llegando, algunas ya se conocen y otros vamos por primera vez. Una pareja estaba sentada cuando yo entré, estuve platicando con ellos antes de que empezara la sesión. Están en sus treintas, me contaron que tienen 17 años casados y no han podido tener hijos. Estaban contentos porque los llamaron al taller del DIF para solicitantes de adopción, antes de lo que esperaban. Unos minutos después llegaron otras dos mujeres platicando con una de las integrantes antiguas del grupo, se sentaron junto a la pareja y se integraron a la conversación. Comentaron que ellas también asistían al taller DIF, pero en la tarde, a las

⁸⁸ Se describe como: “Salud integral a través de nutrición saludable, acondicionamiento físico (yoga), acupuntura, medicina bio-energética, terapia emocional y reconectiva.” En línea: https://www.facebook.com/pg/balanceybienestarintegral/about/?ref=page_internal

4:00 pm. La pareja no sabía que había talleres en la tarde, ellos iban a las 12:00 pm. Siguieron llegando personas, al final entró la coordinadora del grupo. Nos saludó y nos pidió que nos presentáramos, -porque algunos éramos nuevos- y dijéramos porqué estábamos ahí y qué buscábamos en el grupo.

Se presentaron primero los nuevos, empezando por la pareja y las dos mujeres. Comentaron que estaban en el proceso de adopción, una de las mujeres perdió la matriz – aunque dice que está bien, Haydee le sugirió que atendiera ese aspecto- y estaba divorciada, la otra, también divorciada, ya tenía un hijo, un joven, pero ella quería una niña. En el DIF les dieron información sobre el grupo –Haydee se sorprendió. Otra mujer hacía poco más de un año que había adoptado un niño de 7 años y medio, habló un poco de la satisfacción de tener su hijo, dijo: “era el hijo para mí y yo era la madre para él”. El niño, según dijo, es, además, una copia de ella. Comentó que estaba tomando terapias para mejorar la convivencia con su hijo y la terapeuta le recomendó asistir a estas reuniones.

Luego me presenté yo, en seguida lo hicieron las personas que pertenecían al grupo desde tiempo atrás. Una pareja estaba también en proceso de adopción, habían renunciado a los tratamientos de reproducción asistida recientemente. Otra mujer tenía un niño de cinco años que había adoptado cuando era bebé, habló un poco de su hijo y de lo que había sido la convivencia con el niño, también dijo estar feliz con su hijo aunque la relación no estaba exenta de dificultades. Comentó que el niño era una copia del papá adoptivo. Ella y otras dos mujeres que se presentaron enseguida son de las más antiguas. Las personas que ya llevaban tiempo en el grupo dijeron que les ha servido mucho, agradecieron a Haydee su apoyo y agradecieron a Dios por haberla puesto en su camino. Todas ellas se pusieron a las órdenes de los(as) demás. Al final se presentó Haydee y explicó lo que hace el grupo:

En el grupo nos damos apoyo entre nosotros(as) y a los niños(as). Es importante que ellos también tengan apoyo y que se conozcan... Porque nadie entiende lo que uno vive, lo que uno necesita, como quien lo vive igual. Los niños aquí conviven, se conocen, y si un día necesitan algo se pueden comunicar entre ellos. Aquí sabemos que no somos los únicos, que contamos con otros y que nos podemos apoyar

Haydee preguntó al grupo si alguien quería hablar de algún tema en particular. La mamá del niño de cinco años –a la que llamaremos Nancy-, pidió apoyo porque su hijo estaba

pasando por una crisis, la cual se había estado repitiendo cada año, desde que lo adoptó, cuando se acercaba la fecha de su cumpleaños. Haydee le hizo algunas preguntas y después pidió voluntarios para formar una fila de nueve personas. No nos explica nada más⁸⁹. La mamá del niño se quedó de pie a un lado de la fila, junto a Haydee.

Cada uno de los voluntarios representábamos un mes de gestación del niño —esto lo explicó al final. En un principio, Nancy estuvo representada por una jovencita que había estado en algún lado fuera del salón. Haydee salió y regresó con ella. Las dos se pararon cerca de la primera persona de la fila, Haydee le pidió a esa persona que se volviera de frente a ellas y le pidió a la joven que la observara y dijera qué sentía. Respondió que mucho dolor, tristeza y soledad. Haydee le dijo que recordara que los sentimientos no eran de ella, eran del niño. En seguida le hizo la misma pregunta a la persona de la fila, ella respondió algo semejante. Haydee abrazó a la jovencita que lloraba, le dijo de nuevo que eso no era de ella y la sacó del salón. Nancy tuvo que interpretar su propio papel porque no había más personas. Haydee le pidió que repitiera lo que ella iba diciendo: honro este mes en el que te estuviste gestando, comprendo por lo que tuviste que pasar, desátate de ese sentimiento. A la persona de la posición uno le pidió que se diera media vuelta y viera el cuadro de los corazones.

Ella y Nancy se movieron hacia la segunda posición de la fila. Esto se repitió con cada una de las nueve personas formadas. Cuando estaban en el segundo mes, después de algo que

⁸⁹ Este ejercicio corresponde a una terapia psicológica llamada “Constelaciones familiares”. Este tipo de psicoterapia fue desarrollada por Bert Hellinger. Se puede aplicar en diferentes ámbitos donde existen grupos de personas organizadas en estructuras jerarquizadas, como las familias o sistemas laborales. La teoría se fundamenta principalmente en lo que Hellinger llama los “órdenes del amor”. Estos órdenes son tres, el primero se refiere al derecho de pertenencia. Afirma que si uno de los miembros de un sistema es excluido, el rechazo afectará a todo el sistema. El segundo es el respeto a las posiciones dentro de los grupos, cada integrante debe ocupar el lugar que le corresponde de acuerdo a la jerarquía del grupo. Por último, el sistema se mantiene sano gracias a las relaciones de intercambio equilibradas, es necesario recibir y dar en la misma medida y en orden: se recibe de una posición superior y se da a una posición subordinada —de padres a hijos, por ejemplo. (Mendoza, M., 19 de abril de 2014)

Lo que sucede en un sistema afecta la vida de todos sus integrantes, en el caso de la familia incluye tanto a la familia nuclear como la ampliada y va más allá, alcanza varias generaciones atrás. Una característica de esta terapia es que no se dirige solamente a quien se le realiza una constelación, sino que llega a todo el sistema familiar. (Rodríguez y Morales, S/F: 6)

Es muy importante para Bellinger la idea de que existe un orden predefinido, un destino que los individuos deben aceptar con humildad. Parte del destino de los individuos es la familia. Si una persona sigue las reglas de la vida “humildemente, recoge todo de quienes le precedieron, reconoce a todos su lugar y se abre a intercambiar y a transmitir lo recibido” la vida lo “llenará de felicidad” (Bert Hellinger) citado en (Mendoza, M., 19 de abril de 2014).

dijeron Nancy y la persona que representaba el mes de gestación, Haydee preguntó si la mamá biológica había intentado abortar. La mamá adoptiva dijo que cuando estaba en el segundo mes de embarazo, la mujer había acudido a VIFAC, pensando que ahí le ayudarían a abortar. Haydee interpretaba los sentimientos o sensaciones que expresaban las personas que hacían la representación. Durante la representación de otro mes, Haydee preguntó si la madre se drogaba, Nancy dijo que no lo sabía, pero que por el aspecto de la mujer, parecía que sí. El trabajo en cada mes terminaba con las frases que honraban los sentimientos del niño durante el mes, ya fueran de soledad, sufrimiento o calma. También se agradeció en algún mes la decisión de vivir del niño. Se honraba también el vientre de la madre o a la madre, la decisión de tener al hijo, se expresaba comprensión y se agradecía. Una participante que había salido, se integró cuando el ejercicio iba en el mes cinco, Haydee le indicó que se colocara detrás de la persona que representaba el mes. Ella lo hizo y puso sus manos sobre los hombros de esa persona y así lo fue haciendo en cada representación de los meses siguientes.

Al final del ejercicio, varias personas lloraban, en especial Nancy, la mujer que se incorporó en el mes cinco y la persona que estaba en la posición uno. Haydee puso música y nos colocó en círculo con Nancy en el centro. Nos indicó lo que teníamos que hacer para terminar todo el ejercicio: Nancy nos diría a cada uno: Yo soy Nancy, tú eres [nombre de la persona en turno] y este mes de gestación no es tuyo. Nosotros respondíamos: Yo soy [nombre de la persona en turno], no es mío. Terminábamos con una inhalación. Después del ejercicio salimos un rato al jardín.

Regresamos a sentarnos en el lugar donde nos encontrábamos al principio y empezamos a comentar de uno en uno, qué fue lo que sentimos durante el ejercicio y cómo nos serviría para nuestra vida. Empezó con una de las parejas, que estaban solicitando adopción. Ella comentó que le recordó el dolor que sentía cada mes que llegaba la menstruación, cuando estaba en tratamientos para embarazarse. Al platicar sobre esto, se volvió para ver a la mujer de la otra pareja que también estaba tratando de adoptar y que también había intentado embarazarse con tratamientos médicos y le dijo algo como: tú sabes de esto. Ella asintió mostrándole que comprendía. Después de cada participación se le agradecía a Nancy por lo que habíamos aprendido del ejercicio.

La persona que nos ponía las manos en los hombros dijo que cuando se incorporó al ejercicio no sabía lo que estábamos haciendo, sin embargo, coincidió su participación con el mes en el que la madre biológica de su hijo decidió darlo en adopción y recurrió a VIFAC. Por lo que durante su participación vivió el proceso que su hijo vivió en el quinto mes de su gestación. Nos dijo que su hijo también se ponía mal cada año, en el aniversario de lo que sería su quinto mes de su gestación.

La mujer de la pareja que estaba tomando el taller del DIF, habló sobre la sensación de poder expresar sus sentimientos, ya que no había podido decirle a nadie, ni a su familia, lo mal que se sentía por no haber podido concebir. Haydee le dijo que solamente la gente que ha vivido lo mismo que ella, la pueden comprender. También comentó lo mal que se sentía con cualquier asunto relacionado con la maternidad, por ejemplo, no podía ir a las fiesta que se organizaban para embarazadas. Y lo mal que se sintió cuando no pudo disfrutar el embarazo de su hermana, a pesar de que la quiere y le da gusto por ella. Haydee le dijo que es normal tener envidia. Cuando hablaba, varias veces se dirigía a la otra mujer, con la que antes había coincidido y ella mostraba o comentaba que la comprendía.

Una de las mujeres solteras, comentó que se estaba dando cuenta que la adopción no es tan fácil. Ella pensaba que si ya era madre, tener otro(a) hijo(a) sería más fácil, pero con el ejercicio y los testimonios, se daba cuenta de que no era así. Y lo que siguió fue un comentario que alteró a las madres adoptivas: “me doy cuenta que con los hijos ajenos no es tan fácil”. También comentó que había visto en el taller del DIF cuanto sufrimiento causaba no tener hijos. Agregó que si le daban un(a) niño(a) estaría dispuesta a cederlo(a) a una de esas personas para que terminara su dolor. Haydee le dijo que era bueno que se diera cuenta antes de adoptar: “y lo bueno, es que lo estás pensando, así, la decisión que tomes será la mejor, tanto si decides adoptar, como si decides no hacerlo. [...] Porque no son hijos ajenos son ¡nuestros hijos!”

La otra mujer soltera comentó que el ejercicio le había recordado su embarazo, porque ella tuvo un embarazo ectópico. Tuvieron que sacar al bebé y ella perdió la matriz. Lloró al recordarlo. Ahora estaba divorciada y ya no tenía posibilidades de embarazarse. Al inicio de la reunión había dicho que estaba bien con su situación, pero ahora lloraba. Dijo también que le daba miedo no ser buena madre. Haydee le preguntó si ella creía que podía ser buena

madre, respondió que sí. Me parece que Haydee le dijo que entonces, sí podía ser buena madre.

La mujer que adoptó a un niño de siete años le dijo a los que están buscando hijos, que consideraran también a los niños grandes, porque ellos tienen pocas posibilidades de ser adoptados. Y como pudieron ver a partir del ejercicio, también los recién nacidos podían tener problemas –Haydee comentó que de los cuatro años en adelante, disminuían sus posibilidades de ser adoptados. También le dijo a la mujer que mencionó lo de hijos ajenos, que pensara muy bien su decisión, porque su disposición para ceder su oportunidad a otras personas, indicaba que no estaba tan segura de la adopción. Para reforzar su observación, nos platicó que su hijo en el primer berrinche la retó para que lo regresara, y ella entonces le hizo una promesa: “hagas lo que tengas yo nunca te voy a regresar”. Y luego dijo que para hacer esa promesa, tenía que estar bien segura. Reiteró que sí era difícil, pero que también era muy satisfactorio, que ella estaba feliz con su hijo. Y terminó diciendo: “estoy aquí porque quiero ser una mejor madre”.

Hubo más comentarios sobre las dificultades de la adopción. Haydee dijo también, que a pesar de todo, no debían tenerles lástima a los(as) niños(as), había que educarlos como a cualquier hijo(a). Porque “ellos tienen una pérdida y nosotros también, por eso estamos juntos. Eso les tocó vivir y no les podemos ahorrar nada”. También comentó “nuestros hijos son unos guerreros, no vamos a tenerles lástima” porque casi todos han sobrevivido a intentos de aborto, “son así”, dijo señalando las alas en la pared.

Al final de la reunión una de las integrantes antiguas, le dijo al grupo que no dejaran de asistir, que las reuniones ayudaban mucho.

Nociones y temores

Realidades compartidas

*Aquí sabemos que no somos los únicos y que contamos con otros... nadie entiende lo que uno vive, lo que uno necesita, como quien lo vive igual*⁹⁰

⁹⁰ Comentario emitido en una reunión del grupo MSJ

Cuando escuché sobre el grupo MSJ traté de contactar a algunos(as) de sus integrantes con el objetivo de que me hablaran sobre sus experiencias durante los tratamientos de Reproducción Asistida, ya que suponía que la mayoría había pasado por la asistencia médica antes de buscar las adopciones. Conforme platicaba con ellas y ellos fui conociendo aspectos de la adopción y del grupo y comprendí que la adopción es para muchas personas otra etapa en la búsqueda de la paternidad y la maternidad y que debía incluirse en esta investigación.

Este grupo surgió por iniciativa de padres y madres que tenían en común la adopción y la necesidad de transitar un camino desconocido en la compañía de otros que los comprendieran y ayudaran compartiendo sus experiencias. Lo que sería el grupo MSJ inició durante una fiesta en la que coincidieron algunas mujeres, madres adoptivas: “estábamos en la misma situación de adopción y nos empezamos a juntar”. Una de ellas era H. Carrasco (Comunicación personal, 6 de enero de 2016), quien llama a esto una “Diosidencia”, haciendo alusión a coincidencias que son obra divina. Haydee Carrasco es la coordinadora del grupo –en este apartado los testimonios son de ella, a menos que se indique otro responsable. Un padre adoptivo recuerda ese primer encuentro:

Y luego conocimos a una terapeuta aquí que era mamá adoptiva y también andaba como que sola en el mundo y nos empezamos a juntar los cuatro.

Poco a poco fue aumentando el número de integrantes, al principio se reunieron seis parejas, después doce y siguió creciendo. Empezaron con reuniones semanales en las que compartían sus experiencias “lo que nuestros hijos vivían y qué sentíamos nosotros, etcétera”.

A pesar de que las familias adoptivas son cada vez más numerosas y de que la adopción, en especial la transnacional, se está convirtiendo en una de las tecnologías de reproducción más difundidas en occidente (Marre, 2011), en Chihuahua la biología sigue teniendo un lugar privilegiado en la concepción del parentesco. Hasta hace poco, el secretismo sobre el tema prevalecía, incluso al interior las familias. Dos de las personas entrevistadas mencionaron casos de adopción en sus familias que se mantuvieron ocultos, incluso a los mismos hijos(as) adoptivos(as). Este secretismo no contribuyó a facilitar la vida de las personas que adoptan actualmente. Sin el apoyo de grupos como MSJ o algún tipo de formación, el

proceso de adopción y todo lo que tiene que ver con formar una familia adoptiva se vive con desconcierto ya que las personas no encuentran referentes y, por lo tanto, se sienten desorientadas y además, solas. Bajo estas circunstancias, esta agrupación ha sido de gran utilidad, de acuerdo al sentimiento compartido por varios(as) de ellos(as): “Nos sentimos profundamente acompañadas[os] sabiendo que alguien más vivía la misma realidad”.

Empezaron a integrarse también personas que aún no adoptaban pero estaban considerando la opción o ya estaban en el proceso de adopción. El grupo se fue dando a conocer a través de redes de conocidos. Hasta que un sacerdote católico le propuso a la coordinadora que se organizaran a nivel diocesano, ya que en la iglesia recibían cada vez más parejas infértiles y no sabían cómo orientarlos. Así, un 11 de marzo, día de San José, dio inicio el grupo al que llamaron Misión San José en honor al padre adoptivo de Jesús.

En un principio, el grupo ya constituido como MSJ formaba parte de CEFIC que se componía además de otras dos áreas a las que se denominaba misiones: Misión Emaús se encargaba de cuestiones sobre duelo y Misión San Marcos dedicada a la psicoterapia.

