



La movilidad reproductiva transfronteriza para sortear los impedimentos a la maternidad

Cross-border reproductive travel to circumvent impediments to motherhood

Alexandra Desy, Diana Marre



Edição eletrônica

URL: <http://journals.openedition.org/aa/14qwl>

DOI: 10.4000/14qwl

ISSN: 2357-738X

Editora

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)

Referência eletrônica

Alexandra Desy, Diana Marre, «La movilidad reproductiva transfronteriza para sortear los impedimentos a la maternidad», *Anuário Antropológico* [Online], v.50 | 2025, e-14qwl. URL: <http://journals.openedition.org/aa/14qwl>; DOI: <https://doi.org/10.4000/14qwl>



Atribuição 4.0 Internacional

La movilidad reproductiva transfronteriza para sortear los impedimentos a la maternidad

Cross-border reproductive travel to circumvent impediments to motherhood

DOI: <https://doi.org/10.4000/14qwl>

Alexandra Desy

Departamento de Antropología Social y Cultural – Universitat Autònoma de Barcelona, España

ORCID: 0000-0003-3414-5606

Diana Marre

Departamento de Antropología Social y Cultural – Universitat Autònoma de Barcelona, España

ORCID: 0000-0003-2852-3762

Este artículo analiza las experiencias de mujeres francesas que, ante impedimentos biológicos, sociales y legales para alcanzar la maternidad, recurren a la reproducción médicaamente asistida transfronteriza en España. A pesar de la reforma de la Ley de Bioética en 2021, que amplió el acceso a los tratamientos de reproducción asistida para mujeres solas y parejas del mismo sexo, persisten impedimentos para ciertas maternidades, especialmente relacionados con el límite de edad y los prolongados tiempos de espera para la donación de gametos. Sortear estos impedimentos requiere un complejo esfuerzo logístico, que recae principalmente en los hombros de las mujeres. Además de adaptarse a tratamientos a distancia y lidiar con una cultura y un sistema médico diferentes, deben organizar y gestionar un doble-seguimiento entre Francia y España. Aunque la reproducción médicaamente asistida transfronteriza ayuda a sortear ciertos impedimentos, también enfrenta a las usuarias a nuevos desafíos, como el riesgo de fallos en los tratamientos y las pérdidas gestacionales. Sin embargo, estos desplazamientos transfronterizos también abren la posibilidad de un “des-impedimento” conceptual de la maternidad, permitiendo reconfiguraciones en las normas familiares.

This article analyses the experiences of French women who, faced with biological, social and legal impediments to achieving motherhood, resort to cross-border medically assisted reproduction in Spain. Despite the reform of the Bioethics Law in 2021, which broadened access to assisted reproductive treatments for single women and same-sex couples, impediments persist for certain maternities, especially related to the age limit and long waiting times for gamete donation. Overcoming these impediments requires a complex logistical effort, which falls mainly on the women's shoulders. In addition to adapting to remote treatments and dealing with a different culture and medical system, they must organize and manage a double-follow-up between France and Spain. While cross-border medically assisted reproduction helps to circumvent certain impediments, it also confronts users with new challenges, such as the risk of treatment failure and gestational losses. However, cross-border mobility also opens up the possibility of a conceptual “un-impediment” to motherhood, allowing for reconfigurations of family norms.

Reproductive mobility, reproductive governance, cross-border reproductive travel, infertility, medically assisted reproduction.

Movilidad reproductiva, gobernanza reproductiva, viajes reproductivos transfronterizos, infertilidad, reproducción médicaamente asistida.



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS

DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:

DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA

REPRODUCTIVA

Introducción

En su rueda de prensa del 16 de enero de 2024, el presidente francés, Emmanuel Macron, anunció la puesta en marcha de un plan de “rearne demográfico” para luchar contra el descenso de la natalidad (Vie publique 2024). Con 678.000 nuevos nacimientos en 2023, es decir, una tasa de fecundidad de 1,68 hijos por mujer, Francia se enfrenta a una natalidad que nunca había sido tan baja desde la Segunda Guerra, con la excepción de 1993 y 1994 (Papon 2024). Sin embargo, la crisis de natalidad no es exclusiva de Francia. Esta tendencia descendente de la demografía se observa a escala mundial, de forma progresiva desde los años 70, con una evidente aceleración en la segunda década de los 2000 (De Zordo, Marre y Smietana 2022, Dessouroux y Vandermotten 2024, Sobotka 2017).

En Europa, donde es especialmente acusada, pero también en el resto del mundo, la mayoría de los países registran una tasa de fecundidad inferior a la tasa de reemplazo de 2,1 hijos por mujer (Dessouroux y Vandermotten 2024). Como respuesta a este problema, muchos países recurren a diversos tipos de políticas destinadas a aumentar la tasa de natalidad, tales como las primas por nacimiento de hijos, la introducción o mejora del permiso parental, o la implementación de estrategias para mejorar la conciliación de la vida privada y profesional. Sin embargo, numerosas investigaciones han puesto ya de manifiesto que estas políticas carecen de eficacia para contrarrestar la crisis (Bonner y Sarkar 2020, Boydell *et al.* 2023, Shepherd 2024).

La estrategia de batalla, para retomar la metáfora belicosa, presentada por el presidente francés no difiere de los ejemplos anteriores. Sin alejarse de la tradición pro-natalista francesa (Robcis 2016), puesto que Francia era y sigue siendo uno de los países con las tasas de fecundidad más elevadas de Europa (Volant, Pison y Héran 2019), las medidas anunciadas apuntan fundamentalmente a frenar el aumento de la infertilidad médica masculina y femenina — con la introducción de un test de fecundidad ofrecido a los ciudadanos de 25 años —, el desarrollo de una estrategia de investigación sobre la reproducción humana y la infertilidad, y la introducción de un “permiso por nacimiento”, más corto que el actual permiso parental e idéntico para ambos progenitores (6 meses). A excepción de esta última, las medidas se centran principalmente en los aspectos biomédicos de la infertilidad.

A menos de tres años vista, el plan de “rearne demográfico” llega precedido de la última revisión de la Loi Bioétique (Ley de Bioética), que marcó un punto de inflexión para Francia. A finales de 2021, la tercera revisión de esta ley — que regula la práctica, la investigación y el acceso a las técnicas de reproducción médica asistida — permitió a “todas las mujeres” acceder a ellas, abriendo las puertas de los tratamientos a las parejas femeninas y a las mujeres solas. Anteriormente, Francia era uno de los países con la legislación más excluyente de Europa: sólo las parejas heterosexuales diagnosticadas con una infertilidad médica tenían acceso a los tratamientos, según un “modelo terapéutico” de la medicina reproductiva (Brunet 2019, Desy y Marre 2022). Aunque justificada por el paradig-



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

ma médico y por la plena cobertura de los tratamientos por la Sécurité Sociale (Seguridad Social), la exclusión de las personas cuyo proyecto familiar difería de la concepción tradicional y heteronormativa de la familia no era baladí (Desy y Marre 2022, 2024; Robcis 2016).

Este hecho, sumado a factores como la escasez significativa en el sistema de donación de gametos — que se traducía en listas de espera de hasta varios años —, provocó que las mujeres y parejas francesas se convirtieran en el grupo más numeroso de Europa en desplazarse para acceder a tratamientos reproductivos transfronterizos (Desy y Marre 2022, Mehl 2020, Rozée y de La Rochebrochard 2022, Wyns *et al.* 2022). España, con una legislación especialmente permisiva y un sistema de donación de gametos que le permitió posicionarse como el primer país donante de óvulos de Europa y el segundo del mundo (Molas Closas 2021) se ha consolidado como el principal destino de la movilidad reproductiva transfronteriza, especialmente para las mujeres y parejas francesas (Molas Closas 2021, Perler y Schurr 2022, Shenfield *et al.* 2010)¹.

Sin embargo, aunque la revisión de la Ley de Bioética parece reflejar un cambio en la norma procreadora francesa (Rozée y de La Rochebrochard 2010, 2023) y una ampliación de la definición de familia, actualmente no “todas las mujeres” tienen acceso a los tratamientos de reproducción médica asistida en Francia. En efecto, se mantienen ciertas barreras, como la limitación de edad para acceder a los tratamientos — 43 años para la extracción de óvulos o la recepción de una donación y 45 años para la utilización de gametos o embriones generados previamente —, a pesar de que la edad sea hoy en día una de las principales causas de infertilidad (OMS 2024). La investigación también señala ciertas dificultades denunciadas por las mujeres solteras para acceder al tratamiento, a pesar de que la ley prevé la igualdad de acceso para todas las solicitudes (Rozée y Malmanche, 2023). Para estas maternidades, que calificaremos de “impedidas” (Cardi, Hetzog y Ruault 2023), cuya configuración no encaja en el marco legislativo francés o que se enfrentan a una multiplicación de obstáculos que dificultan su concreción, una de las principales soluciones sigue siendo la del viaje reproductivo transfronterizo (Desy y Marre 2024).

Este artículo retoma la noción de impedimento a la maternidad, tomada de Coline Cardi, Irène-Lucile Hetzog y Lucile Ruault (2023), para explorar las vías y estrategias puestas en marcha por mujeres francesas cuyo deseo de maternidad impidió las lleva a viajar a España para acceder a tratamientos de reproducción médica asistida. Partiendo del impedimento, las cuestiones planteadas delimitan el objeto de estudio: ¿quiénes son los actores de este impedimento y de qué se compone? ¿Cuáles son sus implicaciones? ¿Cuáles son los límites de este impedimento? ¿Es posible sortearlos? Para las mujeres que participaron en este estudio, al posible impedimento biológico de la infertilidad se suma un impedimento social y jurídico. Aunque este puede sortearse mediante la movilidad, a menudo no es el último obstáculo que experimentan en su viaje reproductivo. Por último, este artículo examina el “des-impedimento” que propicia el primer impedimento, ante la evidencia de la movilidad conceptual de la maternidad.

1 Con su alta disponibilidad de óvulos donados, España es un actor clave de la exportación de gametos donados. Entre otros países, Brasil se ha convertido en uno de los principales países de destino para la importación de estos gametos, especialmente de óvulos. Este fenómeno ha sido estudiado como parte de un mercado transnacional que refleja y perpetúa desigualdades globales en el acceso a la reproducción médica asistida (Machin, Mendoza y Oliva-Augusto 2018).



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

Metodología

Este artículo presenta los resultados de un proyecto de investigación de 6 años de duración llevado a cabo en varias clínicas privadas de fertilidad de Barcelona que reciben pacientes francesas. A través de ellas, se reclutaron participantes con las que realizamos un total de 46 entrevistas. Por razones éticas, que nos parecieron esenciales en el contexto de la reproducción médica asistida, estas entrevistas sólo se ofrecieron una vez finalizado el tratamiento médico de las usuarias y sin ninguna intervención de la clínica ni de los profesionales sanitarios que trabajaban en ella. Todas las entrevistas han sido anonimizadas, salvo una, a petición de una participante.

Las entrevistas se realizaron a distancia, por videoconferencia o teléfono, a excepción de 3 entrevistas presenciales. Todas se grabaron y a continuación se transcribieron para su análisis, salvo 2, a petición de las participantes que, no obstante, aceptaron que la investigadora que las entrevistó tomara notas durante el intercambio. Por último, 3 participantes prefirieron enviarnos un relato escrito de su recorrido por correo electrónico, sin que se les formulara ninguna pregunta previamente. Todas las entrevistas fueron realizadas o recibidas en lengua francesa y posteriormente traducidas por las autoras con fines de ser analizadas.

Las entrevistas eran semiestructuradas y abarcaban las distintas etapas de la vida de las participantes, incluyendo el periodo anterior a su viaje reproductivo transfronterizo. Las transcripciones de estas entrevistas se analizaron temáticamente, utilizando un sistema de codificación basado en los temas recurrentes (Strauss y Corbin 1990). Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Las mujeres que participaron en el estudio tenían entre 31 y 49 años. Vivían en Francia en el momento de la entrevista y procedían de distintos medios sociales. La mayoría, sin embargo, pertenecía a una clase social media-alta, según se desprende de sus ocupaciones — especificadas en el artículo —, aunque no se les preguntó por su salario. 19 de las mujeres eran madres en solitario, 4 con pareja del mismo sexo y 23 con pareja heterosexual.

Resultados y análisis

Maternidades impedidas

La reproducción médica asistida engloba una serie de técnicas y tecnologías médicas que permiten lograr un embarazo, con el fin de solventar la infertilidad médica — vinculada a una patología o al tratamiento de una patología ya padecida o en curso (ej. quimioterapia) —, la infertilidad social — vinculada a la edad o a la ausencia de gametos reproductivos masculinos, por ejemplo —, o ambas. En constante aumento desde principios del siglo XXI y en clara aceleración desde la segunda década (Präg y Mills 2017, Smeenk *et al.* 2023), su uso es tan frecuente en Francia que, en 2022, se registraba que 1 de cada 27 niños nacía tras un tratamiento de medicina reproductiva (de La Rochebrochard 2022). A escala in-



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

ternacional, la Organización Mundial de la Salud calcula que, en 2023, una de cada seis personas acude al médico por un problema relacionado con la infertilidad (OMS 2023). Así pues, el 16% de la población mundial experimentará — al menos en algún momento de su vida — un impedimento biológico para la reproducción.

En su entrevista, Sara (42 años, jurista) relata lo que describe como el “principio” de su viaje reproductivo, que se remonta a unos diez años atrás: “Tenía ciclos bastante regulares, eran largos pero regulares, así que estaba bajo control. Y entonces, en algún momento, nos dimos cuenta de que no funcionaba”². A excepción de las que habían sido diagnosticadas de una patología que afectaba al sistema reproductivo, como la endometriosis o el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el impedimento procedente del cuerpo se describe como una sorpresa en la vida de las participantes, una anomalía que altera el orden de las cosas:

Verás, hablaba de “planes” porque vengo de una familia católica tradicional. Así que también está el peso cultural. Así que en algún momento estudiabas, conoces a alguien, formas una familia y así sucesivamente. Todo esto, cuando hablaba de un plan, sucede lógicamente. Es la norma, de hecho. Así es como me educaron, esas eran las imágenes que yo también tenía a mi alrededor, y sólo había una manera de tener hijos.³

Tal y como lo expresa Léna (44 años, traductora), la infertilidad médica implica la imposibilidad de ajustarse a la norma procreativa de un hijo biológico concebido a través de una relación sexual entre dos cónyuges (Riethof 2023). Ante esta situación, la reproducción médica asistida aparece como una solución, aunque algunas de las participantes viven el hecho de tener que recurrir a ella como un fracaso personal: “No me sentía capaz de tener un hijo”⁴ (Espérance, 42 años, profesora), y/o una injusticia: “¿Por qué yo, de hecho? No hice nada en particular, nunca fumé, no bebí más que eso, hice deporte regularmente... Tengo varias amigas que los tuvieron todos [los hijos] sin haberse nunca privado de nada”⁵ (Juliette, 39 años, ayudante de contable).

Indudablemente, el acceso a las técnicas de reproducción médica asistida está sujeto a las condiciones socioeconómicas de los individuos, lo que convierte la infertilidad en una cuestión de (in)justicia social (Perritt y Eugene 2022)⁶. No obstante, desde su primer marco legislativo en Francia en 1994, el acceso a la medicina reproductiva se ha basado en el principio de acceso universal e igualitario a la sanidad, y los legisladores han optado por una cobertura del 100% por la Seguridad Social (Memmi 2003). Sin embargo, la justificación de “una respuesta médica a un problema médico” (Brunet 2019, Desy y Marre 2022), que permite el acceso a los tratamientos sin impedimentos económicos para los individuos, ha supuesto la (re)producción de un impedimento legal para otros, más concretamente para las mujeres solteras y las parejas de mujeres. En tanto que sólo el diagnóstico de una patología podía dar acceso a los tratamientos, la cuestión social quedó al margen.

Las participantes entrevistadas antes del cambio legislativo explican sentirse

2 Versión traducida [“J'avais des cycles assez réguliers, longs mais réguliers, donc tout était sous contrôle. Et puis, à un moment donné, on a réalisé que ça ne marchait pas.”]