CEFIC surgió también en respuesta a interrogantes personales de sus creadoras –Haydee es una de ellas- posteriormente, se extendió a una comunidad religiosa y finalmente dio origen a una asociación civil. Actualmente, las misiones desaparecieron y CEFIC se especializó en atención del duelo. MSJ entonces salió de la asociación. A partir de MSJ se crearon otros grupos: uno en la ciudad de Chihuahua y otro en El Paso. (Carrasco, 2016; Aguirre, 2015)

Tal vez las aportaciones más importantes del grupo van en el sentido de identificación con la situación de adopción de sus miembros y la oportunidad para expresar sus preocupaciones y sentimientos en un ambiente de comprensión. Como expresaba Haydee en una reunión: “Aquí sabemos que no somos los únicos y que contamos con otros [...] nadie entiende lo que uno vive, lo que uno necesita, como quien lo vive igual.” MSJ constituye un soporte importante para enfrentar los miedos sobre la adopción, pero también para superar el dolor que causa la infertilidad. Este sería, incluso, el paso previo a la adopción. Tanto en VIFAC como en CEFIC y la misma Haydee, insisten en que las personas deben haber asumido y sanado su experiencia de infertilidad para estar en condiciones de adoptar. Haydee imparte talleres para vivir el duelo de la infertilidad a los

grupos para adopción que forma VIFAC y en MSJ también trabaja el tema con sus miembros:

Porque hay que vivir un duelo, hay que aceptar que no puedes tener hijos biológicos. Y hay que vivir el duelo de la infertilidad, la negación, el enojo, la culpa, el regateo (las etapas de las pérdidas) y, finalmente, la adopción

Silvia Aguirre señala que en grupo se resuelven asuntos que de manera individual es más difícil superar

Entonces salen de ese proceso de victimización y se van al empoderamiento ¿Pero cómo? en otros, en el otro lo que no puedo entender en mí, cuando alguien lo comparte, lo entiendo, lo que no he visto en mi proceso, cuando alguien lo habla, lo veo, lo que he cubierto y no siento, cuando alguien lo expresa lo atiendo y lo siento y lo resuelvo (Aguirre, 2015).

Durante las reuniones de MSJ se puede percibir cómo las personas encuentran comprensión, sienten confianza para hablar de sus experiencias y expresar sentimientos pues se dan cuenta que otros han vivido o están experimentando situaciones similares. El miedo, dolor o culpa que han tratado de ocultar a otras persona y a veces no han podido reconocer ni ante ellos mismos, cuando escuchan a los demás, se manifiesta hablando de las experiencias, reconociendo los sentimientos, expresando las emociones.

Una vez superado el duelo por la infertilidad las personas están en mejor posición para evaluar la opción de la paternidad y maternidad adoptiva. Los testimonios de otros padres y madres les ayudan a comprender lo que implicaría esa decisión y a decidir de una manera más informada y con mayor seguridad.

Y eso es lo que nosotros en el grupo insistimos mucho, a las parejas que se acercan, que no han dado el paso a la adopción, de que la adopción no es un patrocinio, la adopción no es porque pobrecito el niño, la adopción no es porque voy a hacer un acto de amor, la adopción no es porque con eso me voy a ganar el cielo, todo lo que la gente te dice. La adopción es que tomes a otro ser humano como tu hijo y lo asumas como tal y lo aceptes con lo que ese niño o niña traiga a tu vida y lo que vienen a experimentar y a vivir y acompañarlos de la mejor manera en esa experiencia.

La adopción, de acuerdo con esta explicación, no es un acto de caridad, es otra forma de constituir una familia, en la que los(as) hijos(as) son tan hijos(as) como lo son los

biológicos y los padres y madres son igual de legítimos. Este reconocimiento forma parte de la construcción de las paternidades y maternidades adoptivas, que además se distinguen por su singularidad ya, que según explican, no cualquier persona puede ser madre o padre adoptivo(a), se requieren cualidades especiales. Haydee hace hincapié en que la adopción no es una decisión, sino una vocación. La infertilidad no implica capacidad para la adopción. Aunque la adopción surja del deseo de ser padres y madres, no es un remedio, no todas las personas pueden ser padres o madres adoptivos(as)

... no todas las parejas infértiles son papás adoptivos, o sea, no es un remedio. [Aunque] la adopción en sus inicios surge como un movimiento egoísta por parte de los papás de querer ser normales y tener hijos y ser una familia normal.

La integración del(a) niño(a) en la familia forma parte de las estrategias de los sujetos. Un tema importante es el miedo a que su hijo(a) sea rechazado(a) por la familia y las amistades. En el grupo los ayudan a enfrentar el miedo y les dan herramientas para involucrar a las familias. Haydee señala que son pocas las familias que se enfrentan con este problema, pero sí llega a ocurrir. Y generalmente se resuelve pronto ya que en el fondo ellos también tienen miedo, por lo que una de las estrategias es que los padres y madres se muestren seguros:

Lo que nosotros recomendamos. La familia... si la van a enterar, que ella participe desde la decisión y manifestar pues que la decisión es de la pareja, la decisión no la tiene nadie más que la pareja. Sugerimos involucrarlos en un momento dado, por ejemplo, el día que se recibe al bebé, el día que se hacen los bautismos. [...] Y es muy raro, no nos ha tocado que la familia siga renuente, por lo regular es en cuanto llega. Porque lo que tienen es miedo, también. En la medida en la que a ti como papá adoptivo te ven tranquilo, seguro, y muy consciente de lo que estás haciendo, a ellos se les baja también el miedo.

Las personas que se encuentran en proceso de adopción y quienes han adoptado recientemente aprenden de las experiencias de otros miembros más antiguos. Pero en general todos se benefician de compartir experiencias. Las personas pueden encontrar y compartir estrategias para enfrentar problemas comunes:

Entonces, trabajamos todos esos temas que son propios, pues de nosotros ¿verdad? De cómo le hemos hecho los que llevamos más tiempo con nuestros hijos. A los que apenas van empezando, pues los vamos orientando y, sobre todo, es que no se

sientan solos [...] como a nosotros nos tocó desde el principio, como ir tratando de hacer una red de apoyo, pues ya a estas personas los podemos orientar.

Uno de los primeros asuntos que enfrentan respecto a los hijos es la decisión sobre hablar o no con ellos(as) de la adopción y cómo hacerlo. Existe actualmente una tendencia a no mantener en secreto la adopción. La apertura es promovida a través de los convenios internacionales, y en México el DIF también sigue esta disposición⁹¹. Algunos padres y madres entrevistados han señalado que en los talleres se les sugiere hablar de ello con los(as) niños(as). No obstante las recomendaciones de apertura, en una sociedad que valora tan alto la biología para construir vínculos de parentesco, no es sencillo explicar a los niños lo que generalmente se concibe como el “abandono” de quienes los engendraron.

Un miedo muy común es ¿Cómo le voy a decir? Es como el miedo más arrollador ¿Cómo le voy a decir al niño que yo no lo parí? ¿Le digo o no le digo? Pues desde ahí. Nosotros sugerimos: la verdad nos hará libres, pues entonces, yo creo que ellos tienen derecho a saber su verdad y nosotros no somos quien para ocultársela, porque aparte sería como si tú lo vieras mal, entonces nosotros siempre recomendamos decir la verdad.

De acuerdo con las entrevistas con los padres y las madres, a los niños se les ha transmitido esta información por medio de un cuento. Una madre comentó que la recomendación había sido contarle a su hija desde que era bebé, aunque no lo comprendiera aún. Con algunas variaciones, la historia que se transmite a los(as) hijos(as) es la siguiente: ellos en el cielo eligieron a su mamá y a su papá, pero brincaban y no podían llegar hasta su mamá. Entonces, Dios les ofreció ayudarlos a llegar por medio de la pancita de otra mamá y ella los haría llegar con la mamá y el papá elegidos. Así, se gestaron también en el corazón de su mamá adoptiva, por eso son hijos del corazón. Conforme crecen, irán haciendo preguntas “y tú le contestas lo que el niño va preguntando. Obviamente crecen en edad y crecen en preguntas, hasta que les queda claro el proceso de lo que es la adopción”

Según las experiencias de Haydee como terapeuta y como coordinadora del grupo, los padres y madres adoptivos(as) por lo general tienen que resolver problemas de sus hijos(as) que se generaron desde la gestación: “la mayoría de nuestros niños han tenido muy [mala gestación]. Han sido embarazos ni atendidos, ni amorosos, ni afectivos, ni mucho menos.

⁹¹ Según la entrevista con la ex Procuradora Lourdes Caraveo (2016).

Han sido embarazos muy complicados” esto repercute en “problemas neurológicos, trastornos del sueño, trastornos obsesivo-compulsivos, ira, bla, bla, bla, bla, todo lo que tiene que ver con la parte del sistema nervioso central y con la parte neurológica”. Señala que muchos de los(as) niños(as) tienen problemas para dormir, tristeza, depresión y bajo rendimiento en la escuela. En el grupo se orienta a las madres y padres para atender esos casos: “qué es lo recomendable en estos casos, cómo lo pueden evaluar, qué tipo de examen se les puede hacer, etcétera”, también tienen identificados médicos, neurólogos, sacerdotes y demás profesionales y servicios donde son “conscientes de la adopción”.

Como señala Howell (2001) En la adopción las categorías del parentesco se amplían para incluir a las madres y los padres adoptivos(as) y biológicos(as) en la red de parientes. La existencia de otros padres y madres (biológicos) es una cuestión que cuesta trabajo resolver: “Esa sensación de estar compartiendo la experiencia, ellos desde la parte biológica y nosotros desde la parte de crianza”. Aunque no pretenden que intervengan en la crianza, deben reconocer y aceptar su existencia. En este grupo, los padres biológicos se consideran parte de la genealogía de los hijos y las hijas. Es muy importante también no emitir juicios respecto a su decisión de dar a los hijos en adopción,

... no emitir ningún juicio de por qué lo dejaste, o por qué no lo atendiste. Es estar en paz con lo que ella le haya podido dar y no emitir ningún juicio

... trabajamos mucho que la figura tanto de la mamá biológica, como del papá biológico esté plenamente... como sano, en nosotros, porque en esa medida, si no está sano, el niño lo va a resentir porque los dos somos sus papás, ellos desde la parte biológica y nosotros desde la parte de crianza.

En MSJ realizan ejercicios para ayudar a las madres y a los padres a generar vínculos con los(as) hijos(as), sobre todo cuando no los(as) adoptaron recién nacidos(as). El discurso del apego se escucha con frecuencia durante las entrevistas y como se vio en el capítulo anterior, también en el discurso científico. Recordemos que uno de los cuestionarios que se aplican en VIFAC es el CUIDA, que además es de uso generalizado, según señala la subdirectora de adopciones de VIFAC Estado de México. Uno de los aspectos de la personalidad que se evalúa con este instrumento es la capacidad para establecer vínculos afectivos o de apego.

En cuanto a la maternidad en nosotras, es trabajar el vínculo y el apego. Trabajamos dinámicas de apego, trabajamos dinámicas de vínculo. En niños chiquitos, menores de dos, de tres años, yo creo, el vínculo y el apego se va dando de la cotidianidad, de lo que le vas dando al niño. En niños ya más grandes el vínculo tarda tiempo en darse, de dos a siete años, tarda en darse ese vínculo afectivo profundo, porque obviamente un niño más grande, pues... trae más heridas, trae más recuerdos que un niño pequeño.

MSJ no sólo congrega a padres y madres adoptivos(as), también se procura reunir a los(as) hijo(as) para que convivan con otros niños(as) que están en la misma situación y así sepan que pueden recurrir a otros que los entienden: “que conozcan niños que viven lo mismo y que eso les de tranquilidad y que les dé un sentido también de pertenencia a algo que no es extraño, raro o lo que sea.”

Como señala Galvin (2001) citado por Grau (2010, págs. 86-87), el parentesco requiere de una ratificación social que legitime el vínculo. En este sentido, el grupo es activo políticamente, para incidir en el diseño y aplicación de políticas públicas. Haydee platica que un año atrás, en el Congreso estaban analizando la posibilidad de volver a incluir la adopción simple en la ley, lo que en el grupo se interpretó como un retroceso en la legislación. Se organizaron para enviar una representación del grupo para que explicara en el Congreso las implicaciones de ese cambio

Y nos fuimos, yo representando al grupo, nos fuimos una abogada del grupo y yo al Congreso y hablamos con los diputados y platicamos desde nuestra realidad, por qué nos afecta, etcétera, etcétera. Y tuvimos muy buena respuesta, de hecho ellos nos dicen: hójole, es que no sabemos qué realidades viven ustedes. Creo que eso fue bueno, se logró también que se pudiera dar días de descanso a las mamás que adoptaran hijos, porque no teníamos ese derecho.

Algo muy importante para las personas relacionadas con la adopción es generar un cambio en la forma en que la sociedad percibe la adopción, se trata de que se reconozca como una forma legítima de constituir una familia. Con este propósito, como asociación realizan labores de difusión: “es una de las funciones del grupo, dar a conocer la adopción como una opción o formato de familia y quitar todos los mitos que existen de lo que es la adopción, lo que sí es y lo que no es”. Han realizado esta función a través de la televisión, en los periódicos, han organizado mesas de trabajo con funcionarios relacionados con la adopción.

Pretenden que la adopción se convierta en un tema del que se pueda hablar libremente y sin prejuicios, ya que actualmente constituye una cuestión que no es fácil abordar, es un tema “supertabú”.

La necesidad de un cambio en la forma de concebir la adopción se refiere con frecuencia durante las entrevistas como la construcción de una “cultura de la adopción”. Ellos(as) quieren contribuir para crear esta nueva forma de racionalidad reproductiva en la sociedad.

Los padres adoptivos, las asociaciones y otros involucrados en el tema de las adopciones se esfuerzan por generar el reconocimiento de la adopción como una forma normal de crear familias. Los discursos en torno a los derechos humanos, especialmente los derechos de los(a) niños(a), así como los estándares de moralidad reproductiva actuales –desde una perspectiva occidental- se concretan en la familia adoptiva, ya que estos padres y madres adoptivas reivindican el amor y el deseo-elección que debería dar origen a la descendencia. Los padres adoptivos son los que más han deseado y se han preparado para ser padres, la sentencia “nunca tenemos a nuestros hijos por accidente” se repite con frecuencia entre ellos. Tarducci (2013) señala que la familia adoptiva es percibida cada vez más como la encarnación del modelo ideal de familia.

Frecuentemente se habla de la cultura de la adopción, utilizando cultura como sinónimo de hábito o práctica, como por ejemplo: fomentar la cultura de la adopción de niños mayores. En México, y en particular en Chihuahua, el ejercicio de la paternidad y la maternidad a través de la adopción todavía se ve con recelo, como una opción devaluada y hasta riesgosa. Algunas personas entrevistadas esperan que sus experiencias contribuyan para que la adopción se conozca y se valore, ya que, como señala la directora de VIFAC Juárez, sigue siendo un tema del que no se habla: “El tema de la adopción es muy difícil a nivel sociedad, no tenemos la cultura de la adopción bien afianzado en México, entonces sigue siendo un tabú”.

No sé si de chiquita te decían que eras tú la adoptada porque eras más diferente, o le decían a uno de los hermanos porque era diferente que era el adoptado. Y como tenemos muy arraigado esto, pues pensamos que ser adoptado es malo. O lo vemos como que fuiste el abandonado de la familia (Amezaga, 2016)

Para Vicente Vivó, ex Procurador de la Defensa del Menor y la Familia, la cultura de la adopción se refiere a asegurar el bienestar de las y los menores. La adopción debería responder a la necesidad que tienen los(as) niños(as) de vivir en familia. Para garantizar ese derecho, el proceso administrativo de la adopción tendría que ser sencillo y ágil para que los niños no permanecieran en instituciones por mucho tiempo. Se advierte la influencia del discurso internacional sobre el interés superior del niño en su forma de explicar

Lo principal de todo fue tratar de empezar a cambiar la cultura en que la adopción es un beneficio para el niño. Entonces, el juez tenía que darse cuenta que era un beneficio para el niño, que era urgente que lo adoptaran; la autoridad administrativa tenía que darse cuenta que lo mejor para el niño no era que estuviera en la casa cuna ni en el albergue, sino que estuviera en una familia; y los papás tenían que tener la cultura de que la adopción debería de ser para solucionar un problema del niño, que por añadidura beneficiaba a ellos. (Vivó, 2016)

Durante las conversaciones con los padres adoptivos, con Haydee y las voluntarias de los VIFAC Chihuahua y Juárez, destaca una tendencia a interpretar tanto la situación de imposibilidad para tener hijos(as), como la de no ser criado por los padres biológicos, como un destino, como un camino señalado por la divinidad. Con frecuencia se refieren a esto como “lo que nos tocó vivir”. En la sesión del grupo MSJ, descrita antes, el ejercicio realizado corresponde a la psicoterapia llamada “Constelaciones familiares”, según la cual, existe un orden predefinido, un destino que los individuos deben aceptar con humildad para alcanzar la felicidad (Rodríguez y Morales, S/F)”.

Hasta aquí hemos visto el funcionamiento de las organizaciones desde el punto de vista de las coordinadoras. Sus opiniones concentran una forma de percibir la paternidad y la maternidad adoptiva, los retos que perciben y la manera como los enfrentan. Destaca en primer lugar el dolor de sentirse incapaz de procrear y el gran reto de naturalizar este tipo de reproducción. En adelante veremos a través del proceso de adopción las estrategias mediante las cuales estas personas lograron constituirse como padres y madres.

El destino señalado por Dios

Las parejas o mujeres decidieron en algún momento abandonar los tratamientos médicos ya fuera por cansancio, cuestiones morales, económicas, de salud o la combinación de varios de éstos, una de las mujeres dice: “tocas fondo”. En una sociedad donde la familia nuclear

de bases biológicas es el ideal, renunciar a la maternidad y paternidad biológica no es fácil. Paradójicamente, el discurso de los derechos humanos y especialmente el derecho a decidir sobre la propia reproducción, tan presente en la racionalidad reproductiva occidental, contribuye a producir una idea de irrealización cuando los deseos que dan origen a las elecciones no se cumplen, ya que el individuo autodeterminado y libre para elegir, promovido por el discurso, es responsable tanto de sus elecciones como de la realización de éstas. Ellos(as) tuvieron que replantear sus expectativas y valores sobre la familia y las relaciones de parentesco, ya que no renunciaron a la posibilidad de ser padres y madres, sino que consideraron la adopción como la siguiente alternativa.