3 Versión traducida [“En fait, je parlais de ‘projets’ parce que je viens d’une famille catholique traditionnelle. Il y a donc aussi le poids de la culture. À un moment donné, tu fais tes études, tu rencontres quelqu’un, tu fondes une famille, et ainsi de suite. Tout ça, quand je parlais de projet, se passe logiquement. C’est la norme, en fait. C’est comme ça que j’ai été élevée, c’était les images que j’avais autour de moi, et il n’y avait qu’une seule façon d’avoir des enfants”.]

4 Versión traducida [“Je ne me sentais pas capable d'avoir un enfant”].

5 Versión traducida [“Pourquoi moi, en fait ? Je n'ai rien fait de particulier, je n'ai jamais fumé, je ne buvais pas plus que ça, je faisais régulièrement du sport... J'ai plusieurs amies qui ont eu tous leurs enfants sans jamais se priver de quoi que ce soit”].

6 En Brasil, las desigualdades de clase, raza y región estructuran profundamente el acceso a las tecnologías reproductivas. Solo una pequeña parte de una población puede pagar tratamientos privados, mientras que el sistema público los ofrece de forma muy limitada y con grandes tiempos de espera (Oliveira y Busslinger 2024).



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

“ciudadanas de segunda clase”⁷ (véase el caso de Fanny — 39 años, bailarina — en Desy y Marre 2022), por ejemplo, o no tener “sitio” en la sociedad francesa (véase el extracto de la entrevista de Sara en Desy y Marre 2022). Más allá de la cuestión legislativa, las entrevistadas aluden a un impedimento que también parece ser social: el del no reconocimiento de un proyecto parental que difiera de la norma de la familia tradicional, compuesta por un padre y una madre. Como sucedió con la autorización del matrimonio entre personas del mismo sexo en 2013 (Robcis 2016), los quince años de debate, a menudo tumultuoso (Mehl 1999, 2011), que precedieron a la revisión de la Ley de Bioética demuestran el gran peso del modelo de familia biogenética en la gobernanza reproductiva francesa (Morgan y Roberts 2012). El temor a una “ruptura antropológica” de la sociedad, expresado por los detractores de la apertura del acceso a las mujeres solas y a las parejas femeninas — incluida la Académie Nationale de Médecine (2019) —, condujo a la estigmatización de las maternidades que se desviaban de la norma (Desy y Marre 2022, 2024; Mehl 2020; Robcis 2016; Rozée y Malmanche 2023, Vialle 2020). Ahora más inclusiva, la Ley de Bioética marca un punto de inflexión en el reconocimiento de la pluralidad de la familia francesa.

Sin embargo, transcurridos tres años desde la revisión de la ley, siguen existiendo ciertos impedimentos. El límite de edad y el tiempo de espera son los dos principales obstáculos mencionados en las entrevistas por las participantes tras el cambio de legislación, sobre todo para las que precisan de la donación de gametos. A pesar del aumento de las donaciones (Agence de la Biomédecine), en un sistema en el que la donación es gratuita y no se compensa económicamente, la escasez que ya existía antes de que se abriera el acceso a las mujeres solteras y a las parejas de mujeres es ahora especialmente acuciante. En un contexto en el que la demanda no deja de aumentar, la Agence de la Biomédecine (Agencia de la Biomedicina) estima que, a finales de 2022, 2.077 mujeres esperaban una donación de ovocitos y 5.670 personas esperaban una donación de esperma. En el año 2021, sin embargo, Francia sólo registró 520 nacimientos tras una donación de ovocitos y 870 tras una donación de esperma. Esto se traduce en un tiempo de espera estimado, en el primer semestre de 2023, de 23,8 meses para una donación de óvulos y de 15,8 meses para una donación de esperma (Agence de la Biomédecine 2023).

Por tanto, es preciso considerar en estas condiciones el límite de edad de las mujeres, fijado en 43 años. Para 29 de las 46 participantes en este estudio, este obstáculo fue el principal impedimento para acceder a los tratamientos en el periodo anterior a su partida a España. Es el caso, por ejemplo, de Malaurie (45 años, auxiliar de cuidados): “Me sentía en forma, [...], me sentía joven, y con [su pareja] teníamos ese deseo y estaba segura de que iba a funcionar, tal y como se demostró⁸. Pero me dijeron que no era posible en Francia, debido a mi edad [42 años en aquel momento]. Nos sentimos defraudados”⁹.

Sin embargo, mientras que el fenómeno del retraso de la maternidad va en aumento en todo el mundo (Beaujouan y Sobotka 2019; De Zordo, Marre y Smietana 2022), Francia no escapa a la regla (Papon 2024). En 2019, el Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Instituto Nacional de Estadística y

7 Versión traducida [“citoyennes de seconde classe”]

8 En el momento de la entrevista, Malaurie estaba embarazada de 5 meses tras un solo tratamiento de FIV en una clínica de Barcelona.

9 Versión traducida [“Je me sentais en forme, [...], je me sentais jeune, et avec [son partenaire], on avait ce désir et j'étais sûre que ça allait marcher, comme ça a été le cas. Mais on m'a dit que ce n'était pas possible en France, à cause de mon âge [42 ans à l'époque]. On s'est sentis trahis.”]



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

Estudios Económicos [INSEE]), que considera maternidad tardía aquellos nacimientos que se producen después de los 40 años, cifraba este fenómeno en el 5,7% de los nacimientos (Daguet 2022). El hecho de que el límite de edad no se haya cuestionado cuando se revisó la Ley de Bioética en 2021 refleja otra característica de la norma procreadora francesa: la de una ventana reproductiva limitada en el tiempo para las mujeres, como lo demuestran las investigaciones sobre este tema (Desy y Marre 2022, Vialle 2020). Así, como en el caso de Malaurie, la edad reproductiva de las mujeres, calculada en base a la biología y basada principalmente en la cuestión ovocitaria, no tiene en cuenta la diversidad de sus cuerpos. En efecto, mientras que algunas mujeres dejan de ser fértiles a los cuarenta años, para otras esto ocurre diez años más tarde. Sin embargo, el límite consagrado por la ley francesa no se aplica caso por caso, y cuando se alcanza, “la única opción [es] irse al extranjero”¹⁰ (palabras de una ginecóloga relatadas por Eleanor, de 42 años, directora de empresa), para sortear el impedimento.

Sortear los impedimentos: el viaje reproductivo transfronterizo y su carga logística

Mientras que el número de personas que viajan para acceder a tratamiento médico aumenta de año en año (Horsfall y Lunt 2016), en un contexto mundial globalizado en el que los viajes se ven facilitados por la mejora de la interconectividad y la comunicación, lo mismo ocurre con los viajes relacionados con la reproducción, como se recoge en numerosos estudios sobre el tema (Bergmann 2011, Blyth 2010, Salama *et al.* 2018, Whittaker *et al.* 2019). Las investigaciones sobre los desplazamientos reproductivos transfronterizos de las mujeres y parejas francesas son menos numerosas (Desy y Marre 2022, 2024; Merchant 2019; Pennings 2019; Rozée Gomez y de La Rochebrochard 2013), aunque en el momento de realizar este estudio está en curso el primer gran proyecto de investigación destinado a analizar este fenómeno desde el Institut National d’Études Démographiques (Instituto Nacional de Estudios Demográficos [Ined])¹¹. En esta sección, pretendemos dar cuenta de lo que supone sortear el impedimento de la maternidad. Por sortear se entiende aquí el viaje reproductivo transfronterizo y, más concretamente, su carga logística, la cual ha sido menos estudiada (Desy y Marre 2022, Simopoulou *et al.* 2019)¹².

Buscar la clínica, encontrar los equipos

Algunas de las participantes, al igual que Eleanor, acudieron a España por recomendación y orientación de su equipo médico francés, o incluso directamente a una clínica y un profesional: “[Los médicos] se conocían, están acostumbrados a trabajar juntos, creo. La ginecóloga de Francia le envió un correo electrónico y yo misma me puse en contacto con la clínica, diciendo que venía en nombre de la doctora [apellido]. Fue muy fácil, tuvimos suerte”¹³. En efecto, el origen del recorrido en España no transcurrió así para todas las participantes, ya que muchas realizaron la búsqueda por su cuenta, sin ningún apoyo ni contacto profesional.