Llegaron a este punto después de haber atravesado un proceso difícil de ciclos recurrentes en los que la desilusión sigue a la esperanza cada vez que no funciona un procedimiento. “Llegan en desastre”, “han sido lastimados física, emocional y espiritualmente” señala Aguirre (2015). Además, el dolor que produce la imposibilidad de tener hijos lo cargan solos, pues no han tenido manera de expresarlo o sienten que los demás no los pueden comprender. Bestard señala que la paternidad y la maternidad carecen de un valor absoluto, sin embargo, son culturalmente valorados. Existe, por lo tanto, un vacío en la cultura para definir de forma precisa la incapacidad de tener hijos(as). Los estatus de padre y madre son de valor relativo, entonces, las personas que no alcanzan esos estatus, tampoco tienen uno de marginación real. Por esta razón no se puede transmitir la angustia por el deseo no cumplido (2003, pp. 24-26). Una de las madres adoptivas lo describe así: “Estás incapacitado para tener hijos de una manera biológica pero como no es algo visible, lo cargas por lo regular en secreto y lo sacas con mucho dolor”. Otra madre señala que el dolor también se convierte en enojo: “Acumulas mucho enojo porque no se te dio. Son muchos años, quedas muy lastimada. Te aíslas porque te choca que te estén preguntando”.

Han tenido que renunciar a la formal “normal” de crear una familia y si bien, la adopción está ganando reconocimiento a nivel internacional, en Chihuahua sigue siendo una forma estigmatizada de crear una familia. El ideal de los lazos de sangre y la incertidumbre sobre el reconocimiento social del(a) hijo(a) son componentes importantes del miedo que produce la adopción y que tendrán que resolver para construir una paternidad y maternidad legítimas

Te enfrentas a algo desconocido, a lo que siempre te han comentado, de que si será lo mismo, de que si los lazos de sangre, de que si la gente, todos sus prejuicios, te enfrentas a que, ay qué va a decir la gente, cosas así. Es como algo desconocido, que dices ah caray. A lo mejor es una posibilidad para mí ¿estoy preparada para eso?

Las personas se preguntan si están preparadas para enfrentar esta opción, según la experiencia de la Psicóloga en el Comité de Adopciones, tienen dudas sobre si podrán establecer los lazos afectivos padre/madre – hijo(a):

[se preguntan] ¿Lo iré a poder querer? ¿Podré de verdad sentirlo un día como si fuera un hijo? Las investigaciones y los estudios, y además lo que yo vi también, es que te enamoras del bebé, en un alto porcentaje de los casos.

Además, está muy extendida la idea de que la herencia genética, además de características físicas incluye temperamento. Tienen temor sobre las condiciones de salud que pudieran heredar, pero especialmente temen descubrir conductas indeseadas en los(as) niños(as). Según la Psicóloga (2016), las personas llegan con muchas ideas preconcebidas sobre la adopción. Principalmente respecto a la herencia genética:

Durante muchísimos años se creyó que heredábamos ¡todo! Entonces, la gente tiene la idea [aún ahora] de que si adopta un niño que no se sabe de dónde viene, entonces, pues no vaya a ser que le salga un maniático sexual, un psicópata, que vaya a ser ladrón, etcétera. Es decir, que vaya a heredar la mala entraña de alguno de sus ancestros. Como si todos estuviéramos libres de tener por ahí un antecesor chiflado.

Generalmente desconocen los procedimientos y todo lo que tiene que ver con esta nueva etapa del proceso. No cuentan con referentes para orientarse, porque la apertura en las adopciones es reciente, el tema se había tratado con reservas, no se hablaba abiertamente, a veces ni al interior de la familia. Como señala uno de los padres adoptivos “Es complicado en el sentido que no tienes asesoría” él hace una comparación con alguien que inicia un negocio, si su familia ya le heredó la experiencia, no le resulta complicado, pero si no cuenta con ese antecedente la empresa se vuelve difícil.

Otro de los temores comunes sobre la adopción es lo que implica hacerse cargo de un niño cuyos antecedentes se desconocen, es decir, las condiciones de su gestación y los primeros años de vida, si es el caso. Existe una inclinación a pensar que estos eventos se

desarrollaron en un ambiente hostil que pudo haber dejado secuelas en la salud física y mental del niño o de la niña. Marre (2011, pp. 42-43) advierte que los menores adoptados(as) son generalmente considerados huérfanos aunque no lo sean en la realidad, esto respondería más bien al deseo de exclusividad de la maternidad (y la paternidad). De acuerdo con la información encontrada en esta investigación, lo que destaca en el discurso, en lugar de la retórica de la orfandad, es una idea de “rechazo” de las familias, especialmente de las madres, hacia esos(as) niños(as). Desde este punto de vista, los niños serían como los denomina Marre, “huérfanos sociales”. Aunque muchas de ellas reconocen que para algunas de esas madres, dejar a sus hijos(as) debe representar un sacrificio, al mismo tiempo temen que ciertos comportamientos como adicciones a sustancias, o una vida con violencia haya afectado a sus hijos(as). Así lo expresan dos madres adoptivas:

...todos pasamos por lo mismo. Es un miedo normal, de que si... ¿voy a poder sacarlo adelante? ¿Y si trae problemas? Porque tus hijos... una realidad es que viven un rechazo, no lo podemos borrar, de que traigan algún problema: hiperactividad por droga, por esto, por lo que pudo haber hecho su mamá biológica o su papá. Son cosas que no vamos a poder borrar, es ahí donde te entra el miedo ¿voy a poder con lo que venga? Porque sacar adelante con la comida, la escuela... esa vale gorro, la sacada adelante emocional, ésa es la que más te da miedo ¿vas a poder sacarlo adelante? Porque no a todos nos va igual ¿verdad? Hay casos difíciles, hay casos muy light, hay casos pues que no pasa nada.

No sabemos qué programación traen. Porque entendemos que desde la gestación existe ya una programación. De rechazo. A nivel celular. Esa simbiosis que se hace entre madre e hijo ¿verdad? Que lo rechazas o constantemente le estás hablando mal a tu bebé. Todo eso de alguna manera...

Así como los miedos comunes influyen, también la buena disposición de otras personas para ayudar a veces resulta una fuente de ansiedad mientras están considerando la adopción. No solamente conocen las concepciones comunes sobre los “peligros de la adopción”, también reciben “ayuda” bien intencionada pero con efectos indeseables: “Todo mundo se preocupa por ti, todo mundo te ofrece, y todo mundo... Según ellos te quieren cambiar la vida. Te ofrecen hijos por todos lados”. Esta actitud, muchas veces insistente, genera más inquietud, como señala una de las mujeres:

... y sí fue difícil tomar la decisión porque en el inter que tomas la decisión, te llegan opciones ¡por todos lados! Como saben, por parte de la familia, todo mundo,

saben que te tratan, saben que andas en la búsqueda, todo mundo [te recomienda]: y si esto, y si lo otro, oye me dijeron que la vecina tiene la que trabaja de la vecina de la otra que la conoce, que no quiere a su niño ¿no les interesaría? Y tú: aaaaahhhh si sí o no, que miedo, si pero sí, o no pero no, y ¿cómo la ves [le decía a mi esposo]? No, espérate. Y tú: aaaahhhh, y si esto, y si lo otro aaaahhhh. Y es un así, ¡ínflate! Y ¡desínflate! Y ya estás al pendiente. Dios mío, dime si sí o si no. Este, lanza una lucecita ¡señales! por favor. Y de repente, ¿cómo va la criatura? Pues ahí va, ya nomás que se alivie, o ya de repente: ¡va! se alivió y se fue. Y dices, no pues no era para mí, y te desinflaste por completo.

Varias de las parejas empezaron a explorar la adopción sin dejar del todo los tratamientos médicos, ya que parece un camino más seguro, más conocido. Finalmente la divinidad permite entender y aceptar la situación, sentir que la adopción es un destino en el que contarán con un apoyo superior. Así se puede observar en las narraciones de un padre adoptivo, en el primer párrafo y de una madre adoptiva, en el segundo:

Y ya nos acercamos al DIF y ya vimos esa situación. Y no te creas, sigue existiendo un ¿cómo irá a ser? Ahí empieza a cambiar tu forma de percibir la paternidad. ¿Será que esto no es para mí? de alguna manera reniegas y ya después te pones en manos de Dios, que es lo más importante.

Yo ya le había platicado a él sobre la adopción, ya lo habíamos platicado. No que lo sintiera renuente, así... pero como que yo sentía que él todavía no perdía la esperanza de podernos embarazar de manera normal [...] al final de cuentas dijo mi esposo: ¿cómo ves? Yo creo que Dios nos tiene otro camino. Nosotros sí queremos ser papás ¿verdad? Pero igual Dios tiene otro plan, empezábamos así a aterrizar.

Como advierte Haydee, las personas se acercan a la adopción partiendo de un “movimiento egoísta”, “de querer ser normales y tener hijos”. Alguien más dijo: “yo lo que quería era ser feliz con un hijo”. Durante el proceso de búsqueda tuvieron que ir ajustando sus expectativas inclinándose hacia el reconocimiento del bienestar de los(as) niños(as) como prioridad.

El proceso de adopción

Del derecho a decidir al interés superior del niño

Según Haydee, una percepción generalizada en el grupo –y algunos de los entrevistados también lo manifestaron- el primer acercamiento al DIF suele ser un evento desagradable

“el primer trancazo” dice ella. Sienten que cuando se acercaron a pedir información, fueron tratados con frialdad y sin consideración, “como un número más” o “como objetos”. Piensan que el personal no tiene la capacitación adecuada para tratar con personas que padecen el dolor de no poder tener hijos. En seguida los testimonios de Haydee y de otra madre adoptiva:

Te enfrentas a otra realidad completamente difícil que es estar frente a una institución en donde no tienen una conciencia sobre la adopción. En donde no hay alguien especializado en temas de adopción. Es simplemente un subdirector o es simplemente el abogado o es un psicólogo o es el encargado de adopciones que no tiene ninguna preparación, ningún tacto. Entonces ahí es donde tienes el primer trancazo. Te tratan como cosa, y en eso coincidimos todo el grupo, no hay ninguna empatía. Y ahí es donde te das cuenta que estás en una situación que hay que tener mucha paciencia para poder conseguirla (Carrasco, 2016)

Cuando estás en esta parte qué importante es cómo trates a la pareja, a la persona que te viene a pedir informes. No tienen idea, en qué calidad va uno: porque tú vas, para empezar, temblando de miedo, porque no sabes, si sí vas a hacer lo correcto o no; no sabes con qué te vas a enfrentar, porque no sabes, vas a lo desconocido. Como tenerlo biológicamente, pero un poquito diferente (se ríe), entonces te da miedo, tomar la decisión de adoptar. Es una decisión muy fuerte, es una decisión con mucho valor y mucho miedo.

Uno de los padres sugería que algunos de los puestos de atención del DIF deberían ser ocupados por padres o madres adoptivas(os), cuya experiencia les ayudara a ser empáticos con los solicitantes de adopción. Se puede decir que durante estos eventos coincide lo que se percibe como falta de tacto y de capacitación de los funcionarios del DIF con el desconocimiento de los solicitantes y sus expectativas.

No solamente enfrentan la dureza de las instituciones, también descubren que existe una práctica de adopción ilegal que puede terminar en desilusión y también en fraude. En el grupo MSJ siempre se sugiere que las adopciones se realicen por la vía legal. La mayoría de las personas han recibido ofrecimientos de bebés, generalmente de trabajadoras domésticas embarazadas que no desean o no pueden conservar a sus hijos(as). A veces ocurre que al final la madre decide conservar a su hijo(a). También es común que las mujeres ofrezcan al bebé sólo para conseguir atención médica, pero en realidad no tienen la intención de darlo.

Y luego te animas a adoptar, y te das cuenta que hay otro negocio [como sucede con la reproducción asistida], que hay mujeres que pueden tener hijos biológicamente, que comercian, con el dolor de las mujeres que no pueden para que les paguen todo el embarazo, todas las citas con el ginecólogo, diciéndoles que van a dar a su hijo en adopción y luego resulta que no es cierto.

Cuando las personas platican sobre el historial que deben presentar al DIF, lo refieren como un trámite tedioso, que lleva tiempo y requiere muchos datos. Cualquier institución en la que se puedan realizar adopciones, tiene la obligación de recabar los datos que solicita el DIF, ya que todas las adopciones, incluidas las llamadas adopciones externas, deben ser autorizadas por este instituto. En el estado de Chihuahua, además del DIF, VIFAC es la única institución que tramita adopciones y ésta pide, además de los requisitos del DIF, otros propios.

Antes de poder ingresar su solicitud al DIF, los(as) aspirantes deben tomar el Taller para Solicitantes de Adopción. La asistencia a los talleres se programa con base en una lista de espera, donde las personas pueden permanecer, a veces hasta por algunos años, antes de ser llamados. Como lo explicaba el ex procurador Vivó (2016), hay más solicitantes que niños que pueden ser adoptados, y la disponibilidad se reduce todavía más de acuerdo con las preferencias de las personas –con relación a edad, sexo, condiciones de salud, origen étnico. El taller se desarrolla durante 9 sesiones consecutivas que se imparten cada viernes. En la ciudad de Chihuahua el horario es de 9:00 am a 12:00 pm. En Ciudad Juárez tienen un taller a las 12:00 pm y otro a las 4:00 pm. El horario de los talleres constituye una limitante para algunas personas. Una informante de la ciudad de Chihuahua, que finalmente logró embarazarse, comentó que su trabajo no le permitía asistir a esos talleres.

Cuando las personas empiezan a explorar la alternativa de la adopción, aún no han resuelto la cuestión de no poder tener hijos. Y algunos piensan que esta alternativa puede ser más fácil de alcanzar que el embarazo. Creen que si llenan los requisitos, si llevan todos sus documentos, pueden ayudar a agilizar el proceso para tener un hijo en corto tiempo. Así lo vivió una de las parejas

Ella: Llevábamos ya papeles listos. Le sacamos copias a unos papeles que ya habían metido unos primos. Dijimos: para no dar dos vueltas, de una vez sacamos copias y nos evitamos una vuelta. Yo juraba que ya casi iba a salir con niño en mano

¿verdad? ¡O triste decepción! Él: Que llegamos y la primera respuesta [que nos dan...] Sin más nada [nos dicen:] las adopciones están cerradas. Entonces ahí botamos en la puerta de entrada, ahí nos regresaron en la ventanilla de información.

En VIFAC son más conscientes de la situación que han estado viviendo las personas que están buscando una adopción, ya que esta institución tiene muchos años de experiencia en el tema (a nivel nacional), aunque la adopción no constituya su objetivo central. Han desarrollado estrategias para tratar de no herir a las personas cuando no llenan los requisitos para adoptar con ellos. Una de éstas es mantener los grupos de espera siempre cerrados. A los solicitantes les entregan un formato para que lo llenen con sus datos y lo envíen, y, si cumplen con los requisitos les llamarán en cuanto se abra un grupo. Cuando sus condiciones no cumplen con el perfil requerido por VIFAC, los orientan para que busquen otras alternativas. Amezaga (2016) explica que en primer lugar les recomienda acudir al DIF, y también les da una lista de instituciones de adopción en el país. En realidad el número de solicitantes aceptados se debe limitar porque la cantidad de niños(as) que estarán disponibles para adopción es incierta.

Pero el grupo cerrado permite rechazar personas de forma discreta, porque como señala Blanca “ya llegan con los sentimientos a flor de piel”. Una pareja no se integra a un grupo porque no reunió los requisitos, o porque realmente el grupo ya estaba completo. Aunque la respuesta del grupo cerrado es la misma tanto en el DIF como en VIFAC, lo importante es que en el DIF se los dicen en el mostrador de información, de una manera despersonalizada. En VIFAC los atienden y los orientan sobre otras alternativas. De las diez parejas y madres entrevistadas, cuatro adoptaron en VIFAC. Otra de las mujeres acudió a pedir informes y comenta que después de conocer los requisitos, decidió buscar otra opción. En seguida un padre que adoptó en VIFAC y una madre que prefirió la opción del DIF:

Por diversos amigos y parientes, por accidente, todo mundo nos empieza a señalar VIFAC, tal vez porque VIFAC hasta ahorita es la organización más conocida no nada más en Chihuahua, sino en todo el país, es la que está más generalizada por todo el país, tiene centros en casi todos los estados. Y decidimos presentarnos ahí. Ahí nos encontramos con que aparte de los requisitos legales, era una serie de requisitos particulares de VIFAC, por cuestiones de religión. Pero bueno, pues los cumplíamos y nos aventamos a hacer ¡todo! Lo que nos pedían.

Hablé a VIFAC primero [... Pedían] Muchos papeles, antes no había VIFAC aquí, tenía que ir a Chihuahua. Y [teníamos que] traer la carta de un padre [sacerdote] que nos [conociera y]... ¡ay no! No, dijimos, tampoco.

Los grupos de VIFAC tienen la función de formar a los padres y las madres durante el periodo de espera. El primer paso consiste en ayudarlos a superar el dolor de la infertilidad. Haydee señala que este asunto es difícil de resolver, aun con ayuda profesional

Yo hago talleres para vivir duelo de infertilidad en VIFAC, cuando hacen el grupo de papás. Y a las parejas, todavía ahí, ya previos a estar en un grupo para adopción, les cuesta trabajo decir que son infértiles, todavía a esas alturas. (Carrasco, 2016)

La importancia de que las personas resuelvan su incapacidad para tener hijos(as) radica, en que deben estar emocionalmente preparados(as) para hacerse cargo de un(a) niño(a) con el que no los une un lazo biológico, y así asegurar el bienestar de ese(a) niño(a). El enfoque sobre un sujeto de derechos cambia cuando se trata de adopción. Durante los procedimientos de reproducción asistida, los adultos que buscan la paternidad y la maternidad, son el centro. Ellos(as) son quienes toman decisiones y tratan de ejercer sus derechos reproductivos. Los tratamientos se realizan para satisfacer su deseo de ser padres y madres. Cuando se trata de adopción, los derechos que se protegerán en primer lugar son los derechos de los(as) niños(as). Para ser consideradas idóneas, las personas deben comprobar que ya abandonaron su deseo de tener hijos(as) biológicos(as), y que comprenden que la adopción se realiza en función de los intereses de los(as) niños(as). Se entiende que si no han superado el dolor de no haber podido tener hijos(as), entonces, aún desean un hijo biológico y no están preparados para adoptar. Los padres y las madres adoptivos(as) afirman que terminan entendiendo que el objetivo de la adopción es “buscar padres para unos hijos(as) y no hijos(as) para unos padres”.