10 Versión traducida “[la seule option c'est d'aller à l'étranger”]

11 El proyecto de investigación en curso se denomina AMP-Sans-Frontières.

12 Aunque este artículo se centra en mujeres francesas que viajan a España, cabe señalar que la literatura sobre viajes reproductivos transfronterizos ha analizado estos desplazamientos entre países con desigualdades económicas, destacando cómo se producen jerarquías reproductivas y formas de reproducción estratificada (Colen 1986). Estas investigaciones permiten ampliar el campo de reflexión sobre los efectos del acceso desigual a las tecnologías reproductivas (Gerrits 2018, Whittaker y Speier 2010). Esta perspectiva ha sido explorada también con relación al contexto de Brasil, en particular para los tratamientos de reproducción asistida que hacen uso de donaciones de gametos (Machin 2016).

13 Versión traducida “[Les médecins] se connaissaient, ils ont l'habitude de travailler ensemble, je crois. La gynécologue française lui a envoyé un email et j'ai moi-même contacté la clinique, en précisant que j'appelais au nom du docteur [nom]. Ça a été très facile, on a eu de la chance.”]



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

Es el caso de Viviane (38 años, asesora):

Fue todo un proceso, de varios meses. Empecé escribiendo “TRA en solitario” en internet, [...] leí muchos testimonios en foros y redes sociales. Intenté entender las particularidades de los distintos países y también calcular qué me resultaba más fácil, en términos de viaje, precio... Dudé entre Bélgica y España, pero me decidí por España por consejo de chicas que habían tenido buenas experiencias en el foro de [nombre asociación].¹⁴

Una vez tomada la decisión sobre el país, el siguiente paso consiste en encontrar una clínica. La mayoría de las participantes explican que contactaron con varias clínicas e hicieron la selección en función de su “rapidez de respuesta” (Enora, 40 años, directora de tienda; Justine, 35 años, gerente), su “primera impresión” tras las primeras conversaciones con la clínica o después de la primera cita con el ginecólogo (Eve, 41 años, geógrafo; Lou, 45 años, gestora de cuentas; Martine, 49 años, fisioterapeuta; Ariane, 39 años, estudiante), el precio de los tratamientos o los distintos planes de seguros propuestos (Cybille, 45 años, profesión no indicada; Marion, 40 años, asesora), o según las recomendaciones encontradas principalmente en las comunidades en línea de otras mujeres que viajan por las mismas razones, como en el caso de Viviane. Aunque para la mayoría este primer contacto se efectuó a distancia, por correo electrónico o por teléfono, algunas optaron por desplazarse a la(s) clínica(s) para tomar una decisión: “Quería estar segura para estar más tranquila”¹⁵ (Clara, 44 años, periodista).

Para las viajeras transfronterizas de la reproducción, un tratamiento médico en el extranjero implica la necesidad de comprender y familiarizarse con una cultura y un sistema médico diferentes a los de su país de residencia. Esta “adaptación” (Mónica, 34 años, diseñadora) es un aspecto que las clínicas de Barcelona tratan de facilitar mediante la creación de departamentos internacionales, formados por profesionales que hablan idiomas extranjeros y tienen conocimientos y contactos con los sistemas médicos de los países de los que proceden las pacientes extranjeras (Desy y Marre 2022).

El doble-seguimiento y sus negociaciones

Una vez encontrada la clínica, las participantes también explican que es esencial constituirse un equipo para el seguimiento médico complementario en Francia: “[...] un tratamiento en el extranjero sin seguimiento en Francia es imposible. Primero, en cuanto a las recetas, no es posible, y luego, además, es algo que no puedes hacer sola”¹⁶ (Marta, 43 años, coach de vida). Y es que, aunque el seguimiento y el tratamiento médico se gestionen desde España, para poder obtener los medicamentos y realizar las pruebas o análisis solicitados por la clínica española, deben ser seguidas por uno o varios médicos en Francia, que deberán aceptar transcribir las recetas y seguir las instrucciones del médico español.

Aunque muchas de las participantes entrevistadas antes del cambio de la ley informaron de que se les había denegado varias veces este doble-seguimiento

14 Versión traducida [“Ça a été tout un processus, ça a pris plusieurs mois. J'ai commencé par écrire ‘PMA solo’ sur Internet, [...] j'ai lu beaucoup de témoignages sur des forums et les réseaux sociaux. J'ai essayé de comprendre les particularités des différents pays et aussi de calculer ce qui me semblait le plus facile, en termes de voyage, de prix... J'ai hésité entre la Belgique et l'Espagne, mais j'ai finalement opté pour l'Espagne sur les conseils de filles qui avaient eu de bonnes expériences sur le forum de [nom de l'association].”]

15 Versión traducida [“Je voulais être sûre pour être plus tranquille.”]

16 Versión traducida [“[...] un traitement à l'étranger sans suivi en France est impossible. D'abord pour les ordonnances, c'est pas possible, et puis, en plus, c'est quelque chose que tu peux faire toute seule.”]



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

(véase el caso de Anna, en Desy y Marre 2022), este impedimento parece estar desapareciendo gradualmente desde la revisión, aunque esto no significa que la tarea sea fácil:

Lo que es difícil de gestionar, y que yo no había previsto, es tener dos equipos médicos. Así que tienes [la clínica española] que se supone que debe gestionar, porque son los que organizan el protocolo y te monitorizan, pero cuando estás en Francia, el médico que te supervisa [...] lo sabe todo y puede de haber pequeños desacuerdos. Y eso es muy difícil de gestionar porque no te atreves a decírselo a ninguno de los dos. Al fin y al cabo, el 80% de las veces están de acuerdo, ¿no? Pero cuando eso ocurre, es muy duro, porque no sabes a quién seguir. [...] Puede ocurrir que en Francia te digan: "Toma este medicamento y también toma este otro al mismo tiempo", y en España te digan: "Oh, no, no, no los tomes al mismo tiempo". Así que a veces no quieras decir la verdad a ninguno de los dos, y además tienes que lidiar con los egos de ambas partes, porque cada uno sabe de lo que habla, cada uno es un especialista, así que eso es bastante duro. Y luego, de hecho, eres ultra dependiente de ambos: en España, dependes de ellos para todo el protocolo, pero en Francia, del ginecólogo francés, eres hiper dependiente porque es el que hace las recetas. Así que, si no está de acuerdo con algo, no tienes mucha elección. De modo que no se lo dices a tu equipo médico en Barcelona, pero tienes miedo, porque te piensas: "Pero, de hecho, si no se lo digo, a lo mejor hay otro medicamento, y no funciona", etc. Y eso es algo que no había previsto en absoluto, y es bastante penoso y angustiante.¹⁷

Este extracto de la entrevista de Marta ilustra la posición de intermediarias que ocupan las personas que realizan tratamientos transfronterizos entre los equipos médicos de los dos países. Esta posición, también descrita en varias otras entrevistas como generadora de un “estrés adicional” (Eléa, 42 años, funcionaria), les supone una dependencia de dos sistemas médicos diferentes para llevar a cabo su proyecto reproductivo, pero también les confiere autonomía a la hora de tomar determinadas decisiones médicas, lo cual las lleva a trascender su condición de pacientes. En su entrevista, Mónica compara sus experiencias en los dos países: “Los TRA en Francia no tienen comparación con los TRA en España, en cuanto a la carga de trabajo”¹⁸.

Ser “más que paciente”

“Las inyecciones de Decapeptyl me las puso una enfermera. Pero las demás inyecciones me las ponía yo. Así que esa fue otra dificultad. [...] Para las inyecciones, tenía que tomar un anticoagulante, como preparación un poco anticipada, por lo que tenía que ponerme inyecciones todos los días”¹⁹, explica en su entrevista Véronique (41 años, terapeuta). Sara, también sobre la cuestión médica, señala: “También estaba la limitación de conseguir suficiente medicación. [...] Fui a la farmacia local [...] y no encontraban la forma [de medicación] que [el médico] había

17 Versión traducida [“Ce qui est difficile à gérer, et que j'avais pas prévu, c'est d'avoir deux équipes médicales. Donc, t'as [la clinique espagnole] qui est censée gérer, parce que c'est eux qui organisent le protocole et qui te font le suivi, mais quand t'es en France, le médecin qui te suit [...] sait tout et il peut y avoir des petits désaccords. Et c'est très difficile à gérer parce que tu oses pas le dire à l'un ou à l'autre. Au final, 80 % du temps, ils sont d'accord, non ? Mais quand ça arrive, c'est très dur, parce que tu ne sais pas qui suivre. [...] Il peut arriver qu'en France, on te dise : ‘Prends ce médicament et prends aussi celui-là en même temps’, et qu'en Espagne, on te dise : ‘Oh non, non, ne les prends pas en même temps’. Alors parfois, tu veux dire la vérité à aucun des deux, et en plus tu dois gérer les egos des deux côtés, parce que chacun sait de quoi il parle, chacun est spécialiste, donc c'est assez dur. Et puis, en fait, tu es ultra dépendante des deux : en Espagne, tu dépends d'eux pour tout le protocole, mais en France, tu es hyper dépendante du gynécologue français, parce que c'est lui qui fait les ordonnances. Donc, s'il est pas d'accord avec quelque chose, t'as pas vraiment le choix. Du coup, tu le dis pas à ton équipe médicale à Barcelone, mais t'as peur, parce que tu te dis : ‘Mais, en fait, si je le leur dis pas, il y a peut-être un autre médicament, et ça marche pas’, etc. Et ça, c'est quelque chose que j'avais pas du tout prévu, et c'est assez pénible et angoissant.”]

18 Versión traducida [“La PMA en France n'a rien à voir avec la PMA en Espagne en termes de charge de travail.”]

19 Versión traducida [“Les injections de Decapeptyl m'ont



DOSSIER:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

pedido, así que pensé en otra, o en otra dosis”²⁰. Anna (37 años, jefa de equipo de empresa), por su parte, cuenta en su entrevista:

Programaba mis citas con una enfermera a tal o tal hora; las cogía fuera del trabajo. Siempre intentaba programarlas o muy temprano por la mañana, o... Bueno, realmente me organizaba para planificar todas las citas de manera que tampoco tuvieran mucho impacto en mi trabajo. Es toda una gimnasia, ¿sabes? No siempre era fácil. A veces me decían: “Bueno, no, es a tal hora”, así que tenía que dejar el trabajo para ir a hacer el examen y luego volver y enviar los resultados a España inmediatamente después.²¹

Entender y aprender a moverse dentro y entre dos sistemas médicos diferentes; administrarse la medicación, ocuparse de la gestión administrativa del tratamiento —enviar al equipo médico español las pruebas y exámenes realizados en Francia (según el calendario y los horarios requeridos); concertar citas médicas, etc.—; negociar con los profesionales sanitarios, cuando es posible, o tomar decisiones médicas cuando no lo es; estas tareas forman parte integral de los viajes reproductivos transfronterizos, generando una importante carga logística en estos recorridos (Desy y Marre 2022, 2024).

Asimismo, los tratamientos transfronterizos también plantean la cuestión de la conciliación y de la superposición de la vida privada y profesional, con, como tema subyacente, la cuestión del trabajo reproductivo y las desigualdades de género (Rozée y de La Rochebrochard 2023). Pese a que algunas de las participantes tengan pareja, la mayoría heterosexual, todas describen la realización de estas tareas en primera persona, sin hacer alusión a ningún tipo de ayuda por parte de su entorno cercano — a la excepción de Mónica, que menciona un reparto de tareas relativas a los tratamientos entre su pareja (masculina) y ella. En su entrevista, Bérénice (46 años, empleada de banco) lo describe de la siguiente manera:

Es una gestión diaria. Todos los días hay que ocuparse al mismo tiempo del trabajo y de lo personal, de los TRA. Cuando, como yo por ejemplo, trabajas en el ordenador la mayor parte del día, gestionas ambas cosas al mismo tiempo, intentando que nadie se dé cuenta. Porque al mismo tiempo que recibes correos electrónicos del trabajo, también recibes correos electrónicos de la clínica. Así que hay que gestionar ambos, con la mayor discreción posible. Porque a menudo tenemos que responder lo antes posible, en pocas horas. Así que gestionar el tratamiento a distancia es un asunto absolutamente enorme. [...] Lleva mucho tiempo y requiere una gran cantidad de energía.²²

La carga logística de los tratamientos reproductivos transfronterizos es, pues, una de las principales características de la sorteada del impedimento a la maternidad para las mujeres francesas que viajan a España. Por último, conviene tener en cuenta que se trata de viajes originados en la infertilidad, con la carga emo-

été faites par une infirmière. Mais je me faisais les autres injections moi-même. C'était donc une difficulté supplémentaire. [...] Pour les injections, je devais prendre un anticoagulant un peu à l'avance, ce qui m'obligeait à me faire des injections tous les jours.”]

20 Versión traducida [“Il y avait également la difficulté d'obtenir suffisamment de médicaments. [...] Je suis allée à la pharmacie locale [...] et ils ne trouvaient pas le médicament que [le médecin] avait prescrit, alors j'ai pensé à un autre, ou à un autre dosage.”]

21 Versión traducida [“Je prenais rendez-vous avec une infirmière à telle ou telle heure ; je les prenais après le travail. J'essayais toujours de les programmer très tôt le matin, ou... En fait, je m'organisais pour planifier tous les rendez-vous de manière à ce qu'ils n'aient pas trop d'impact sur mon travail. C'est tout un exercice, hein ? C'était pas toujours facile. Parfois, on me disait : ‘Ben non, c'est à telle heure’, alors je devais quitter le travail pour aller passer l'examen, puis revenir et envoyer les résultats en Espagne immédiatement après.”]

22 Versión traducida [“C'est une gestion quotidienne. Chaque jour, il faut s'occuper à la fois du travail et de la vie personnelle, de la PMA. Quand, comme moi par exemple, on travaille sur ordinateur la majeure partie de la journée, on gère les deux en même temps, en essayant que personne ne s'en aperçoive. Parce qu'en même temps que les emails professionnels, on reçoit aussi les emails de la clinique. Il faut donc gérer les deux avec la plus grande discrétion possible. Car on doit souvent répondre dans



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

cional que ello implica (Gosis *et al.* 2023). Aunque los resultados de la medicina reproductiva mejoran año tras año (Adamson, Zegers-Hochschild y Dyer 2023), la mayoría de los recorridos no están exentos de contratiempos y de fallos, algunos de ellos recurrentes. Así, no todos los recorridos culminan ni siquiera con la realización del proyecto reproductivo, o al menos del inicial.

Cuando persiste el impedimento

Como argumentábamos en la primera sección, los tratamientos de reproducción médica asistida, transfronterizos o no, permiten a las participantes adecuarse a la norma procreativa del hijo biológico, con la excepción de los medios (sin relación sexual entre dos personas). Sin embargo, muchas de las participantes en este estudio hallaron nuevos impedimentos en su recorrido reproductivo.