Las personas que asisten a los talleres de duelo, ya sea en VIFAC, MSJ o CEFIC, atraviesan por el proceso de la adopción de una manera más segura y con menos dolor. Así lo dice una madre adoptiva:

Para mí fue vital y fue de bendición. Como que nuestra espera fue en paz, fue de preparación, fue de sanación. Porque Haydee, que era la persona que nos daba los cursos, pues bien centrada, ella también mamá adoptiva, con esa experiencia, con ese caminar, que sanamos... nos olvidamos en ese momento del hijo y nos

centramos en sanar nuestras cosas espirituales, nuestras cosas que traíamos trabadas, porque igual traemos cosas que tenemos que sanar primero. Para recibir a nuestros hijos tenemos que estar bien. Entonces fueron esos momentos, fueron esos meses de bendición, ya cuando llegó mi hijo, fue muy bonito, muy bonito.

Solamente se entrevistó a una persona que, debido a sus condiciones económicas, no llegó a ser considerada apta para la adopción, el resto de los(as) informantes son madres y padres adoptivos(as). El tiempo para recibir a sus hijos(as) depende del lugar donde se realice la solicitud, de sus preferencias en la adopción –edad, condiciones de salud, origen étnico- y de que existan niños adoptables. También depende de las políticas de cada administración de gobierno. La mayoría de estas personas adoptaron cuando las ideas sobre lo que es mejor para los niños iban en el sentido de que se integraran pronto en una familia, no necesariamente la familia biológica. El siguiente testimonio de un padre adoptivo puede ilustrar sobre lo que se percibe como discrecionalidad de criterios respecto a la adopción de las diferentes administraciones

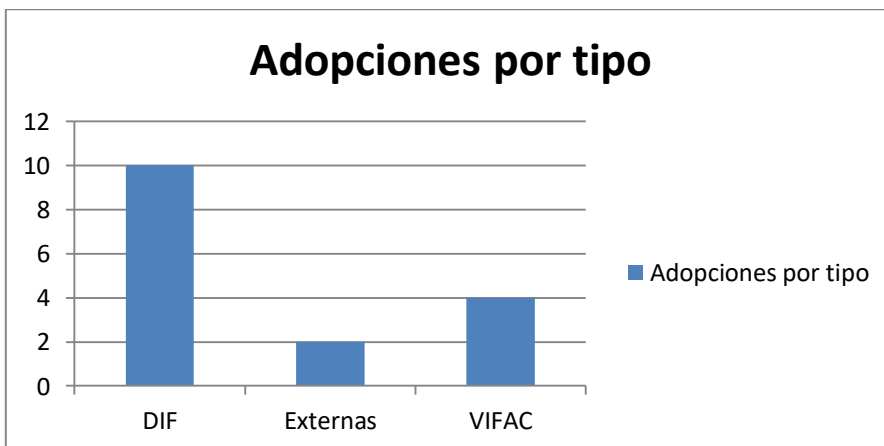
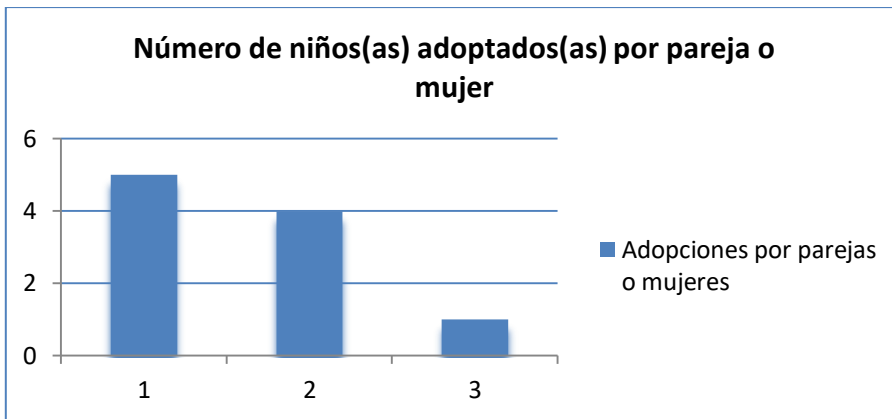
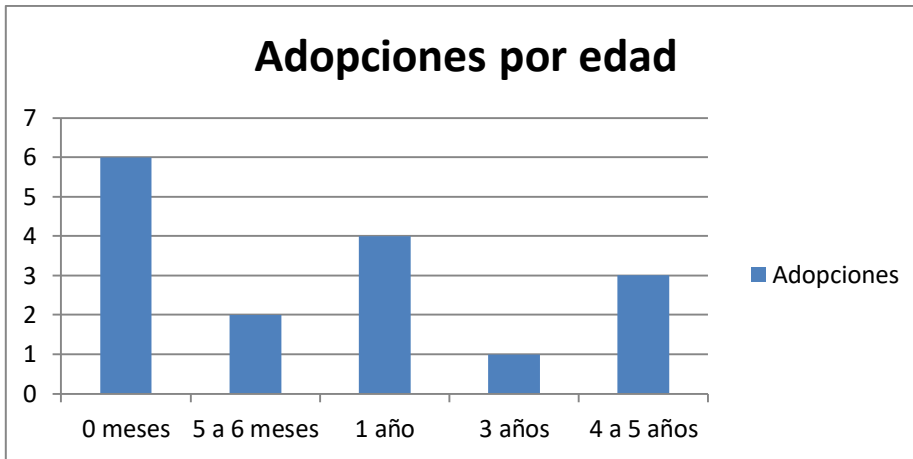
...luego nos dicen: estamos en espera, y había una cola de espera bien larga. Y de repente, la señora presidenta dice: no, no, saquen niños a discreción. Pues órale, agarren papás también y pum, pum, pum nos acomodaron a todos ¡pum! como va y ahí va ¿no? Entonces nos mandaron hablar a todos. Pero no porque haya sido un proceso... ¿qué diría yo? Un proceso con protocolo, o bien ordenado del DIF, o que haya seguido sus pasos, sino porque la señora dijo ¿pues qué estamos haciendo? ¿no? Si queremos realmente ayudar a los niños, pues vamos a sacar las adopciones rápido. Ah, pues ahora sí que en paquete. Si no ha sido por ella, ahí estábamos, como están ahorita muchos esperando y esperando.

Una pareja adoptó durante otra gestión con políticas diferentes. Recibieron a su hijo cuando aún estaba en trámite la pérdida de patria potestad. Aunque tenían al niño en custodia, no tenían los atributos de padre y madre y tampoco la seguridad de que no tendrían que regresarlo. Después de tres años se resolvió el juicio. Ella señala que conoce personas que han esperado hasta cinco años. Se había retrasado porque buscaban a los abuelos, supuestamente por cuestiones legales, pero el Abogado (2016) señala que no es necesario buscar a los abuelos cuando los padres han dado su consentimiento. En este caso, el niño había sido maltratado físicamente. Parece que la búsqueda de los abuelos correspondía a la política de tratar de que los niños(as) se queden con su familia biológica, si no con su padre y madre, con parientes de ellos

[El tiempo que tarda en resolverse el asunto depende de] Si se presentan a las audiencias o no se presentan. También depende mucho del manejo administrativo. Por ejemplo, en mi caso, el papá y la mamá ya no [necesitaban presentarse], pero a los abuelos, como que por ley tienen que buscarlos. A un abuelo no lo encontraban... había muchos homónimos. Si en las visitas domiciliarias los vecinos dicen que ahí vive, tienen que esperar, si ahí está pero no sale, es más rápido, o si trabaja a tal hora, o en deshoras [también es un problema...] Ellos buscan, porque tienen que protegerse legalmente, que hicieron todo lo posible. Aun después de las visitas domiciliarias y que encuentran a todos los familiares, ponen anuncios en el periódico [...] si no los encuentran o así.

Salvo este testimonio, nadie comentó sobre algo similar. Según los datos de esta investigación, el tiempo de espera más largo para recibir a su hijo(a) fue de 5 años en el DIF, pero fue solamente un caso y para una solicitud por un segundo hijo(a). En el DIF el tiempo promedio que tardaron los padres/madres en recibir a su hijo(a) fue de un año cinco meses y el tiempo más corto de 3 meses. En VIFAC las adopciones tardaron de entre uno y dos años. Amezaga (2016) comenta que el tiempo máximo había sido de dos años, pero que una pareja del último grupo llevaba tres años y aún no recibía bebé.

Generalmente las personas prefieren adoptar recién nacidos, porque tienen menos posibilidades de tener problemas derivados de experiencias de violencia y también para evitar algún tipo de educación y de recuerdos de otros padres. En las gráficas de abajo se muestran los comportamientos de las adopciones. Las adopciones por edades de los niños ocurrieron así: 3 adopciones de niños de 4 años y mayores; una adopción de tres años; 4 adopciones de un año a dos; dos adopciones de 5 a 6 meses; 6 adopciones de 0 a 7 días. Solamente dos adopciones fueron de etnias diferentes y además hubo una pareja que no estableció restricciones étnicas, aunque no realizó este tipo de adopción. En cuanto al número de niños adoptados por pareja o mujer: cuatro parejas y una mujer soltera adoptaron un niño; una pareja adoptó tres niños; cuatro parejas adoptaron dos niños. El total de niños adoptados fue de 16. Todas las adopciones se dieron de una en una, solamente una pareja adoptó dos hermanos en un evento. La última gráfica muestra el tipo de adopciones: de las 16 adopciones, diez niños se adoptaron en el DIF; cuatro adopciones en VIFAC; 2 adopciones externas. Solamente dos adopciones de bebés menores a un año fueron del DIF y las adopciones de un año en adelante todas son del DIF; las adopciones externas y de VIFAC fueron de recién o de días de nacidos.



Reuniendo a los hijos con sus padres. Destinados desde toda la eternidad

Tanto las personas encargadas de asignar niñas y niños como los padres y madres que los(as) recibieron describieron situaciones que indican que estaban destinados “desde toda

la eternidad” para ellos. Esto concuerda con lo que señala Marre (2011) sobre una idea de predestinación que ayuda a fortalecer lazos y crear pertenencia⁹². Una voluntaria de VIFAC cuando explicó cómo decide a quién asigna un niño, utilizó frases como “encuentras a los papás del niño”, “empiezas a buscar a los papás, los que no son se te van”. La directora de VIFAC Juárez también describe el proceso de manera similar:

La preselección de niños se va viendo mucho. Nosotros creemos mucho en los llamados y creemos mucho en los latidos, a mí me late, yo siento, yo pienso, a mí me llamaron, me dijeron, así. Muchas veces al ver a los bebés ves la cara del papá o ves la cara de la mamá en el grupo. Yo no tengo un número así que tú eres el número 5, tu eres el 2. A ti te toca el primero, no, aquí es por llamados, por corazonadas, por lo que quieras. Entonces, a todos los vemos por igual, los niños se parecen increíblemente a alguno de ellos. [...] Igual tenemos un comité de adopciones [y] tenemos las carpetas ya con todos, con fotos y todo, y nos ponemos a evaluar. (Amezaga, 2016)

La Psicóloga (2016), señala que los parecidos ayudan a establecer los vínculos entre padres/madres e hijos(as). El Comité de Adopción recibía los documentos de los solicitantes para revisarlos cuando iban a asignar niños, lo primero que hacían era “empatar” a las parejas con los niños, revisando las fotografías y de acuerdo a los parecidos físicos: “Eso sí tiene qué ver, si tú ves un rasgo parecido a uno tuyo o de tu familia, o de tu marido, es más fácil el vínculo”. Así mismo, la fundadora de VIFAC, Marilú Mariscal (Comunicación persona, 20 de julio de 2017) indica que las semejanzas físicas son importantes para evitar discriminación hacia los niños.

Los padres y las madres piensan de manera parecida. Una de las madres adoptivas platica que en los talleres de manejo del dolor por infertilidad aprenden que todos los padres tienen un hijo que ya nació o está por nacer en algún lado, solamente esperando reunirse con ellos. Esta idea es similar a lo que señala Marre (2011) sobre una idea de predestinación que ayuda a fortalecer lazos y crear pertenencia. Tanto las encargadas de seleccionar a los padres de un niño o niña como las personas que los reciben, entienden esa asignación como una reunión predestinada o planeada por Dios. Y diversos sucesos son interpretados como

⁹² “Muchas familias ponen en funcionamiento un discurso de pertenencia a través de la predestinación o el destino que se asimila a la imprevisibilidad de la parentalidad biológica en el pasado (Marre, et al., 2011, pág. 61).”

señales que prueban esa conexión preexistente. Así se percibe en los siguientes testimonios de tres mujeres:

Creo firmemente que mi hija ya había nacido desde el año que me di por vencida y dije, bueno, está bien, ya no voy a poder ser mamá. En el momento que acepté que no podía ser mamá nació, y llegó a mis brazos casi un año después. Entonces, de alguna manera Diosito utilizó a otra mamá que pusiera su vientre, para que yo la tuviera en mis brazos.

Yo siempre pienso que Dios hizo esto, bueno más bien, desde toda la eternidad Dios te escogió, nomás que tú a veces te volteabas y te volteabas y te rehusabas. Pero yo siento que desde toda la eternidad Dios te escogió para ser papá de ese niño que tenía que cocinarse en otra pancita. Pues así sucedió, así nos tocó vivir y vivir lo más hermoso, y lo más feliz dándole lo mejor de ti a ese niño o a esa niña.

Ya ves que empecé a hacer oración en marzo [para evitar un aborto] y que la otra niña [en gestación, por la que rezaba] falleció en octubre. Hace poco vi unos papeles donde tenía yo la oracioncita y los papeles de la adopción y todo eso. Conté las semanas, las mismas semanas, las mismas semanas del ultrasonido que le hicieron a mi niña antes de nacer, eran las mismas semanas del bebé por el que yo estuve rezando. [...] Y rezaba por una niña. Y le hablé a mi mamá llorando toda emocionada, porque de veras pues estaba rezando por ella, yo no sabía y estaba rezando por ella. Desde el aspecto religioso dices, pues para mí es un milagro. Así lo consideramos nosotros.

Una mamá cuenta que la noche anterior a su entrevista con el Comité de evaluación, soñó que le ofrecían un niño que no podía caminar bien, en el sueño ella relacionó ese problema con un accidente que ella tuvo en su niñez y pensó que el niño se parecía a ella. En el sueño le dijeron que el niño tenía un golpe. Quince días después de la entrevista le llamaron para hacerle una propuesta. El niño que le propusieron tenía un golpe, como le dijeron en el sueño.

Por lo general el encuentro con el hijo o hija se describe como un momento de felicidad, lleno de señales “hicimos click de inmediato”, “Y haz de cuenta que yo parecía que lo conocía de toda la vida”,

...es el momento más importante de nuestra vida, es un momento esplendoroso, es una experiencia increíble la de ser mamá a través de la adopción. Mi hijo era un hijo muy esperado, era un nieto muy esperado, un sobrino muy esperado. Entonces, son hijos muy esperados los hijos adoptivos. Precisamente por lo que se ha batallado en

tenerlos. Y bueno, pues mi hijo llega e ilumina toda la vida de nosotros y así es como conformamos nuestra familia ya con hijos.

El tiempo que tarda el proceso de adopción, desde que hacen su solicitud hasta que se recibe al hijo o hija, es para estas personas el tiempo del embarazo. En el caso de la adopción externa, el tiempo del embarazo fue el que tardaron en recibir al bebé desde que se los ofrecieron o desde que empezaron a buscar la adopción de esta forma.

Desde que se asignan los niños(as), los padres y madres adoptivas(os) realizan lo que Howell (2001, pp. 207-215) llama un proceso de emparentamiento. Howell explica que ellos(as) legitiman su relación desde el momento del nacimiento a través de cargas emocionales de lo que para ellos significa la categoría padre/madre – hijo(a). Utilizando frases como “niños muy deseados” y “concebidos en el corazón”. Señala que los padres y madres adoptivas(as) se esfuerzan por conformar una familia de acuerdo a lo que conciben como normal. Crean eventos simbólicos de embarazo y nacimiento sobre las etapas de la adopción. Normalizan la experiencia haciendo “como si” existieran lazos de sangre con sus hijos. A través del lenguaje se desaparece a los padres biológicos colocándolos en categoría de cuidadores temporales, pues el(a) niño(a) finalmente ha llegado a donde pertenece. La noción de destino, que utilizan los padres y las madres adoptivas(as) en Chihuahua, también Howell lo encuentra en Noruega. Como se vio en el capítulo dos, en los caso de RA, también se apoyan en el recurso de una intervención divina para explicar y naturalizar la intervención de la tecnología médica en la reproducción.

En VIFAC Juárez tratan de reproducir las emociones del proceso biológico cuando dan la noticia de que ya se les ha asignado un bebé a las parejas:

Tratamos de hacer diferentes cosas, como cuando te enteras ¡voy a ser mamá! Porque eso pues ¡no lo vivimos! No lo viven ellos en su condición, en su infertilidad, no lo viven. (Amezaga, 2016)

Construyendo lazos

A menudo los hijos se nos parecen, así nos dan nuestra primera satisfacción (Joan Manuel Serrat, citado por un padre adoptivo).

Los padres adoptivos tienen una tarea que no tienen los padres biológicos, deben ayudar al hijo(a) a establecer lazos emocionales esenciales con ellos para sanar las heridas que

podiera haber sufrido previamente. Así mismo, los nuevos padres y madres también tienen que adaptarse a esa situación (Comas, 2007, p. 13). Como señala Comas, se requiere más investigación sobre la integración social de los(as) niños(as). En esta tesis sólo se revisan los testimonios sobre lo que representa en general esta responsabilidad para los padres y las madres.