En su informe anual de 2021, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) estima que la tasa de éxito de los tratamientos de fecundación in vitro (FIV) en mujeres de 35 a 39 años es del 35,0%, frente al 59,3% de los tratamientos con donación de óvulos. Para las mujeres de más de 40 años, los porcentajes de éxito son del 22,3% para la FIV y del 58,3% para la donación de óvulos (SEF 2021). La medicina reproductiva es falible y a menudo conlleva resultados negativos al final de uno o varios ciclos. Hasta cuando se alcanza el objetivo final del embarazo, la probabilidad de que termine en aborto es alta en tanto que se estima que ocurre en uno de cada cuatro embarazos (Dugas y Slane 2022)

La primera transferencia fue bien porque dio positivo, pero por desgracia tuve un aborto a las seis semanas de amenorrea. Después hicimos dos intentos más. Los otros dos acabaron en fracaso. Y quise volver a intentarlo...
[...] y fue una punción en blanco porque no tenía ovocitos. Entonces ya me habían hablado de la donación de óvulos, pero yo no estaba preparada para ello y diría que después del segundo fracaso, empecé a prepararme un poco psicológicamente y a empezar a hacer el duelo de un embarazo genético.²³

Por un lado, este extracto de la entrevista con Katarina (42 años, esteticista) se refiere a un impedimento para la maternidad que no se pudo sortear, ni con la medicina ni con los viajes transfronterizos. De nuevo, en este caso, el impedimento es biológico: el cuerpo no responde a los tratamientos. Por otro lado, este extracto también nos muestra el recorrido reflexivo de Katarina, emocional en su caracterización por el “duelo”, pero también social: la renuncia a un embarazo genético – y no a un hijo – para lograr la maternidad, refleja una reacomodación de la norma procreativa (Riethof 2023). Este proceso de reacomodación de la norma no solo pone en tela de juicio los límites prácticos del proyecto reproductivo, sino también sus fundamentos simbólicos. A lo largo de sus trayectorias, algunas participantes explican no haber encontrado una pareja con la que construir un proyecto de maternidad y que se han visto “presionadas por el reloj biológico” (Desy y Marre 2024), tal y como lo demuestra el siguiente extracto de la entrevista

un délai très court, en quelques heures. La gestion du traitement à distance c'est donc une truc absolument énorme. [...] Ça prend beaucoup de temps et ça demande énormément d'énergie.”]

23 Versión traducida [“Le premier transfert s'est bien passé car il était positif, mais malheureusement, j'ai fait une fausse couche à six semaines d'aménorrhée. On a ensuite fait deux autres tentatives. Les deux autres ont échoué. Et j'ai voulu réessayer... [...] et la ponction s'est avérée négative car j'avais pas d'ovocytes. On m'avait déjà parlé du don d'ovocytes, mais j'étais pas prête pour ça et je dirais qu'après le deuxième échec, j'ai commencé à me préparer un peu psychologiquement et à faire le deuil d'une grossesse génétique.”]



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS

DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:

DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA

REPRODUCTIVA

de Anne-Marie (41 años, dependienta):

De hecho, hubo un momento en el que pensé: “Es ahora o nunca”. La pareja puede esperar, hay gente que encuentra a su pareja muy tarde, pero tener hijos muy tarde no es posible. [...] Así que busqué y vi que otras mujeres también lo habían hecho [ser madres en solitario], y pensé: “¿Por qué no yo?”.²⁴

Otras participantes explican haberse separado de su pareja durante el recorrido de reproducción médica asistida, una ruptura que algunas atribuyen al “desgaste de los tratamientos sobre [su] relación”²⁵, como es el caso de Anne (38 años, jefa de proyectos). Estas situaciones de bloqueo o de cambio vital las llevan a una reorganización de sus prioridades, que conduce al emprendimiento de un proyecto de maternidad en solitario (Desy y Marre 2025, Rozée y Malmanche 2023). En estos casos, el “des-impedimento” no consiste solo en superar un obstáculo jurídico o médico, sino también en deconstruir el modelo de familia tradicional, centrado en la pareja heterosexual y conyugal como condición de posibilidad de la reproducción²⁶. Del mismo modo, otras participantes describen el paso a la donación de óvulos como un momento de ruptura, en el que deben renunciar al ideal normativo de la filiación biogenética. Esta transición implica una redefinición del vínculo entre madres e hijos/as que se lleva a cabo a través de la valorización de otras dimensiones de la parentalidad, como la voluntad, el cuidado o el deseo. Así, el desimpedimento conceptual se refiere a un proceso de reapropiación del proyecto de maternidad en el que se amplían las formas posibles de ser madre, de construir una familia y de establecer vínculos, desplazando el eje de lo biológico hacia lo social, lo afectivo y lo relacional (Johnson 2017, Rinaldi, Rifioti y Marre 2024, Silva y Machado 2011, Thompson 2005).

A medida que se transforma el concepto de “maternidad”, se modifican y amplían otras definiciones: “paternidad”, “familia”, incluso “hijos” (Murphy 2018), que varias participantes en este estudio utilizan para referirse a sus embriones sobrantes. Madeleine (47 años, ingeniera), por ejemplo, se refiere a ellos como “mes petits bouts”²⁷ (traducción de “mis cositas”), o Sylvie (44 años, profesión no indicada), quien se refiere a los embriones como “hermanos y hermanas” de su hijo nacido tres meses antes de la entrevista. De este modo, los obstáculos que surgen en el transcurso de la reproducción médica asistida, que conducen a un reajuste del proyecto de maternidad, pueden producir un desimpedimento ante la obligación — o al menos la necesidad — de cuestionar y redefinir lo que inicialmente parecía incuestionable y universal.

Comentarios finales

Pese a la revisión de la Ley de Bioética francesa en 2021, que posibilitó el acceso de las mujeres solas y de las parejas de mujeres a los tratamientos de reproducción médica asistida, persisten impedimentos a ciertas maternidades,

24 Versión traducida [“D’ailleurs, à un moment donné, je me suis dit : ‘C’est maintenant ou jamais’. Le couple ça peut attendre, certaines personnes trouvent leur moitié très tard, mais avoir des enfants très tard, c’est pas possible. [...] Alors j’ai cherché et j’ai vu que d’autres femmes l’avaient fait [être mère en solo], et je me suis dit : ‘Pourquoi pas moi ?’”]

25 Versión traducida [“usure des traitements sur [son] couple”]

26 En Brasil también, el aumento de mujeres que optan por la maternidad en solitario ha generado debates sobre las nuevas configuraciones familiares (Oliva-Augusto y Mendosa 2022).

27 Contracción de “bouts de choux”, expresión coloquial francesa utilizada para referirse a los niños. En castellano, una posible traducción es “mis cositas”, otra podría ser “mis renacuajos”.



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS

DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:

DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA

REPRODUCTIVA

vinculados mayoritariamente al límite de edad y a los tiempos de espera para la donación de gametos. Este artículo recoge las experiencias de mujeres francesas que se enfrentan a impedimentos biológicos, sociales y legales a su maternidad, que las llevan a recurrir a la reproducción médica asistida transfronteriza en España.

Sortear estos impedimentos, sin embargo, requiere de un intenso trabajo logístico, cuya carga recae principalmente sobre los hombros de las personas que reciben el tratamiento. Además de adaptarse a un tratamiento a distancia, en un sistema médico diferente al del país en el que residen, tienen que gestionar un doble-seguimiento médico entre Francia y España, para poder llevar a cabo su proyecto reproductivo. A pesar de ello, si bien la reproducción médica asistida permite sortear ciertos impedimentos, de igual modo expone a las usuarias a otros nuevos, como los fracasos de los tratamientos o las pérdidas gestacionales. Pero estos viajes también revelan la posibilidad de un “des-impedimento” conceptual de la maternidad, permitiendo una reconfiguración de las normas familiares.

Reconocimiento

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España, con la subvención Repro-flows en Europa, Norte de África y América Latina: movilidades de personas y gametos en el contexto fragmentado de la regulación transnacional de la reproducción asistida y adopción [PID2020-112692RB-C21/AEI/10.13039/501100011033].

Este trabajo también ha recibido el apoyo del Pla de Doctorats Industrials del Departament de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya [2022 DI 00007].



Sobre las autoras

Alexandra Desy

Alexandra Desy es doctora en Antropología Social y Cultural por la Universitat Autònoma de Barcelona. Su investigación se centra en la salud reproductiva, la reproducción médica asistida y los viajes reproductivos transfronterizos. Actualmente trabaja en el Grupo de Investigación AFIN (UAB) con un contrato de investigación postdoctoral.

E-mail: alexandra.desy@uab.cat

Diana Marre

Diana Marre es catedrática en la Universitat Autònoma de Barcelona y es directora del Grupo de Investigación AFIN (UAB). Investiga sobre los aspectos sociales, culturales y políticos de la reproducción humana. Ha sido investigadora principal de numerosos proyectos de investigación financiados por diversos organismos y entidades.

E-mail: diana.marre@uab.cat

DOSSIER:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS

DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:

DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA

REPRODUCTIVA

Contribución de las autoras

ÀLEXA DESY estuvo a cargo de la conceptualización del estudio, del diseño metodológico, de la curación de los datos, de la realización del trabajo de campo y de la redacción del manuscrito.

DIANA MARRE supervisó el desarrollo general del proyecto.

Declaración de disponibilidad de datos

Declaramos que os conteúdos subjacentes ao texto provêm principalmente de entrevistas e observações etnográficas não disponíveis em nenhum repositório.

Director

Carlos Sautchuk (<https://orcid.org/0000-0002-2427-2153>).

Directores Adjuntos

Rosana Castro (<https://orcid.org/0000-0002-1069-4785>).

Sara Morais (<https://orcid.org/0000-0003-1490-1232>).

Jose Arenas Gómez (<https://orcid.org/0000-0002-2159-0527>).

Alberto Fidalgo Castro (<https://orcid.org/0000-0002-0538-5582>).

Elisabeth Defreyne (<https://orcid.org/0009-0009-2559-0047>).

Recebido em 27/02/2025

Aprovado para publicação em 20/09/2025 pela editora Sara Morais (<https://orcid.org/0000-0003-1490-1232>)



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

Referencias

- Académie Nationale de Médecine. 2019. Rapport sur le Projet de loi relatif à la bioéthique. https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-19-08-Rapport-sur-le-projet-de-loi_2019_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nati.pdf
- Adamson, G. Davis, Fernando Zegers-Hochschild, y Silke Dyer. 2023. “Global fertility care with assisted reproductive technology”. *Fertility and Sterility* 120, n° 3 (Parte 1): 473–82. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.013>
- Agence de la Biomédecine. 2023. *AMP: des demandes de prises en charge toujours à la hausse mais des dons insuffisants pour y répondre*. <https://www.agence-biomedecine.fr/AMP-des-demandes-de-prises-en-charge-toujours-a-la-hausse-mais-des-dons?lang=fr>
- Beaujouan, Éva, y Tomás Sobotka. 2019. “Late childbearing continues to increase in developed countries”. *Population & Societies* 562: 1-4. <https://shs.cairn.info/journal-population-and-societies-2019-1-page-1?lang=en>
- Bergmann, Sven. 2011. “Fertility Tourism: circumventive routes that enable access to reproductive technologies and substances”. *Signs* 36, n° 2: 280–8. <https://doi.org/10.1086/655978>
- Blyth, Eric. 2010. “Fertility patients’ experiences of cross-border reproductive care”. *Fertility and Sterility* 94, n° 1: e11-e15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.046>
- Bonner, Suzanne y Dipanwita Sarkar. 2020. “Who responds to fertility-boosting incentives? Evidence from pro-natal policies in Australia”. *Demographic Research* 42: 513–48. <https://doi.org/10.4054/demres.2020.42.18>
- Boydell, Victoria, Rintaro Mori, Sadequea Shahrook, y Stuart Gietel-Basten. 2023. “Low fertility and fertility policies in the Asia-Pacific region”. *Global Health & Medicine* 5, n° 5: 271–27. <https://doi.org/10.35772/ghm.2023.01058>
- Brunet, Laurence. 2019. “ART and French Law: the advantages and inconveniences of the therapeutic model”. En *Access to assisted reproductive technologies: the case of France and Belgium*, editado por Jennifer Merchant, 7-30. Oxford: Berghahn Books.
- Cardi, Coline, Irène-Lucile Hertzog, y Lucile Ruault. 2023. “Avant-propos – Désempêcher les parentalités?” *Revue française des affaires sociales* 2: 7-41. <https://doi.org/10.3917/rfas.232.0007>
- Colen, Shellee. 1986. “With respect and feelings: voices of west Indian childcare and domestic workers in New York city”. En *All American women: lines that divide, ties that bind*, editado por Johnnetta B. Cole, 36–70. New York: Free Press.
- Daguet, Fabienne. 2022. *Estadísticas de natalidad*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6019324#:~:En%202019%2C%20en%20France%20hors,des%20naissances%20dites%20%20tardives%20>
- Desy, Alexandra, y Diana Marre. 2022. “Reproductive exclusion: French clients of cross-border reproductive care in Barcelona”. En *Reproductive governance and bodily materiality*, editado por Corina Sabrina Guerzoni, y Claudia Mattalucci, 163–77. Leeds: Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-80071-438-020221015>



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

- Desy, Alexandra, y Diana Marre. 2024. "The reproductive journeys of French women over 40 seeking assisted reproductive technology treatments in Spain". *Social Science & Medicine* 351: 116951. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116951>
- Desy, Alexandra, y Diana Marre. 2025. "A case of 'Sort it Yourself'". French women's vulnerable journey to solo motherhood". En *Women, organizations and vulnerability: global archetypes*, editado por Hugo Gaggiotti, y Isis Arlene Díaz-Carrión, 163–72. New York: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781032627175>
- Dugas, Carla, y Valori H. Slane. 2022. "Miscarriage (Archived)". StatPearls. StatPearls Publishing, 27 de junio. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422585/>
- De Zordo, Silvia, Diana Marre, y Marcin Smietana. 2022. "Demographic anxieties in the Age of 'fertility decline'". *Medical Anthropology* 41, nº 6–7: 591–9. <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2099851>
- Dessouroux, Christian, y Christian Vandermotten. 2024. Baisse massive de la fécondité mondiale en 20 ans illustrée en cartes. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/baisse-massive-de-la-fecondeite-mondiale-en-20-ans-illustree-en-cartes/#:~:Toutefois%2C%20la%20baisse%20actuelle%20massive,s%27est%20accélérée%20après%202015>
- Gerrits, Trudie. 2018. "Reproductive travel to Ghana: testimonies, transnational relationships, and stratified reproduction". *Medical Anthropology* 37, nº 2: 131–44. <https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1419223>
- Goisis, Alice, Maria Palma, Niina Metsä-Simola, Reija Klemetti, Pekka Martikainen, Mikko Myrskylä, Alina Pelikh, Marco Tosi, y Hanna Remes. 2023. "Medically assisted reproduction and mental health: a 24-year longitudinal analysis using Finnish register data". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 228, nº 3: 311.e1–311.e24. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.10.041>
- Horsfall, Daniel, y Neil Lunt. 2016. "Medical tourism by numbers". En *Handbook on medical tourism and patient mobility*, editado por Neil Lunt, Daniel Horsfall, y Johana Hanefeld, 25–36. Cheltenham: Edward Elgar.
- Johnson, Katherine M. 2017. "Contingent maternities? Maternal claims-making in third party reproduction". *Sociology of Health & Illness* 39, nº 8: 1349–64. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12589>
- La Rochebrochard, Élise de. 2022. "40 ans après la naissance du premier 'bébé-éprouvette' français, plus de 400 000 enfants conçus par FIV". The Conversation. <https://theconversation.com/40-ans-apres-la-naissance-du-premier-bebe-eprouvette-francais-plus-de-400-000-enfants-concus-par-fiv-177573>
- Machin, Rosana. 2016. "Tecnologias reproductivas e material genético de terceros: reflexões em torno de regulação, mercado e iniquidades". En *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*, editado por Cecilia Straw, Eliane Vargas, Mariana V. Cherro, y Marlene Tamanini, 31–54. Curitiba: CRV.
- Machin, Rosana, Douglas Mendosa, y María-Helena Oliva-Augusto. 2018. "Cross-border reproduction: the reproductive market in Angola and Brazil". *Papeles del CEIC* 2: 1–23. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.18888>
- Mehl, Dominique. 1999. *Naître ? La controverse bioéthique*. Paris: Bayard.
- Mehl, Dominique. 2011. *Les lois de l'enfantement: procréation et politique en France (1982-2011)*. Paris: Les Presses de Sciences-Po.