Después del encuentro con el hijo viene el proceso, no tan romántico, que señala Haydee, de establecer esa relación padre/madre – hijo(a), y legitimar su vínculo ante la familia y la sociedad.

Hasta ahí pudiera parecer una historia muy romántica y muy bonita. Pero el ser papás adoptivos e hijos adoptivos tiene sus propias características ¿por qué? pues porque tu hijo tiene preguntas, porque tú tienes miedos porque tú tienes preguntas, porque tus hijos tienen miedos. Y entonces pues se abre todo un laberinto de posibilidades en donde hay que atenderlas (Carrasco, 2016).

Las semejanzas físicas padre/madre – hijo(a) ha sido una estrategia de asignación de niños(as) de los profesionales y técnicos de las instituciones de adopción. Según Modell (2002:6-7) citada en Marre (2011, p. 64), en las adopciones nacionales de Estados Unidos también se sigue esta tendencia. Los profesionales piensan que las semejanzas garantizan el establecimiento y duración del vínculo gracias a que ‘normaliza’ la relación adoptiva por que reproduce los ideales de la familia biológica. Por su parte, los padres y las madres descubren con agrado los parecidos de sus hijos, aunque no siempre son físicos, a veces son comportamientos similares que resultan igual de satisfactorios. Así se expresa en los comentarios de un padre y una madre por adopción:

Desde ahí se va desarrollando ese vínculo, ese vínculo amoroso, ese vínculo filial del amor de padre-hijo desde el momento que nos empiezan a dar esas satisfacciones, desde el momento en que se empiezan a parecer a nosotros [...] Realmente en los adoptivos se va dando eso. Por lo que usted ordene y mande ¿verdad? Pero se va dando ¡Hasta físicamente! [...] Siendo menos romántico y más práctico, los niños son una página en blanco, entonces ellos van aprendiendo de usted y ellos piensan que eso es lo ideal. Y llega el momento que ellos piensan... realmente ¡se switchean! de repente.

Y se parece mucho a él, físicamente ¿no? Pues los ojos, el tono de piel [...] Y los ademanes, la forma de hablar, de regañar, es mía... es bien chistoso. Porque yo la oí

cómo regaña al perro, le habla igualita como yo le hablo y con las manos y todo como soy yo. Entonces, pue sí son lazos muy fuertes.

De acuerdo con Bestard (2004, 24-25), los parecidos físicos son un elemento central del aspecto relacional de la persona. Los padres y madres encuentran parecidos físicos como una forma de reforzar las conexiones con sus hijos(as) y situarlos(as) en el conjunto familiar. Los parecidos no se limitan a la herencia genética, incluyen además de rasgos físicos, características de constitución y comportamiento. Representan la consustancialidad con el cuerpo familiar. Bestard indica, citando a Howell (2000), que las familias adoptivas transustancian sus identidades en el cuerpo del adoptado estableciendo semejanzas, denominaciones y comportamientos propios del cuerpo familiar.

Las similitudes vinculan pero también las diferencias, porque son complementarias. Una de las mamás considera que ella es muy abierta y su niña es muy reservada, así, ella ha aprendido a ser más mesurada y la niña a ser menos formal, “a comprender que no pasa nada” [si es más abierta]. Estas diferencias son la razón para que “cayeran la una con la otra” como sugiere ella. A fin de cuentas, las semejanzas o la complementariedad, refuerzan la idea de estar destinado el uno para el otro. Lo que prevalece es un destino en conjunto.

Como Marre afirma, la adopción significa el triunfo de la crianza sobre la naturaleza, sin embargo, se sigue imitando a la naturaleza y para mantener la exclusividad del vínculo, se elimina el parentesco previo (2011, p. 64). Lo que informan los datos de este estudio, es que los padres y madres biológicas(os) desaparecen de la vida de la familia, sin embargo, esos lazos siguen siendo tan importantes, que aun estando ausentes físicamente, siguen presentes de alguna manera. Especialmente las madres están presentes en las oraciones de los(as) niños(as) y de las mismas madres adoptivas, ya que temen que sus hijos puedan ser afectados, de alguna manera, por el sufrimiento de la madre que los(as) dejó. Durante las pláticas y talleres les han dicho que oren por ellas para que puedan estar en paz y sus hijos(as) también. A los niños y las niñas les hablan principalmente de las madres, les piden que las incluyan en sus oraciones. Esta es también una forma de darles a conocer paulatinamente su situación, “su realidad”:

Cuando hacemos oración en las noches pedimos por su mamá. Todavía no le cae el veinte de por qué pedimos por mamá, si ya pedí por mamita [...] pero no está muy lejano el día en que le tenga que hablar con ella, y dicen que entre más chiquitos mejor.

Mihijo [le digo] pida por todos sus seres queridos. Usted en su corazoncito a lo mejor tiene seres queridos que a lo mejor recuerda, o que a lo mejor siente. Entonces, mi otra mamá [dice el niño]... sí mihijo, usted pida todos los días, porque su otra mamá me dio el legado más grande que tengo, que es usted. Yo siempre le digo, voy a estar siempre agradecida con esa mamá. La misión de esa mamá era traerte al mundo mihijo, y la mía es tenerte [...] porque eso los sana a ellos, porque realmente yo no sé la historia ¿verdad? Si son buenas, si son malas, no sé su vida, lo único que sé es que me dieron unos regalos tan grandes, que yo donde estén las bendigo, donde estén. Porque me imagino que en su momento han de padecer también. A veces platico, estoy loca, y a veces les digo: no se preocupen, mi hijo está bien, está contento, les platico, está bien muchas gracias, que les llegue esa paz, que está el niño bien, igual a la niña.

La misión de esa mamá era traerlo al mundo. Como señala Howell (2001), las madres y los padres biológicos se convierten en cuidadoras y cuidadores temporales de los niños, mientras llegan a su hogar, a donde pertenecen. La situación, no obstante, es ambigua, los padres biológicos desaparecen físicamente de la vida de los(as) hijos(as) durante la infancia y la adolescencia, pero los padres y madres están dispuestos para ayudarlos(as), al llegar a la mayoría de edad, si lo desean, a buscar sus orígenes, es decir, a sus padres y madres biológicas(os). Howell llama a éste un parentesco tímido (self-conscious), que permite a los padres adoptivos ampliar las categorías de parientes de acuerdo con la forma de relación de la que se trate.

En el siguiente párrafo una madre le cuenta a su hija la leyenda que explica la maternidad y paternidad adoptiva y, a través de ésta, la niña aprende que existe una mamá biológica, esta es una nueva categoría de pariente que ha aparecido con la adopción

Lo que le digo a mi hija es que cuando estaba en el cielo, ella nos eligió como familia, pero no podía llegar a mi panza, entonces tuvo que llegar a otra panza y la mujer de esa panza se llama mamá biológica y la llevó al lugar donde me iba a esperar ¿verdad Pilar? Y ya nos casamos y fuimos. Porque primero nos teníamos que casar. La niña: antes de tener un bebé. Mi mamá biológica le prestó la panza a mi papá y a mi mamá y luego llegué con ellos y me presentaron mi nueva familia y

viví con ellos y estaba conociendo a mi abuela y a mi abuelo y mi tatarabuelo [...] tengo un chorro de primos

Una de las estrategias principales para reforzar el vínculo con los(as) hijos(as) consiste en recordarles lo deseados que fueron. Otra mamá le pide a su hija que complete la frase que ella repite cuatro veces: eres una niña muy... Y la niña completa con: deseada, esperada, amada y querida [se resiste un poco, parece que ya la ha repetido muchas veces]. La mamá termina diciendo: “Es lo que debe tener en su mente. Lo de atrás, está atrás, pero ella, no sabes cómo fue deseada, cómo fue esperada y cómo es amada y cómo es querida”. Algo similar hace otra mujeres, en este caso la niña no está, ella misma termina las frases:

Acuérdate que tú estuviste en: en tu corazón. Diosito te puso en: en tu corazón. Y eso te hace ser una niña más especial, porque Diosito pone en las pancitas a los niños, a todos, pero no a todos los niños los pone en el corazón.

El discurso que se promueve desde los acuerdos internacionales, sobre la necesidad de afecto de los niños(as), forma parte de las concepciones sobre la crianza y las actitudes correctas de los padres y madres. Así lo explica la directora de VIFAC Juárez, en el primer párrafo. En el segundo, Haydee comenta sobre la diferencia en cuanto al tiempo que se tarda para establecerse el vínculo, si se trata de un recién nacido o de niños(as) más grandes:

Es que la primera infancia es muy importante para ellos. Los primeros 3 meses son muy importantes para ellos. Para nosotros los primeros tres meses son cruciales, el que esté con su familia, el que ya esté recibiendo amor. Cada semana aquí, los embrasilamos, y los traemos en los brazos y les hablamos y les decimos. Porque es cuando haces el vínculo, es cuando el niño se empieza a familiarizar contigo por medio de su olfato, porque no ve todavía bien. Entonces, es cuando empiezas a hacer el vínculo con ellos. Entonces hay muchas cosas que manejamos con los papás, el que te bañes junto con él, que te quites la ropa y que te huela y que estés con él y que le digas que lo amas y que lo estuviste esperando toda la vida (Amezaga, 2016).

En niños chiquitos, menores de dos, de tres años, yo creo, el vínculo y el apego se va dando de la cotidianeidad, de lo que le vas dando al niño. En niños ya más grandes el vínculo tarda tiempo en darse, de dos a siete años, tarda en darse ese vínculo afectivo profundo, porque obviamente un niño más grande pues trae más heridas, trae más recuerdos que un niño pequeño. Es también dependiendo de la edad en la que se da la adopción. (Carrasco, 2016)

No es lo mismo la adopción de niños recién nacidos que adoptar niños más grandes, los mayores ya tienen experiencias, recuerdos de otra familia o de otro tipo de crianza que tal vez no coincida con las costumbres de su nueva familia, tanto el niño o la niña como su padre y/o madre tendrán que adaptarse. Según Haydee el proceso puede tardar hasta unos siete años y una mamá comentó que, en su caso, tardó casi diez. Se señalaba en una publicación de un diario argentino, compartido a través del grupo de padres adoptivos de Facebook SFxA, cuando se trata de adopciones de niños más grandes,

lo que hay que cambiar es esa idea de que uno va a amoldar al niño a su forma y sus costumbres. Lo que sucede con la adopción es que se ensamblan dos historias, y uno tiene que aceptar la historia con la que vengan; sea linda, fea o media fea y media linda. Hay que entender que se debe respetar el origen del niño, su historia. Para la adopción hay que prepararse, leer mucho, educarse, ser permeable a pedir ayuda profesional y a recibirla constructivamente para poder tener la mayor cantidad de recursos a la hora de construir y fortalecer el lazo con los niños (La Capital, 11 de junio, 2017)

Los padres adoptivos tienen que prepararse. VIFAC ofrece cursos a los padres que ya adoptaron para “manejar el duelo como familia” porque “el niño trae un duelo grandísimo por el abandono de su madre” también les dan pláticas de psicología, de integración familiar y temas de fe (Amezaga, 2016). El testimonio de una de las madres también reconoce que el establecer el vínculo requiere esfuerzo y sobre todo amor.

Entonces sí le batallas, al principio sí le batallas. Entonces, ya luego que empiezas: que te quiero, que mamá, que esto, que lo otro. Fíjate, pero yo creo que al principio fue un shock porque, primero eso, que no estás consciente que el niño, es un niño que necesita mucho sostenimiento, mucha comprensión, mucha... Tú tienes acá en tu mente, tú ser feliz, ni siquiera, a lo mejor, piensas en el niño. Ese acto del que partes, ese acto egoísta, si no lo conviertes en algo de amor, te quedas atorada ahí y luego quieres estar nada más satisfaciendo tu vanidad, yo creo, o tu egoísmo, o tu... este, sí te shocka, si caes en shock.

Una pareja consultaron a un terapeuta porque la niña no se acercaba al papá. Mientras le exponían su caso al profesional y la niña escuchaba, en algún momento, se pasó a las piernas de él. Su mamá dice que reaccionó como “una miniadulta”. Desde entonces ya se fue acercando más, paulatinamente “ahora, después de cuatro años... pues ya”.

Además de ayudar a los niños a crear vínculos con sus padres y madres adoptivas, ellos(as) mismos tienen que ir replanteando sus nociones sobre las relaciones de parentesco. Una de las cuestiones que tienen que enfrentar es la pertenencia sobre el hijo, que se percibe con incertidumbre ya que la filiación se entiende ligada al engendramiento. Esas ideas se perciben en las acciones cotidianas. Ciertos espacios o eventos las ponen de manifiesto:

Como ya ves que las escuelas al inicio te hacen una entrevista y tienes que decir algo de información crítica o del embarazo o de alergias, o de otras cositas así. Cuando lo he tenido que decir a la maestra, sí siento que se me hace un nudo en el estómago. Otra vez, como que ¡ooohyyy! como que ya se me había olvidado que... que no la parí yo [le cuesta decirlo] ¿sí sabes? De veras, o sea, es suya.

Finalmente, la intervención divina, el amor y la convivencia permiten explicar y naturalizar la situación. Como se observa en los comentarios de dos madres y un padre adoptivo:

Cuando te hablan en MSJ: es tu hijo y estaba destinado para ti desde toda la eternidad. Dices, pues no importa el medio. Ya es más la convivencia y los lazos de cariño los que hacen una familia.

Empiezas una relación con todo lo que conlleva. Con tropiezos y con aciertos, pero es toda una experiencia maravillosa. Y vas acompañándolos en ese proceso. Pienso que mucho tiene que ver que no tengas miedo tú como mamá. Y llega el momento. No creas que todo el tiempo estás pensando que son tus hijos adoptivos, no piensas en eso todo el día. O sea, llega el momento en que se te olvida cómo llegaron.

Pues ya empieza todo el proceso de hacerse cargo, de ver todo lo que implica. Al principio, y te estoy diciendo al primer año o dos años, como que todavía tiene la cuestión de qué es la adopción y lo que es lo natural. Pero ya con el tiempo, con dos, tres años, dices: ¿sabes qué? pues no hay tal adopción, o sea es mi hija y ya.

Estos padres y madres adoptivas, en general, no encontraron resistencias en sus familias para incluir a los(as) niños(as). Es posible que se deba al dolor y desgaste que sus familiares percibieron durante sus procesos de atención médica. Según la experiencia de Haydee como terapeuta y coordinadora del grupo de padres y madres, por lo regular, las resistencias desaparecen pronto. Tanto ella como Verónica señalan que prevenir a la familia forma parte de la preparación para la adopción. Sin embargo, tres parejas encontraron resistencia. En una de esas familias las oposiciones desaparecieron al mismo tiempo que sucedió la adopción. Los otros dos casos lograron convivir pero el problema no desapareció

del todo. Los padres debieron tomar una actitud parecida al siguiente ejemplo: “Yo decidí que fuera mi hijo(a), tú eres mi [hermano(a), madre/padre...] entonces, tú eres su [tío(a), abuelo(a)...]. Claro que no te voy a obligar, si tú no quieres ser su [tío(a), abuelo(a)...], yo tampoco voy a ser tu [hermano(a), hijo(a)...]”

Como las terapeutas y los mismos padres y madres lo dicen, la adopción no es un tema de conversación, pero en ciertas circunstancias es necesario hablar sobre esto, y ellos deben estar preparados para hacerlo. Tienen la responsabilidad, además, de preparar a sus hijos(as) para hablar del tema como una forma normal de parentesco, y saber enfrentar ataques si es necesario. Durante su vida cotidiana, deben enseñar a la sociedad cómo tratar el tema con sus hijos(as). En el primer párrafo que sigue, un padre habla sobre sus hijos(as) y en el segundo, una madre cuenta cómo previene con sus conocidos(as) la forma en que hablarán de la adopción con las amigas de su hija:

Y lo van manejando, lo van manejando ellos bien y vienen y te comparten lo que les dijeron allá y les ayudas tú a sacar eso y hasta cierto punto a pararlo o a defenderse y hacerles entender que no es diferente, que ser una familia por adopción no hay ningún problema.

Ya cuando hay una relación más cercana con una mamá o con una niña, yo lo he hablado con la mamá. Dos, tres amigas más cercanas, les he hablado porque ella lo habla. De repente que venga el tema de cómo nacen los bebés o cosas así, ella les dice: yo nací de otra pancita. Entonces, se lo van a decir a su amiguita, su amiguita se lo va a decir a la mamá. Entonces, para que ellas sepan cómo hablarlo con sus hijas, también. [...] Que no se descontrola ahí la situación.

Todavía ahora, en la sociedad se entiende la adopción como acto de caridad. Desde este punto de vista, la paternidad y la maternidad por adopción no implicarían lazos reales de parentesco con los(as) hijos(as), sino que formarían un parentesco ficticio y los estatus de padre y madre no serían equivalentes a los que surgen de la generación, serían “de segunda”. En general, estos padres y madres, se sienten ofendidos cuando los felicitan por la labor que están haciendo, algunos solamente expresan la situación real

Hay gente que se te acerca y te dice, que buena labor están haciendo ¡Espérense! No. [Si quisiera hacer caridad] yo tendría, no sé, una granja hogar grande [...] Son ¡MIS! hijos, esa es la diferencia.

La ven a ella y que nos dicen: Ay que bendecida ella por ustedes. ¡No! ¡Nosotros que bendecidos! Porque nos llenó la vida y nos la cambió.

Como señala Howell (2001), las categorías de parentesco se amplían cuando se trata de adopción. En general, las personas se preparan para el momento en que tendrán que apoyar a sus hijos(as) para encontrar a sus padres y madres biológicas(os): "... te pones a pensar en cuando crecen y el tener que acompañarlos porque tienen derecho de conocer a su familia si ellos quieren, y [debemos] ayudarles. Y [no sabes] con qué se van a encontrar..." La ley les garantiza el derecho a conocer la información sobre sus padres biológicos y además, el deseo de buscarlos se entiende como "natural". Sin embargo, algunas personas comentaron que sus hijos pequeños, o cuando sus hijos(as) fueron pequeños, hablaban de la adopción con libertad y sin prejuicios. Un niño aprendió que decir que es (y tal vez ser) un hijo adoptivo quizá no fuera tan bueno, cuando descubrió que las reacciones de algunas personas no significaban admiración, sino discriminación. Como se indicó antes, este no es el tema de la tesis, pero puede ser una propuesta interesante para investigar.

Ellos no sólo tienen la necesidad de educar a una sociedad que tienen muchos prejuicios respecto a la adopción. Según la percepción de algunos(as) de ellos(as), también se sienten vigilados por esa sociedad que a veces los felicita por su labor altruista, menoscabando su paternidad y maternidad, y otras veces, juzga su trabajo de crianza y a sus hijos(as). La pertenencia sobre el(a) hijo(a), en el sentido de propiedad privada, juega un papel importante en esta percepción sobre los derechos de los padres y madres. Los padres/madres biológicos tienen derecho a no tener intervenciones en su vida familiar porque los hijos(as) son suyos (de su propiedad), mientras que los padres adoptivos tienen hijos ajenos. Y por el lado de los(as) hijos(as), deberían ser agradecidos con sus padres y madres, ya que los rescataron del abandono, esta condición no les da derecho a portarse mal como cualquier niño(a)

... socialmente te conviertes en el ojo del huracán. Una mamá biológica puede zarandear al niño, pero no lo puedes zarandear tú. Porque como tú no lo pariste... Todavía hay esa etiqueta social, o sea, las mamás adoptivas somos ojo del huracán, o sea, a ver qué se nos nota, qué hicimos mal para recriminarlo, cuando las mamás biológicas hacen cosas peores, pero a nosotras se nos nota más, porque todavía hay mucha etiqueta social. Entonces, pues hay que trabajar con eso.

... los papás que son biológicos, siento yo, cuando tienen situaciones difíciles en la vida, con sus hijos... [Piensan] pues es que son mis hijos y... Pero cuando ves que un papá adoptivo a lo mejor se vaya a enfrentar no sé a drogadicción, a embarazos o a lo que sea [no falta quien diga:] ya ves... o sea. Eso tienes que aprender a lidiarlo como que no [se ven igual] las cosas malas que haga un hijo adoptivo, a que si las hace un hijo biológico. [...] Pero esas cosas, tarde que temprano te las echan en cara. Así como que [los hijos adoptivos] tienen que ser los más agradecidos y los más perfectos y si no...

Los(as) padres y madres adoptivas(os) se esfuerzan por construir una familia “normal” pero también reconocen que tienen sus particularidades. Haydee insistía en una reunión del grupo MSJ en que deben educar a los(as) hijos, sin tenerles lástima “ellos tienen una pérdida [por el abandono] y nosotras tenemos otra, gracias a eso estamos juntos”. Las personas llegan a la conclusión de que los hijos e hijas por adopción se quieren sin importar la forma en que llegaron “del corazón o de la pancita”. Las características especiales de las maternidades y paternidades por adopción, implican la responsabilidad de educar para la cultura de la adopción, es decir, crear otra forma de ver la reproducción, donde el cariño y la responsabilidad prevalezcan sobre la transmisión genética. Así lo expresa uno de los padres:

No creo que sea una condición difícil, es una condición bonita, nos ha dado muchas satisfacciones a todos. Y digo, porque nos hemos dado la oportunidad de ser una familia. Los que éramos elementos volando aislados, de repente somos una familia y pues eso es muy bueno. Y pues eso es muy positivo. Yo digo que este es uno de los pocos casos que uno conoce que menos más menos da más. Si antes éramos menos todos, estábamos más aislados, éramos solitarios, éramos menos cada quién teníamos mucha problemática y de repente ¡pum! Nos juntamos y ahora somos más, ahora somos positivos. Es donde las matemáticas fallan.

De manera similar a lo que sucede con las maternidades y paternidades asistidas por la medicina, las adoptivas se legitiman con la retórica del deseo:

... somos padres como los otros, pero también diferentes. Nosotros hemos deseado tanto a los hijos que los valoramos. Porque muchas veces los padres biológicos los tienen sin querer, y nosotros nunca los tenemos sin querer, nosotros lo hemos planeado y lo hemos buscado mucho tiempo.

Conclusiones

Los conceptos de *biopoder* (Foucault, 1978) y *gobernanza reproductiva* (Morgan y Roberts, 2012) han sido fundamentales para comprender las decisiones y estrategias que los hombres y mujeres participantes en esta investigación, desarrollaron en el proceso de constituirse como padres y madres. Las ideas y prácticas sobre la reproducción aquí analizadas, concuerdan con lo apuntado por Foucault, en el sentido que son el resultado de la vigilancia y el control que se ejerce sobre los sujetos; éstas, son medidas cuya legitimación se haya en regímenes de verdad históricamente contruidos.

La tesis mostró que estos(as) padres y madres, compartieron ciertas nociones en relación con la reproducción, a partir de las cuales tomaron sus decisiones y diseñaron sus estrategias para enfrentar la infertilidad. Esas nociones forman parte de verdades que rara vez se cuestionan: la naturalidad de la maternidad y paternidad derivadas de procesos biológicos, el imaginario de los lazos de sangre, la normalidad de la fertilidad, el periodo de edad idóneo para embarazarse, el discurso de la paternidad y maternidad responsables, la vulnerabilidad de los(as) niños(as), la función de la familia para asegurar el bienestar de sus miembros, la importancia (requisito) del deseo (elección) para tener hijos(as). Éste cúmulo de saberes o régimen de verdad reproductiva delinea lo racional y lo irracional respecto a la reproducción; y, por lo tanto, se constituyen en el sustento de la vigilancia y control que se ejerce sobre los sujetos por medio de lo que Foucault llama *micro-poderes*.

Tales micro-poderes se expresan en las actividades y los espacios de la vida cotidiana, en los juegos infantiles, en los consultorios médicos, en las ofertas de la tecnología médica, en los discursos de los derechos humanos, en los códigos y leyes, en las oficinas de servicios públicos, en las campañas de la iglesia católica destinadas a fortalecer las familias, en la publicidad de marcas de pañales, en la escuela, en las celebraciones del día de la madre y el día del padre, en la estructura de las reuniones familiares que fomentan la vigilancia destinada al mantenimiento de las costumbres de sus miembros; en fin, en un gran espectro de situaciones desde donde se norman las conductas de los sujetos.

El concepto de *gobernanza reproductiva* de Morgan y Roberts (2012) ha sido central para comprender la articulación entre las políticas globales y las políticas públicas nacionales en

materia de reproducción humana; así como los efectos de esas políticas en la construcción de mecanismos de gobernanza específicos. Las políticas globales –vistas así– estimulan, dan sustento o desincentivan, ciertas acciones de los Estados nacionales. Éstas, a su vez, no sólo contribuyen con la producción de lo que se entiende como correcto o incorrecto sino que habilitan o deshabilitan opciones, a veces distribuidas de manera desigual entre diferentes sectores de la población. En este sentido, tales acciones forman parte de la gobernanza en su dimensión biopolítica. Así, un punto de intersección del ámbito global con el nacional ocurre con los convenios internacionales sobre derechos humanos.

La legitimidad política que hoy ostentan los derechos humanos internacionalmente facilita los cambios en la gobernanza reproductiva, ya sea que se promuevan éstos por medio del activismo social o por el mismo Estado. De ese modo, a partir del reconocimiento de derechos surgen nuevos regímenes reproductivos, nuevos sujetos, nuevas posiciones de sujetos y nueva gobernanza reproductiva (Morgan y Roberts, 2012). La Convención de los Derechos del Niño, por ejemplo, dio pie al surgimiento de los(as) niños(as) como sujetos vulnerables, como poseedores de derechos, e igualmente contribuyó a reforzar la idea sobre la familia como núcleo de la sociedad y como fuente de amor y cuidados de los niños; en fin, dio lugar a una gama de mecanismos de vigilancia y control en el tema de los(as) niños(as), constatados a través de acuerdos internacionales, instancias de vigilancia internacionales (El Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo), el diseño y aplicación de leyes, teorías psicológicas, discurso eclesiástico y demás.

Hay que resaltar también que la gobernanza reproductiva no opera de manera uniforme. Por el contrario, sus efectos son complejos. La retórica del derecho a decidir (cuándo y cuántos hijos(as) tener) además de tener los medios para hacerlo, por ejemplo, puede justificar la inversión pública en el tratamiento de la infertilidad. Sin embargo, sus efectos son diferenciales: los países de mayor bienestar justifican políticas de apoyo para la infertilidad como la inclusión de los procedimientos de RA en la salud pública, mientras que otros países refuerzan unas políticas de control natal. Como mencionan Morgan y Roberts (2012), estos comportamientos forman parte de regímenes morales reproductivos que identifican la reproducción de algunas poblaciones, de ciertas naciones o sectores, como valiosa, mientras que el aumento de otras se interpreta como peligroso o irresponsable.

En el caso de México perviven dos tendencias. Por una parte, las políticas públicas se centran en el control de la natalidad, por lo que la información y los métodos para la anticoncepción se pueden obtener de manera gratuita en instituciones públicas del sector salud. Por la otra, respecto a la infertilidad, la oferta pública de la RA se ha desarrollado, en contraste, de forma restringida. Esta última situación ha beneficiado a la inversión privada ya que ha reconocido en la RA un nicho de oportunidad económico dando lugar al surgimiento de numerosas clínicas y profesionales que ofertan tal tecnología. En este sentido, la RA se ha convertido en un servicio de altos costos y por ello, de difícil acceso para la mayoría de la población. No obstante, es importante resaltar que el Estado no ha estado totalmente ausente del campo de la RA; en efecto, desde mediados de la década de los años sesenta se crearon departamentos de investigación y tratamiento de la infertilidad en dos institutos de salud pública en la capital del país, y para finales de la década se abrió el primer programa para la formación de especialistas en biología reproductiva. Actualmente, la investigación sobre infertilidad está reconocida en la LGS, y en algunas universidades públicas se forman especialistas sobre reproducción humana.

Las ideas y estrategias reproductivas de los sujetos muestran concordancia con dos discursos internacionales sobre derechos humanos. En uno de tales discursos, la retórica del “derecho a decidir” apunta a la producción y reproducción del ideal de un sujeto libre y capaz de asumir decisiones reproductivas responsables y, en otro, en cambio, el discurso del “interés superior del niño” contribuye con la construcción de las nociones de infancia vulnerable y al mismo tiempo portadora de derechos, de la familia protectora y de la paternidad y la maternidad basadas en el afecto. Como señala Comas (2007), se ha legitimado el deseo (elección) como requisito para tener hijos(as).

La puesta en discurso de la infertilidad

Debido a la autoridad que tienen los organismos internacionales para orientar las acciones de los Estados, a partir de declaraciones y convenios, se revisaron las acciones y declaraciones de la OMS en torno a la infertilidad. Éstas apuntan a la construcción de un discurso que convierte la infertilidad en enfermedad y a la tecnología médica en el medio hegemónico para darle solución.

Como señalan Morgan y Roberts (2012), los procesos económicos tienen una influencia importante en la configuración de regímenes morales. La noción sobre la infertilidad, que aquí se analizó, se enmarca en una cultura occidental de economía capitalista, donde se fomentan los ideales de libertad individual, de propiedad privada, de mérito personal, de competencia. El discurso del “derecho a decidir” concuerda con el ideal del ejercicio de la libertad individual, en tanto implica a un conjunto de individuos que eligen libremente sobre su propio cuerpo y que tienen la capacidad y la responsabilidad para planear cuidadosamente el número de hijos(as) y el mejor momento para tenerlos(as). Bajo esta óptica, un sujeto infértil se convierte en un sujeto incapacitado para ejercer un derecho y en última instancia en un cliente de servicios médicos; puesto que la medicina se ha constituido en un instrumento que permite el control sobre el cuerpo tanto para evitar la concepción como para asistirlo. Esta forma de percibir la infertilidad concuerda con –y a la vez refuerza– la percepción occidental sobre el parentesco, en la cual la biología tiene un papel central en el vínculo entre parientes, ya que éste se realiza a través de una sustancia: los “lazos de sangre”.

La racionalidad sobre la maternidad, la paternidad, el parentesco y la infertilidad

Conocer lo que significa para las personas la maternidad, la paternidad, y el parentesco, permitió comprender sus prácticas en relación a la infertilidad. De acuerdo con los datos de esta investigación, desde la infancia las personas han aprendido los roles que desempeñarán en la edad adulta. En este sentido, por medio de juegos y de ejemplos, las niñas se van formando las ideas sobre la feminidad y la maternidad. Aunque la familia es el primer lugar de disciplinamiento, todo el entorno incide en la producción de una racionalidad que vincula la maternidad, la paternidad y el parentesco al cuerpo. Como señala Strathern (1992), a partir de los procesos fisiológicos del embarazo y del parto se producen maternidades y paternidades; además, la transmisión de genes implica no solamente la herencia de características físicas sino también de temperamentos y comportamientos. Adicionalmente, inciden en la conformación de estas ideas reproductivas los discursos médicos, los eclesiásticos y los que provienen de organismos internacionales –como el discurso de los derechos sexuales y reproductivos.

El discurso de textos religiosos (católicos) reproduce un ideal de lo femenino y lo masculino, asociado a una división genérica del trabajo; naturalizando las funciones reproductivas de las mujeres, no solamente a nivel de engendramiento, sino en el plano de la crianza. La figura paterna, por otro lado, se vincula con actividades externas al hogar y con actitudes de esfuerzo y lucha. Esta forma de entender la feminidad y la masculinidad está encarnada no sólo en el papel que ejercen sacerdotes sino en el de los médicos y en la sociedad en general.

En la elección del momento para formar una familia intervienen varios factores: uno de ellos reside en las condiciones económicas como un asunto importante a considerar, pues los sujetos piensan que un requisito para tener hijos(as) es la estabilidad de las parejas, tanto emocional como económica; otro elemento es la edad de las mujeres, pues indica el tiempo límite para retrasar la maternidad de acuerdo con el conocimiento común sobre el “reloj biológico”; y bajo esa misma línea hay que incluir a la presión social, en tanto situación que se ejerce a partir de preguntas, bromas, incluso la misma observación de ejemplos, es decir, la advertencia sobre la anormalidad de la condición de aquellos adultos sin hijos(as). Se pudo observar que las personas se evalúan a sí mismas y su normalidad, de acuerdo con los estándares que han aprendido y perciben en su ámbito de convivencia -es decir, según una cierta racionalidad reproductiva- ya que, como señalan Bestard et al. (2003), tener hijos(as) significa también integración social. Antes de tener hijos(as), estos sujetos se percibieron en una situación de anormalidad, desventaja y segregación “como parche que no pega en ningún lado”. Es importante agregar que, de acuerdo con lo que señalan varios informantes, en especial los hombres, la presión social por la procreación se ejerció principalmente sobre las mujeres.

Una práctica reproductiva que parte de la infertilidad

La reproducción se asocia principalmente con el cuerpo femenino, por lo que, cuando las parejas descubrieron que no podían tener hijos(as), recurrieron a la atención ginecológica. La medicina constituye una tecnología de género -en términos de Teresa de Lauretis (1989)- la cual apela de forma diferente a hombres y mujeres. Para las mujeres, la mera existencia de la RA, aunada al conocimiento sobre el “reloj biológico”, resultó en una oferta limitada por el tiempo que condujo a varias mujeres a intentarlo para no arrepentirse

después, como señala Franklin (1998), la existencia de esta alternativa implica que lo opcional es la infertilidad. A pesar de (o debido a) que los procedimientos implican principalmente la manipulación de los procesos fisiológicos del sistema reproductor femenino, las mujeres estuvieron más interesadas en el embarazo que sus parejas masculinas; incluso, algunas empezaron solas dichos tratamientos, mientras sus parejas acudían solamente cuando un procedimiento lo requería. Según los relatos, tanto de hombres como de mujeres, las mujeres lo padecían más, pero aun así, fueron más perseverantes. La naturaleza de los procedimientos y la idea de fracaso, parece producir el efecto de exacerbar la necesidad del(a) hijo(a), aun en mujeres que dudaron al principio. La búsqueda del(a) hijo(a) se convirtió a veces, como señalaron algunas de ellas, en un reto personal.

Esto sugiere un imperativo sobre la maternidad mucho más intenso que el de la paternidad. La mayoría de los hombres se dejaron conducir por sus parejas y algunos preferían eludir el asunto. Según testimonios de algunas mujeres, ellos no querían enfrentar el hecho de la infertilidad, pues representaba su incapacidad para controlar una situación que los afectaba. Esta actitud es comprensible en un entorno donde los logros personales son altamente valorados.

Estos tratamientos absorbieron gran parte de la atención de las parejas y, en especial, de las mujeres; para quienes, una vez iniciado dicho proceso, se volvió el centro de su vida. Los procedimientos resultaron costosos en varios aspectos: económicamente, físicamente y sobre todo emocionalmente. Aun así, a la mayoría de las personas les resultó muy difícil renunciar a la idea de tener un “hijo propio”; es decir, vinculado genéticamente. El proceso de búsqueda de un embarazo fue difícil no sólo por la estructura de los tratamientos –que, entre otras cosas, implicaba ciclos interminables en los que el dolor del fracaso seguía a la esperanza- sino por lo que representaba en la convivencia cotidiana, la cual se constituyó en un recordatorio que les reafirmaba su anormalidad.

A través de las narraciones de los informantes, se puede comprender que es difícil aceptar la propia infertilidad; además, la falta de un diagnóstico preciso contribuye con esa percepción. Sin embargo, el hecho de que se hayan sometido a tratamientos que manipulan el cuerpo, indica que para estas personas la infertilidad representaba un fallo del cuerpo. El

proceso de asistencia médica se vivió con dolor (físico y emocional) cansancio, ciclos de esperanza-decepción/duelo. En ese largo recorrido, se sintieron solos(as), presionados(as) e incomprendidos(as); en general, nadie podía entender, entre otras cosas, que cada mes que fracasaba un tratamiento ellos(as) sintieran que perdían un(a) hijo(a). Mientras no llegaban a su objetivo o lograban aceptar la imposibilidad de tener hijos(as) biológicos(as), dedicaban su vida a ese esfuerzo, descuidando otros aspectos, incluyendo la relación de pareja –incluso algunas se deshicieron. Esto apunta a que la infertilidad se vivió como una discapacidad que les impedía participar en la sociedad de manera normal.