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

- Mehl, Dominique. 2019. "La bioéthique de la procréation revisitée". *Círculo de conferencias: La bioéthique: aux frontières de la vie?*, Institut d'Études Avancées, 1 de noviembre, Paris, Francia.
- Mehl, Dominique. 2020. "Single men and women barred from using art in France". En *Access to assisted reproductive technologies: the case of France and Belgium*, editado por Jennifer Merchant, 161–76. Oxford: Berghahn Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1dwq1sp.15>
- Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris: La Découverte.
- Merchant, Jennifer. 2019. *Access to assisted reproductive technologies: the case of France and Belgium*. Oxford: Berghahn Books.
- Molas Closas, Anna. 2021. "Taming egg donors: the production of the egg donation bioeconomy in Spain". Tesis doctoral. Monash University. <https://doi.org/10.26180/17206244.v1>
- Morgan, Lynn M., y Elizabeth F. S. Roberts. 2012. "Reproductive governance in Latin America". *Anthropology & Medicine* 19, nº 2: 241–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22889430/>
- Murphy, Samantha. 2012. "Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'Moral Mothers'". *Midwifery* 28, nº 4: 476–80. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.005>
- Oliva-Augusto, Maria-Helena, y Douglas Mendoza. 2022. "Tecnologias de reprodução assistida, regulação e monoparentalidade: entre a autonomia e o individualismo". *Inter disciplina* 10, nº 28: 129–152. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83293>
- Oliveira, Magali Gláucia Fávaro de, y Elda Bussinguer. 2024. "Infertilidade: Sistema Único de Saúde e o direito fundamental ao planejamento familiar". *Revista Bioética* 32: e3777PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243777PT>
- Organización Mundial de la Salud. 2024. Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Papon, Sylvain. 2024. "Bilan démographique 2023: en 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse". Insee Première 1978. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
- Perler, Laura, y Carolin Schurr. 2022. "Geographies of assisted reproduction: the Spanish egg donation economy as a global/intimate contact zone". *Documents d'Anàlisi Geogràfica* 68, nº 2: 313–33. https://boris.unibe.ch/170120/1/725-Text_de_l_article-7513-1-10-20220517.pdf
- Pennings, Guido. 2019. "Cross-border reproductive care for French patients in Belgium". En *Access to assisted reproductive technologies: the case of France and Belgium*, editado por Jennifer Merchant, 177–91. Oxford: Berghahn Books. <https://biblio.ugent.be/publication/8655458>
- Perritt, Jamila, y Natalia Eugene. 2022. "Inequity and injustice: recognizing infertility as a reproductive justice issue". *F&S Reports* 3, nº 2(Suppl): 2–4. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2021.08.007>
- Präg, Patrick, y Melinda Mills. 2017. "Assisted reproductive technologies in Europe: usage and regulation in the context of cross-border reproductive care". En *Childlessness in Europe: context, cause, and consequences*, editado por Michaela Kreyenfeld, y Dirk Konietzka, 289–312. Cham, Suiza: Springer Open.



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS
DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:
DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA
REPRODUCTIVA

- Riethof, Shana. 2023. "Distribuer l'espoir, préparer le deuil: réajustements des attentes procréatives face à l'échec de la FIV dans une clinique de fertilité belge". *Revue Française des Affaires Sociales* 2: 263-280. <https://doi.org/10.3917/rfas.232.0263>
- Rinaldi, Alessandra, Fernanda Rifiotis, y Diana Marre. 2024. "A família é mais que 'una palabra'". *Civitas: Revista de Ciências Sociais* 4, nº 1: 646967. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2024.1.46967>
- Robcis, Camille. 2016. *La loi de la parenté. La famille, les experts et la république*. Paris: Éditions Fahrenheit.
- Rozée Gomez, Virginie, y Élise de La Rochebrochard. 2013. "Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium". *Human Reproduction* 28, nº 11: 3103-3110. <https://doi.org/10.1093/humrep/det32>.
- Rozée, Virginie, y Élise de La Rochebrochard. 2022. "Mesurer et comprendre les PMA réalisées hors de France". *The Conversation France*, 24 de enero. <https://theconversation.com/mesurer-et-comprendre-les-pma-realisees-hors-de-france-173291>
- Rozée, Virginie, y Élise de La Rochebrochard. 2023. "La PMA en France: une reproduction des inégalités de genre?". *Travail, genre et sociétés* 2, nº 50: 43–60. <https://doi.org/10.3917/tgs.050.0043>
- Rozée, Virginie, y Hélène Malmanche. 2023. "Pour être 'seule aux manettes': parcours solo de la PMA en France". *Enfances Familles Générations* 44: 1–24. hal-04522815.pdf
- Salama, Mahmoud, Vladimir Isachenko, Evgenia Isachenko, Gohar Rahimi, Peter Mallmann, Lynn M. Westphal, Marcia C. Inhorn, y Pasquale Patrizio. 2018. "Cross-Border Reproductive Care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (A systematic and critical review)". *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 35, nº 7: 1277–88. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1181-x>
- Shenfield, Françoise, Jacques de Mouzon, Guido Pennings, Anna P. Ferraretti, A. Nyboe Andersen, Guido de Wert, y Verle Goossens. 2010. "ESHRE taskforce on cross border reproductive care – cross border reproductive care in six European countries". *Human Reproduction* 25, nº 6: 1361–8. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq057>
- Shepherd, Tory. 2024. "Global Birthrates Dropping". *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/article/2024/aug/11/global-birthrates-dropping>
- Silva, Susana, y Helena Machado. 2011. "The construction of meaning by experts and would-be parents in assisted reproductive technology". *Sociology of Health & Illness* 33, nº 6: 853–68. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01327.x>
- Simopoulou, Mara, Konstantinos Sfakianoudis, Plina Giannelou, Aikaterini Pierouli, Anna Rapani, Evangelos Maziotis, Dionysis Galatis, Panagiotis Bakas, Nikolaos Vlahos, Konstantinos Pantos, y Michael Koutsilieris. 2019. "Treating infertility: current affairs of cross-border reproductive care". *Open Medicine* (Warsaw, Poland) 14: 292–9. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0026>
- Smeenk, Jesper, Christine Wyns, Christian De Geyter, Markus Kupka, Christina Bergh, Irene Cuevas Saiz, Diane De Neubourg, Karel Rezabek, Andreas Tandler-Schneider, Ioana Rugescu, y Veerle Goossens. 2019. "ART in Europe, 2019: results generated from European Registries by ESHRE, European IVF Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)". *Human Reproduction* 38, nº 12: 2321–38. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead197>



Dossier:

CONTORNOS CONTEMPORÁNEOS

DE LA FAMILIA Y EL PARENTESCO:

DESAFÍOS EN LA GOBERNANZA

REPRODUCTIVA

Sociedad Española de la Fertilidad. 2021. Registro Nacional de la Actividad. https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf

Strauss, Anselm, y Juliet M. Corbin. 1990. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications.

Sobotka, Tomás. 2017. *Post-transitional fertility: childbearing postponement and the shift to low and unstable fertility levels*. Vienna Institute of Demography Working Papers 1.

Thompson, Charis. 2005. *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: The MIT Press.

Vialle, Manon. 2020. "Blamed for delay: French norms and practices of A.R.T. in the context of increasing age-related female infertility". En *Waithood: gender, education and delays in marriage and childbearing*, editado por Marcia C. Inhorn, y Nancy J. Smith-Hefner, 317–38. Oxford: Berghahn Books. <https://doi.org/10.2307/j.ctv287sk5z.18>

Vie Publique. 2024. Conférence de presse de M. Emmanuel Macron sur las Prioridades del Nuevo Gobierno. <https://www.vie-publique.fr/discours/292703-emmanuel-macron-16012024-politique-gouvernementale>

Volant, Sabrina, Gilles Pison, y François Héran. 2019. "French fertility is the highest in Europe. Because of its immigrants?". *Population & Societies* 568: 1–4.

Whittaker, Andrea, Marcia C. Inhorn, y Francoise Shenfield. 2019. "Globalised quests for assisted conception: reproductive travel for infertility and involuntary childlessness". *Global Public Health* 14, nº 12: 1669–88. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1627479>

Whittaker, Andrea, y Amy Speier. 2010. "Cycling overseas": care, commodification, and stratification in cross-border reproductive travel". *Medical Anthropology* 29, nº 4: 363–83. <https://doi.org/10.1080/01459740.2010.501313>

Wyns, Christine, Christian De Geyter, Carlos Calhaz-Jorge, Markus S. Kupka, Tatjana Motrenko, Jesper Smeenk, Christina Bergh, Andreas Tandler-Schneider, Ioana A. Rugescu, y Veerle Goossens. 2022. "ART in Europe, 2018: Results Generated from European Registries by ESHRE". In *Human Reproduction Open* 2020, nº 3, S. 1–17.