Aun cuando la RA se ha convertido en el medio hegemónico para enfrentar la infertilidad, las personas que consiguieron tener hijos(as) por esta vía, tuvieron que hacer un esfuerzo para naturalizar la intervención de la tecnología médica en el proceso de concepción. Por un lado, se apoyaron en las semejanzas con la forma de procreación “normal”, como la vivencia de los procesos de embarazo y parto, el dolor que implica la maternidad y los parecidos físicos donante receptor -en los casos de donaciones de gametos-; por el otro, otra estrategia consistió en resaltar las cualidades que los convierten en madres y padres especiales. El deseo de tener hijos(as) es central en esta especificidad: los han deseado tanto, a veces por tanto tiempo, y les ha costado tanto esfuerzo que son altamente valorados; de ese modo, los hijos son, también, una recompensa a su esfuerzo. La exaltación del deseo tiene sentido, ya que como señala Comas (2007), actualmente el deseo se entiende como un requisito para tener hijos. Otro factor importante de naturalización del proceso fue la intervención divina que hizo posible el logro del objetivo, convirtiendo a los hijos en un milagro. Asumiendo esa misma identificación, las personas que no lo consiguieron también recurrieron a la divinidad para entender su condición y aceptar la que habían dejado como última opción: adoptar un(a) hijo(a).

La retórica de la adopción

En relación al tema de la adopción existen ciertas nociones, a partir de las cuales se han desarrollado políticas que establecen un marco de opciones y condiciones para las personas que quieren adoptar. Por lo tanto, uno de los objetivos de la investigación fue comprender la retórica en torno a la adopción; una que permita explicar la racionalidad sobre el tema, considerando la influencia sobre ello de políticas globales y nacionales.

Como señalan Morgan y Roberts (2012), la gobernanza reproductiva tiene expresiones complejas. Al mismo tiempo que se desarrollaba a escala internacional el discurso del derecho a elegir el número y el momento de tener los hijos, también surgía la retórica de los derechos(as) de los niños(as) y –con ello- se transformaba la noción sobre la infancia. Por un lado, se protegían los derechos reproductivos de los adultos y, por otro, los derechos de los niños se ponían en el centro vinculándolos con la responsabilidad de los adultos y del Estado.

El discurso del “derecho a decidir” respalda el derecho de las personas a controlar su fertilidad. Quienes pueden tener hijos(as) biológicos(as), con asistencia médica o sin ella, no necesitan la aprobación de alguna institución para ejercer su derecho. Ahora, si se trata de constituir una familia por medio de la adopción, la retórica que actúa es el “interés superior” de la infancia, bajo la cual, las personas deben someterse a una evaluación para demostrar su capacidad para ser madres o padres, ya que la finalidad de la adopción debe ser la protección de los(as) niños(as).

Estas ideas forman parte de un mecanismo de gobernanza reproductiva que se ha generado a partir de declaraciones y convenios internacionales, con la contribución del conocimiento científico. La centralidad de la estabilidad familiar como medio fundamental para el desarrollo de los(as) niños(as) se sustenta en las teorías psicológicas de Freud, Piaget y Erikson (Marre, 2011). Según Howell (2009), desde el siglo XIX las concepciones sobre la vida familiar, la maternidad, la paternidad y la infancia, se han fundamentado en el modelo de familia nuclear y el ideal de vulnerabilidad de la infancia. En la cultura occidental la familia nuclear, formada por un papá y una mamá casados y sus hijos(as), habitando en el mismo hogar, sigue siendo el modelo de referencia –a pesar de que en la realidad se trata de una forma cada vez más excepcional (Comas, 2007:9-10)⁹³. Una característica importante para que alguien sea considerado(a) idóneo(a) para adoptar, es demostrar el deseo de ser padres o madres; ya que deben representar el ideal de crianza basada en el afecto y la responsabilidad.

⁹³ Esta forma familiar perteneció a un momento específico de la historia, a los años cincuenta (Comas, 2007). Coontz señala que esa estructura familiar correspondió más que a un modelo tradicional a una excepción histórica producto de condiciones económicas y políticas específicas (Coontz, 1996)

Los procesos internacionales se han reflejado en las leyes y políticas mexicanas. Actualmente, el gobierno mexicano ha alineado su legislación en torno a la infancia a partir de los convenios internacionales que ha suscrito. Cabe resaltar que la adhesión de México a los convenios es utilizada por la sociedad civil; sobre todo con el fin de sustentar demandas en relación a la adopción, unos ejemplos de ello son: el cambio legislativo para incluir la modalidad de adopción plena y el otorgamiento de prestaciones laborales por maternidad adoptiva.

De nuevo, se pudo observar que, en relación a la adopción, la gobernanza no opera uniformemente. En Chihuahua las políticas difieren de una administración pública a otra, aunque cada una sustentó sus decisiones en la misma retórica, de acuerdo con sus propias interpretaciones –así, unas favorecieron las adopciones y otras privilegiaron a las familias biológicas. Estas posturas soportaron visiones diferentes sobre el “interés superior” y la familia adecuada. Dependiendo de la postura que se adopte, los procesos de pérdida de patria potestad –requisito indispensable para que los(as) niños(as) puedan ser adoptados(as)- y de adopción pueden ser más tardados (mientras se realizan esfuerzos por reintegrarlos(as) a su familia biológica); o –en un sentido contrario- pueden resolverse con celeridad para que pronto puedan contar con una familia que los(as) proteja.

La capacidad de las personas para adoptar se evalúa de acuerdo a lo que se entiende por el interés superior del niño. Como se establece en La Convención de los Derechos del Niño, los niños y las niñas tienen derecho a vivir en un medio familiar adecuado. Por ello, según lo que se piense que debe ser una familia y un medio adecuado, se decidirá sobre la capacidad de las parejas o personas solas para ejercer la paternidad y la maternidad. En los discursos de la mayoría de las personas entrevistadas, no solamente de quienes ejercen alguna función en instituciones de adopción, sino también de padres y madres, prevalece la idea de que el bienestar de los niños implica vivir en una familia con un padre y una madre, es decir, hay una fuerte identificación con el ideal de la familia nuclear. Aunque formalmente también pueden adoptar personas solteras, los comentarios de los entrevistados sugieren que, en los hechos, depende de la flexibilidad de las demandas de estos solicitantes sobre las características de los(as) niños(as) que quieren adoptar. Otros factores que se toman en cuenta en las evaluaciones, son las condiciones socioeconómicas,

antecedentes policíacos y penales; y también se somete a los solicitantes a evaluaciones psicológicas, a programas de formación y, dependiendo de la valoración de los evaluadores, puede ser necesario que tomen terapias psicológicas.

De esta retórica reproductiva surgen dos sujetos: las madres y los padres afectuosos y responsables y la infancia vulnerable y con derechos.

La última opción

La renuncia a la RA, implicó un esfuerzo de las personas para aceptar que no podían tener hijos(as) vinculados biológicamente, y también para buscar otras alternativas. Cuando decidieron adoptar, por lo general encontraron un vacío de información; pues la apertura sobre la adopción es una tendencia relativamente reciente, por lo que las prácticas se han mantenido en secreto. Esto ha impulsado a un grupo de madres y padres adoptivos a apoyarse entre sí, compartiendo experiencias.

Existen ciertas ideas en torno a la adopción, que los(as) mismos(as) padres y madres adoptivas(os) compartieron en algún momento. Éstas se relacionan generalmente con temores y prejuicios derivados de una concepción biologicista del parentesco y del imaginario sobre el alcance de la herencia genética. Desde esta perspectiva, a través de los genes los individuos recibirían más que las características físicas, heredarían el temperamento, los comportamientos, ciertas cuestiones de salud no sólo física sino mental: “la mala entraña”.

Además de lo heredado a través de los genes, la convivencia con otra familia, incluyendo el periodo de gestación, es otro elemento de duda a considerar. Esta suspicacia, corresponde a una idea de abandono, muy extendida en la cultura occidental, desde la que se entiende la adopción (Tarducci, 2013). Pues supone una situación de desventaja, tal vez de marginación, de donde salen los(as) niños(as); en un contexto que pudo haber llegado incluso a la violencia. Todo esto derivaría en problemas psicológicos que se manifestarían en ciertos comportamientos y en dificultades para el aprendizaje.

Quienes optaron por la adopción tuvieron que resolver dudas y temores, generalmente asociados con un ideal de reproducción biológica. Uno de estos temores fue la

incertidumbre sobre la propia capacidad para establecer un vínculo de afecto, de amor, con un(a) hijo(a) no biológico. Otra cuestión fue el reconocimiento social de ese vínculo: “qué va a decir la gente”. En relación a este último aspecto, el grupo de madres y padres y otras instancias relacionadas a la adopción, como VIFAC, se esfuerzan por generar una cultura de la adopción, de modo que se la reconozca como una forma legítima de formar familias, igual de válida que la biológica.

¿Cómo lograron estas personas aceptar su situación? Finalmente las personas aceptaron que si querían tener hijos(as), tendrían que extender sus concepciones sobre la maternidad y la paternidad. La forma en que se explicaron su situación fue a través de la idea de predestinación: éste es un destino que Dios eligió para ellos(as). La elección fue de Dios. Así, pasaron de preguntarle “¿por qué a mí?” a aceptar el camino que les señaló. Como señala Marre (2011), la idea de destino también les ayuda a iniciar o a fortalecer la relación.

De manera similar a lo que se observó en la construcción de maternidades y paternidades a partir de RA, en la adopción se siguió también el modelo biológico. Bajo esa misma visión, la etapa del embarazo se representó simbólicamente durante el proceso de adopción. También se buscaron parecidos físicos y de comportamientos con los(as) hijos(as). Además, a partir de la idea de intervención de la divinidad se le confirió naturalidad a esta forma de establecer relaciones de parentesco: los(as) hijos(as) estaban “destinados(as) desde toda la eternidad”.

En segundo lugar, tuvieron que enfrentar situaciones que no afectan a las familias biológicas. Una de éstas es la responsabilidad de criar a un hijo con necesidades especiales respecto a lo que representa no ser criado por sus padres biológicos; considerando que se trata de una sociedad donde la biología tiene un lugar privilegiado en la constitución del parentesco, y en la cual esa condición representa abandono. Y, como indica Comas (2007), tuvieron que ayudar a sus hijos a crear los lazos padre/madre – hijo(a) y a sanar cualquier herida que hubiera dejado ese rechazo. Además, tienen que asumir el compromiso de ayudarlos a buscar a sus padres biológicos cuando sean mayores de edad, si así lo quieren. El llamado de la Convención de la Haya a resguardar y tener disponibles los datos de la familia biológica para los niños, apunta a la importancia que guarda en la sociedad (occidental) el origen biológico. Como señala Howell, está cobrando auge el argumento de

que conocer los orígenes biológicos es un derecho humano. Se advierte así que la identidad personal es vista como derivación de la identidad biológica. Además, ello indicaría que la familia biológica es la real. (Howell, 2009)

Y, como sucede con la RA, las madres y los padres adoptivos(as) se legitiman sustentándose en la importancia que se concede hoy al deseo –como requisito para tener hijos(as)-: esto es, han deseado tener hijos(as) por mucho tiempo, por lo que nunca los(as) tienen por casualidad. Por todo esto, se identifican como madres y padres especiales: “la adopción es una vocación”, no cualquiera puede ejercerla.

A partir de algunas técnicas de RA y de la adopción, ciertas ideas sobre el parentesco resultan cuestionables, como la exclusividad sobre la maternidad y la paternidad. En los casos de donación de gametos, la multiplicación de madres o padres es algo que se trata de evitar ocultando los detalles de la concepción; en cambio, cuando se trata de adopción, desde el discurso internacional y la legislación nacional y local se privilegia el conocimiento por parte de los(as) hijos(as) sobre sus orígenes. La adopción da lugar a la formación de nuevas categorías de parientes: por un lado están las madres y los padres biológicos, o “de la pancita”, y por otro, las madres y los padres adoptivos, o “del corazón”, esto es a lo que Howell (2001) llama parentesco tímido (self-conscious).

La adopción está sujeta a una vigilancia legal específica –como el derecho de los(as) niños(as) a conocer sus orígenes- la cual no afecta a la reproducción asistida. Pero está también presente la vigilancia de la vida cotidiana, donde se observa el comportamiento de los(as) hijos(as), de las madres y de los padres. Este control sugiere el ideal neoliberal de propiedad privada, representado en el imaginario del “hijo propio”. De esa manera, no se evalúa de la misma forma la corrección de los(as) hijos(as) “propios” (biológicos) que cuando se ejerce sobre los hijos “ajenos” (adoptivos); tampoco se ve de la misma forma el comportamiento de ambas categorías de hijos(as).

Podemos decir que mientras en otros espacios la adopción ha ganado terreno como forma de reproducción legítima, en Chihuahua las madres y padres adoptivos(as) y las instituciones relacionadas con la adopción tienen mucho trabajo por hacer. Algunas organizaciones están contribuyendo con esta tarea, como el grupo Misión San José y

VIFAC pero aún faltan agrupaciones o instancias a donde las personas puedan recurrir en busca de apoyo. La apertura que se muestra ante las adopciones ayudará también a generar un conocimiento común: uno que sirva de referente a las nuevas familias con hijos(as) adoptivos(as).

Actualmente, los(as) niños(as) y sus padres y madres tienen que manejar una situación para la que no hay una preparación en la sociedad. Existen discursos que condenan la discriminación por raza, género, nivel socioeconómico, capacidades diferentes, pero nada se dice sobre la adopción. Cualquier referencia al vínculo madre/padre-hijo(a) se entiende en relación con los genes; el símbolo de la maternidad suele ser una mujer embarazada; durante las celebraciones del día de la madre o del día del padre constantemente se hace referencia a los lazos de sangre.

Los pendientes

Quedan varias cuestiones sobre las que futuras investigaciones pudieran profundizar y otros temas que yo no abordé, pero que sugiero debieran estudiarse. A continuación, menciono algo sobre el particular. Una de estas cuestiones se vincula a la investigación sobre las nociones actuales (o saberes) de actores de Chihuahua, sobre la maternidad y la paternidad en general; no solamente desde la infertilidad. Ello permitiría entender si existen transformaciones en asuntos como la valoración del estatus de padre y madre, y en las prácticas respecto a la crianza. A cerca de este último punto, aquí se mencionó que hay un discurso sobre la crianza basada en el afecto y la dedicación, a la cual Tarducci (2013) identifica como “maternidad intensiva”. Sería interesante indagar dónde se asume este ideal y si se logra, y cómo, empatar con las actividades laborales.

Queda pendiente, asimismo, conocer otras perspectivas cuando se aborda la infertilidad, como ocurre en el caso de: las personas que no pudieron tener hijos(as) y decidieron no ejercer la maternidad o la paternidad; las personas de escasos recursos; sujetos homosexuales; los(as) hijos(as) concebidos mediante RA o adoptivos(as); o desde la óptica de las madres y los padres que dan a sus hijos en adopción; así como si el foco de atención son las prácticas dentro de las instituciones de adopción.

Por último, sería interesante también realizar una investigación sobre la operación de los centros de RA de bajo costo y los laboratorios que se instalan en países pobres; así como las implicaciones de ello para las personas que se atienden en, o colaboran con, tales entidades.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Jaén: Alcalá Grupo Editorial y Distribuidor de libros.
- Álvarez, C. (2010). Pertenencia, identidad y trabajo reproductivo en la reproducción asistida: donantes de gametos y niños agámicos. En Rodrigo Díaz Cruz y Aurora González Echeverría Naturalezas, *Cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones*, (pp. 111-139). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Antropología.
- Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción AMMR. (s/f). Historia de AMMR. Recuperado de <http://www.ammr.org.mx/#!historia/wv22r>
- Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción AMMR. (s/fa). Edad materna y fertilidad. Recuperado de <https://www.ammr.org.mx/pacientes>
- Baqueiro Rojas, E. (Julio de 1970). La adopción: Necesidad de actualizar la institución en nuestro país. *Jurídica. Anuario de la Escuela de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 23-45.
- Bestard, J. (1991). La familia: entre la antropología y la historia en *Papers Revista de Sociología* págs. 79-91
- Bestard Camps, J., Orobítz Canal, G., Ribot Ballabriga, J., & Salazar Carrasco, C. (2003). *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament d'Antropologia Cultural i Història d'America i Àfrica.
- Bestard, J. (2004). *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de la reproducción*. Barcelona: Estudis d'Antropologia Social i Cultural Department d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica-Universitat de Barcelona.
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social en *Revista de Antropología Social*, Vol. 18, pp. 83-95. Universidad Complutense de Madrid.
- Blom, Ida. (1996). Maternidad voluntaria, 1900-1930: teoría y política de una feminista noruega desde una perspectiva internacional. En Bock, G. y Thane P. *Maternidad y políticas de género: la mujer en los estados de bienestar 1880-1950* (pp. 51-81). Madrid: Cátedra

- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública*. Vol.82, n.3. 241-249. ISSN 1135-5727. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300001&script=sci_arttext
- Brena Sesma, I. (2005). *Las adopciones en México y algo más*. México. D.F.: Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Butler, J. (2006). Regulaciones de género. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 3(23), 7-35. ISSN: 1405-9436. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202651>
- Cárdenas Miranda, E. (2010). La adopción en México. Situación actual y perspectivas. *Letras jurídicas: revista de los investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas U. V.* (21), 43-63.
- Castañeda, E. L. (1998). *Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer*. (Tesis de Maestría). CIESAS. México, D.F.
- Castañeda, E. L. (2005). *Hipooligoastenoteratozoospermia. Representaciones y prácticas de médicos y parejas pacientes en torno a la infertilidad masculina*. (Tesis de Docorado). CIESAS. México, D.F.
- Castañón, A. (15 de marzo de 2015). Nacen en Juárez por reproducción asistida 280 bebés en 15 años. El Diario.mx. Recuperado de <http://diario.mx/micrositios/invitro/>
- Chávez, M. L. (2008). *Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades. Posgrado en Ciencias Antropológicas. México, DF.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH. (2013). *Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas*. UNICEF, CIDH, OEA.
- Comas, D. (2007). Family today: individuality and public policies. Wellchi Working Papers Series. Vol. 7. Recuperado de www.ciimu.org/webs/wellchi/publications.htm
- Consejo Nacional de Población CONAPO. (2014). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe Mundial 2014 y los avances para México. <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/Nota-breve-Informe-ODM-2014.pdf>

- Congreso del Estado de Chihuahua (29 de diciembre de 1999) Código Civil del Estado de Chihuahua. [Decreto No. 416-99 I P.O.]. DO: P.O.E. 1999.12.29/No.104
- Congreso del Estado de Chihuahua (28 de octubre de 2009) Código Civil del Estado de Chihuahua. [Decreto: 728-09 VI P.E.]. DO: P.O.E. 2009.10.28/No. 86
- Congreso del Estado de Chihuahua (25 de agosto de 2010) Código Civil del Estado de Chihuahua. [Decreto No. 1054-2010 II P.O.]. DO: P.O.E. 2010.08.25/No. 68
- Congreso del Estado de Chihuahua (28 de julio de 2012) Código Civil del Estado de Chihuahua. [Decreto No. 825-2012 II P.O.]. DO: 2012.07.28/No. 60
- Congreso del Estado de Chihuahua (16 de noviembre de 2016) Código Civil del Estado de Chihuahua. [Decreto No. 1447-2016 XX P.E.]. DO: P.O.E. 2016.11.16/No. 92
- Congreso del Estado de Chihuahua (22 de febrero de 2017) Código Civil. Historial de Reformas. Secretaría de Servicios Jurídico Legislativos División de Documentación y Biblioteca. Recuperado de <http://www.congresochoihuahua2.gob.mx/biblioteca/reformas/historialReformas/85.pdf>
- Congreso del Estado de Chihuahua (12 de junio de 2013) Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Chihuahua. [Decreto No.1202/2013 X P.E.]. DO: P.O.E. 2013.06.12/ No. 47
- Congreso del Estado de Chihuahua (3 de junio de 2015) Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Chihuahua. [Decreto No. 904/2015 II P.O.]. DO: P.O.E. 2015.06.03/No. 44
- Congreso del Estado de Chihuahua (23 de enero de 2016) Reglamento de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescente del Estado de Chihuahua. [Acuerdo No. 2]. DO: P.O.E. 2016.01.23/No. 07
- Cussins, Charis. (1998). Producing Reproduction. Techniques of Normalization and Naturalization in Infertility Clinics. En Sarah Franklin and Helena Ragoné ed. *Reproducing Reproduction. Kinship, Power, and Technological Innovation*. University of Pennsylvania Press. Philadelphia. Págs. 66-101
- Daar, S. y Z. Merali. (2002). Infertility and social suffering: The case of ART in developing countries. En Effy Vayena, Patrick J. Rowe, P. David Griffin. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17-21 September 2001*. World Health Organization.

- Decreto de 1976 [Secretaría de Salubridad y Asistencia]. Por el que se reforman diversos artículos del Decreto de 24 de octubre de 1974, por el que se reestructura el Instituto Nacional de Protección a la Infancia. 2 de enero de 1976.
- Decreto de 1977 [Secretaría de Salubridad y Asistencia]. Por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 13 de enero de 1977.
- De Lauretis, T. (1989). *Tomado de Technologies of Gender Essays on Theory, Film and Fiction*, London, Macmillan Press, págs. 1-30 Traducción de Ana María Bach y Margarita Roulet.
- Esteban, M. L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. En *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(1). 9-20, Enero-Abril. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/SaludMujeres/SaludMujeres/1173862693914_estudio_salud_y_gnerox1x.m_l.e.pdf
- Excelsior. (9 de marzo de 2016). Fracasa el primer trasplante de útero en Estados Unidos. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/global/2016/03/09/1079910>
- Fathalla, M. F. (2002). Current chalenges in assited reproduction en Effy Vayena, Patrick J. Rowe, P. David Griffin. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17-21 September 2001*. World Health Organization.
- Fernández Baquero, M. (2012). Definición jurídica de la familia en el derecho romano. *Revista de Derecho UNED*, 10, 147-176.
- Fernández Galindo, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2002; 33(34), 5-34. Recuperado de <http://www.seypna.com/articulos/teoria-apego-psicoanalisis/>
- Flores, Javier. (25 de octubre de 2016). México y el debate sobre “bebés con tres padres”. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2016/10/25/opinion/a03a1cie>
- Foucault, Michel. (1978). La verdad y las formas jurídicas. Del poder de la soberanía al poder sobre la vida, en *Genealogía del racismo*. Bs. As. Altamira.

- Foucault, Michel. (1998). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México, D.F.: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. (2000). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. 1ª. Edición en español. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franklin, S. (2013). *From Blood to Genes?: Rethinking Consanguinity in the Context of Geneticization*. En C. H. Johnson, B. Jussen, D. W. Sabeen, S. Teuscher (eds), *Blood and Kinship: matter for metaphor from Ancient Rome to the Present* (285-320), New York and Oxford: Berghahn,. En línea: https://www.academia.edu/8077472/Franklin_From_Blood_to_Genes
- González Martín, N. (s/f). Convención de la Haya del 29 de mayo de 1923, sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional: el Caso México-España. *Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/145/9.pdf>
- Gobierno del estado de Chihuahua e Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas INDETEC. (2016). *Evaluación del desempeño. Informe final*.
- González-Santos, S. (2010). *The sociocultural aspects of assisted reproduction in Mexico*. (Tesis doctoral). University of Sussex.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE. *Reproducción asistida. Acceso a técnicas de reproducción asistida*. Recuperado de <http://informe2015.gire.org.mx/#/acceso-tecnicas-reproduccion-asistida>
- Grau Rebollo, Jordi. (2010). Parentesco e identidad. Debates recientes en torno al binomio naturaleza-cultura. ¿Rebiologización o reideologización del parentesco? En Rodrigo Díaz Cruz y Aurora González Echeverría (Coords.), *Naturalezas, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones* (81-109), México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Antropología.
- Harris, M. (1998[1975]). *Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. Alianza Editorial.
- Haslegrave, M. (2004). Implementing the ICPD Programme of Action: What a Difference a Decade Makes. *Reproductive Health Matters*, Volume 12 , Issue 23 , 12 – 18. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2804%2923131-7>

- Howell, S. (2001). Self-Conscious kinship: Some contested values in Norwegian Transnational Adoption. En Franklin, S. & S. Mckinnon (eds.). *Relative values. Reconfiguring kinship studies*. Duke University Press. Pags 203-223
- Howell, S. (2009). Adoption of the unrelated Child: Some Challenges to the anthropological study of kinship. *Annu. Rev. Anthropol*, 38, 149-166
- Humanium. (s.f.) Historia de los derechos del niño. Perspectiva histórica de la evolución de los derechos del niño. Recuperado de <http://www.humanium.org/es/historia/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (s. f.). Información por entidad. Recuperado de <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chih/default.aspx?tema=me&e=08>
- Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México. (2015). *Historia de las mujeres en México*. México: Secretaría de Educación Pública. Recuperado de <http://www.inehrm.gob.mx/work/models/inehrm/Resource/1484/1/images/HistMujeresMexico.pdf>
- International Federation of Fertility Societies IFFS. (s/f). About IFFS. History. Recuperado de <http://www.iffs-reproduction.org/?page=AboutIFFS>
- Kably-Ambe A, Salazar-López Ortiz C, Serviere-Zaragoza C, Velázquez-Cornejo G, Pérez-Peña E, Santos-Haliscack R, et al. (2012). "Consenso nacional mexicano de reproducción asistida", *Ginecol Obstet Mex*. 80(9), 581-624. Recuperado de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=40&id_seccion=407&id_ejemplar=8734&id_articulo=88799
- Krause, E. L. & De Zordo, S. (2012). Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing 'rationalities' of reproduction across the north-south divide. En *Anthropology & Medicine*. Aug 2012, Vol. 19 Issue 2, 137-151. DOI: 10.1080/13648470.2012.675050.
- La redacción. (13, septiembre, 2012). Ponem candados a adopción de menores en Chihuahua. Proceso. Recuperado de <http://www.proceso.com.mx/319725/ponen-candados-a-adopcion-de-menores-en-chihuahua>
- Levada, William. (8 de septiembre de 2008). Congregación para la doctrina de la fe. Síntesis de la instrucción Dignitas Personae sobre algunas cuestiones de bioética. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_sp.html

- Loeza, Soledad. (1982). Multidisciplina. Revista electrónica de la Facultad de Estudios Superiores de Acatlán. *Democracia y clases medias, Primera época, enero-marzo*. 77-82. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/multidisciplina/article/view/34323>
- Marie Stopes (1880 - 1958). (s/f). Recuperado de http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/stopes_marie_carmichael.shtml
- Marre, D. (2009). Los silencios de la adopción en España. *Revista de Antropología Social*. Págs. Vol.18, 97-126. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272291580_Los_silencios_de_la_adopcion_en_Espana
- Marre, D. (2011). Cambios en la cultura de la adopción y de la filiación. Chacón, F. y Bestard, J., dir. *Familias. Historia de la sociedad española (del final de la Edad Media a nuestros días)*. Madrid: Cátedra, págs. 893-952. ISBN 978-84-376-2877-6 Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/283725810>
- Martí, Ana. (2011). *Materniada y técnicas de reproducción asistida: Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. (Tesis Doctoral), Universitat Jaume I.
- Mascarenhas, N., S. R. Flaxman, T. Boerma, S. Vanderpoel, G. A. Stevens. 2012. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, Issue 12, Diciembre 2012. En línea www.plosmedicine.org
- Mendoza, M. (19 de Abril de 2014). Los órdenes del amor. Menchu Mendoza Recuperado de <http://nuevasconstelacionessistemicas.com/los-ordenes-del-amor/>
- Miranda, G. (23 de mayo de 2016). Concretan 150 adopciones en estado. *El Siglo de Torreón*. Recuperado de: <http://www.cdea.org.mx/noticia/index.php?acc=mostrar&idNoticia=974>
- Morgan, Lynn M. & Elizabeth F.S. Roberts. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*. 19(2), págs. 241-254. DOI: 10.1080/13648470.2012.675050
- Muñiz, Elsa. (2002). *Cuerpo, representación y poder. México en los albores de la reconstrucción nacional, 1920-1934*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco, Miguel Ángel Porrúa.
- Muñoz, Montserrat. (29 de marzo de 2016). Trasplante de útero: los primeros pasos en México. CONACYT Agencia Informativa. Recuperado de

<http://conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/6177-trasplante-de-utero-los-primeros-pasos-en-mexico>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos OACDH. (s.f.). Recuperado el 31 de Octubre de 2016, de sitio web de OACDH: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/study.htm>

Ombellet, W. (2014). Is global access to infertility care realistic? The Walking Egg Project en *Reproductive Biomedicine Online* No. 28, págs. 267-272. Recuperado de [http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(13\)00629-9/pdf](http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(13)00629-9/pdf)

Ombelete, W. (2016). Task Force Developing Force & Infertility en *Focus on Reproduction*. Págs. 31-32 Recuperado de www.eshre.eu/.../Publications/Focus/2016-January.pdf

Papa Pio XII. (19 de mayo de 1956). Discurso al II Congreso Mundial de la Fertilidad y de la Esterilidad. *La Santa Sede* Recuperado de http://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1956/documents/hf_p-xii_spe_19560519_vous-nous-avez.html.

Papa Pablo VI. (7 de diciembre de 1965). Concilio Vaticano II. Constitución Pastoral. *Gaudium et spes*. Sobre la iglesia en el mundo actual. Recuperado de <http://www.todogolden.com/content/cuidados-de-las-almohadillas>

Papa Francisco. (2016). Actas y documentos pontificios. *Amoris Laetitia* (la alegría del amor en familia. Exhortación apostólica postsinodal. Ediciones Pulinas. México

Prats, Jaime. (4 de octubre de 2014). Nace el primer niño tras un trasplante de útero. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2014/10/04/ciencia/1412406310_537420.html

ONU. (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado*. Asamblea General A/RES/64/142.

Red Latinoamericana de Reproducción Asistida LARA. (s/f). Quienes somos. Recuperado de http://redlara.com/aa_espanhol/quem_somos.asp

Red por los Derechos de la Infancia en México REDIM. (2014). *La infancia cuenta en México 2014. Subsistema de protección especial de los derechos de la infancia en México*. REDIM. México: Red por los Derechos de la Infancia en México.

Rodríguez Ennes, L. (2009). La adopción romana: continuidad y discontinuidad de un modelo. *Dereito*, 18(1), 115-134.

Rodríguez Cervantes E. y C. Morales Valles. 2006. Constelaciones Familiares. (Resumen).

- Rodríguez, Ruth. (29 de junio de 2003). Fertilización in vitro, una esperanza de vida. *El Universal*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/98815.html>
- Rubio, L. [laura.rubio] (12 de junio de 2017). El sábado 10/06 pasado realizamos nuestro segundo encuentro bimestral del año de SFxAAC, contando esta vez con la inestimable presencia del Licenciado Gonzalo Valdés, especialista en adopción... [Estado de Facebook]. Recuperado de https://www.facebook.com/groups/serfamiaporadopcion/?multi_permaLinks=1345870592116927¬if_t=group_highlights¬if_id=1497449643629294
- Secretaría de Gobernación SEGOB. (2014). El Consejo Nacional de Población cumple 40 años. Boletín No. 160/14. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/27_de_marzo_El_Consejo_Nacional_de_Poblacion_cumple_40_anos?page=2
- Secretario de Naciones Unidas. (2006). *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. Promoción y protección de los derechos de los niños*. Asamblea General de Naciones Unidas, Sesión Sesenta y Uno A/61/299.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SNDIF. (30 de agosto de 2011). Manual general de organización del Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia. Secretaría de Salud.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Baja California Sur. (s.f.). *Manual de organización*.
- Stolcke, V. 1988. "New Reproductive Technologies: the old quest for fatherhood" en *Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis*. Vol. 1, No. 1. Recuperado de http://www.finrrage.org/wp-content/uploads/2016/03/The_Old_Quest_for_Fatherhood.pdf
- Stolcke, V. (2010). Homo clonicus: ¿entre la naturaleza y la cultura? En R. Díaz Cruz, & A. González Echeverría, *Naturalezas, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones* (págs. 279-316). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Strathern, M. (1992). *After nature: english kinship in the late twentieth century*. New York. Cambridge University Press.
- Strathern, M. (2011). What is a parent? *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 1(1) 245-278, 1(1), 245-278.

- Tarducci, Mónica. (2013). Adopción y parentesco desde la antropología feminista. *Revista de Estudios de Género. La ventana. vol. IV, núm. 37, pp. 106-145*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88428978006>
- Thompson, Charis. (2005). *Making Parents. The ontological Choreography of reproductive technologies*. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts, London, England
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (7 de febrero de 1994). Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: México. CRC/C/15/Add.13. Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/15/Add.13>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (10 de noviembre de 1999). Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño. CRC/C/15/Add.112. Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/15/Add.112>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (9 de diciembre de 1999). Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Informes periódicos que los Estados Partes debían presentar en 1997. MÉXICO. Informe complementario. CRC/C/65/Add. 16. disponible en <http://undocs.org/CRC/C/65/Add.16>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (24 de agosto de 2005). Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Terceros informes periódicos que los Estados Partes debían presentar en 1997. Adición. México. CRC/C/125/Add.7. Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/125/Add.7>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (15 de febrero de 2006). Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Lista de cuestiones que deben abordarse al examinar el tercer informe periódico de México. (CRC/C/125/Add.7). CRC/C/MEX/Q/3. Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/MEX/Q/3>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (6 de abril de 2006). Respuestas escritas del gobierno de México relativas a la lista de cuestiones (CRC/C/MEX/Q /3). Formuladas por el Comité en relación con el examen del tercer informe periódico de México (CRC/C/125/Add.7). Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/MEX/Q/3/Add.1>
- U.N. Comité de los Derechos del Niño. (25 de julio de 2014). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Cuarto y quinto informes periódicos que los Estados partes debían presentar en

2011. México. (CRC/C/MEX/4-5) Disponible en <http://undocs.org/CRC/C/MEX/4-5>
- UNICEF. 2013. *La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de américa latina y el caribe*. En línea http://www.unicef.org/lac/La_situacion_de_NNA_en_instituciones_en_LAC_-_Sept_2013.pdf consultado el 31 de octubre de 2016.
- Vayena, E., P. J. Rowe, P. D. Griffin. (Septiembre, 2002). Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17-21, September, 2001. *World Health Organization*.
- Vázquez, E. (s/f). Historia de AMMR. Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, A. C. Recuperado de <http://www.ammr.org.mx/historia>.
- Welti, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *En Papeles de población* octubre-diciembre, número 50, 253-275, Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- WHO Scientific Group on the Epidemiology of Infertility. (1975). The epidemiology of infertility : report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 30 June to 4 July 1975]. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37422#sthash.NPjy4yiw.dpuf>. Geneva : World Health Organization
- Ziemin van der Poel, S., WHO. (2012). Historical walk. The HRP Special Program and infertility. En *Gynecol Obstet Invest*. No. 74, pp. 218-227. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/goi_paper/en/
- Zegers-Hochschild, F., J. Schwarze, J. Crosby, C. Musri, M. do C. B. de Souza. (2014). Assisted Reproductive Technologies (ART) in Latin America: The Latin American Registry, 2012. *JBRA Asisted Reproduction*. 18 (4):127-135. Recuperado de <http://www.jbra.com.br/media/html/JBRA1081.html>