



## Presentación

María Isabel Jociles y Nancy Konvalinka

La industria de la reproducción humana asistida (RHA) ha experimentado un gran crecimiento en las últimas décadas a nivel internacional y, particularmente, en España. Pavone (2012) considera que es una de las dos únicas bioeconomías (la otra es la agrícola, basada en plantas y otros productos transgénicos) que han logrado tener éxito en el mercado. Se puede entender por bioeconomía “el conjunto de operaciones económicas de una sociedad que utiliza el valor latente en los productos y procesos biológicos para conseguir nuevo crecimiento y beneficios para ciudadanos y naciones” (OCDE, 2006, citado en Pavone 2012: 148), definición a la que faltaría añadir que, entre sus mayores beneficiarios, están las industrias creadas en torno a estos sectores. España es líder europeo en la industria de la RHA: el país donde hay un mayor número de centros que la practican (Comisión Europea, 2015), en el que más tratamientos de este tipo tienen lugar (ESHE, 2017) y foco del “turismo reproductivo”. Estos tratamientos se realizan principalmente en centros privados, de los que hay 342 en 2018 frente a los 153 públicos. Los primeros absorben casi el 80% del mercado reproductivo, que solo en 2016 tuvo un volumen de negocio de unos 530 millones de euros (Rivas, Lores y Jociles, en este número).

Los artículos que componen este monográfico abordan —con mayor o menor extensión, de manera central o más lateral— diferentes factores que han contribuido y contribuyen a fomentar la industria de la reproducción humana asistida. En primer lugar, el aumento de la edad a la que las mujeres tienen a su primer hijo, lo que ocasiona la disminución de sus probabilidades de quedar embarazadas de “manera natural” (Bote y Martínez, en este número), que se refleja en el hecho de que los niños concebidos mediante RHA constituyan un porcentaje relevante del total de nacidos vivos (en la España de 2015 suponían ya el 8,6%). En segundo lugar, una legislación liberal en lo que se refiere, por un lado, a los colectivos que pueden acceder a la RHA, que hace que mujeres que no tienen acceso a ella en sus países, como es el caso de las mujeres solas o de las parejas de lesbianas francesas e italianas, acudan a España para construir sus proyectos familiares; y, por otro, a las técnicas que se pueden implementar (FIV, ovodonación, diagnóstico genético preimplantacional, ICSI, etc.), lo que confiere a la industria española del sector una alta competitividad a nivel internacional, ya no solo porque es un foco de atracción para personas o parejas en cuyos países no están disponibles esas técnicas (en Italia, por ejemplo, no lo está la ovodonación —

Lima, Álvarez y Cubillos, en este número—), sino porque algunas de ellas inciden en el aumento de las tasas de éxito de las clínicas (como es el caso también de la ovodonación —Lafuente, en este número—) o las ubica en mejor posición en el mercado (como ocurre con el diagnóstico genético preimplantacional —Ariza, en este número—).

Y, en tercer lugar, hay dos características de la donación de gametos, sancionadas también por la legislación española (Ley 14/2006), que han favorecido el desarrollo de esta industria. Una es el anonimato de los/las donantes, que —entre otras cosas— atrae a un número significativo de personas y parejas (en particular, del Reino Unido) que no se sienten cómodas con el levantamiento del mismo en sus países de procedencia; y otro es el “altruismo”, que se concreta en que las donaciones no son retribuidas, sino objeto de una “compensación económica”. La cuantía de esta “compensación” es establecida (de manera monopolística, según el planteamiento de Krawiec, 2009) por la Comisión Nacional de Reproducción Asistida. Ello redundaría en un abaratamiento de los costes de producción de los tratamientos basados en estas donaciones y en que los beneficios económicos derivados de ellos repercutan principalmente en las clínicas y bancos de gametos (Rivas, Lores y Jociles, en este número). Si se tiene en cuenta, con relación a la donación de óvulos, que dicha cuantía (unos 1200 euros en 2019) es, con todo, superior a la del salario mínimo interprofesional (900 euros), se puede entender que España sea el país europeo con un mayor número de estas donaciones, de modo que la industria española de la reproducción humana asistida no solo provee de este material genético al mercado interior, sino que se ha erigido en punto de destino de familias extranjeras que demandan estos tratamientos y en exportadora de óvulos crioconservados a otros países.

El monográfico comienza con un artículo de Bote y Martínez que es, en cierto modo, introductorio a los siguientes, pues en él se presenta el contexto socioeconómico y sociodemográfico que explica el recurso de las mujeres, en este caso españolas, a las técnicas de reproducción asistida. Tomando datos de 2015 de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad), del INE (Instituto Nacional de Estadística: EPA 4T; Movimiento Natural de la Población) y del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas: Barómetro 3162), analiza la correlación entre ciclos de FIV en España y factores como las tasas de ocupación y de actividad femenina, la población de mujeres con estudios superiores, la edad media de la mujer al matrimonio, la edad media de la misma en el nacimiento del primer hijo o la práctica religiosa. Mientras que factores como este último se muestran como poco determinantes del recurso o no a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), lo cual va en la línea de lo expresado por Irrazábal y Johnson (2019) para el caso de Argentina (“las mujeres que se consideran católicas deciden utilizar las TRHA adecuando la doctrina a sus propias convicciones”), los factores socioeconómicos resultan muy relevantes en la medida en que decisiones vitales importantes, como tener o no un hijo, dependen del empleo, los salarios o el precio de la vivienda. Por ello, Bote y Martínez concluyen que en España, donde las políticas de conciliación son insuficientes y donde se da una elevada precariedad y desempleo juvenil en el mercado laboral, “la decisión de tener hijos se posterga hasta edades donde el ciclo vital del hombre y la mujer se encuentra en sus momentos más bajos de fertilidad”, de ahí el recurso creciente a las TRHA. Lo más

destacable del artículo no es, sin embargo, esta idea, que está en consonancia con lo puesto de manifiesto por estudios previos, sino el apoyo empírico que se le proporciona mediante los datos estadísticos derivados de las fuentes antes mencionadas.

Los tres siguientes artículos se centran en la ovodonación, es decir, en el proceso mediante el cual una mujer provee de óvulos a una clínica de reproducción asistida o a un banco de gametos con fines reproductivos o de investigación biomédica, si bien cada uno se ocupa de aspectos diferentes de este proceso. Así, el de Lima, Álvarez y Cubillos emprende una comparación entre donantes de óvulos españolas y argentinas dirigida a conocer sus perfiles sociodemográficos, sus motivaciones para “donar” y sus actitudes hacia el anonimato de la donación. En cuanto a los perfiles de las donantes, destacan las diferencias entre las españolas y las argentinas relativas a su situación laboral, puesto que mientras que una parte relevante de las argentinas no realiza una actividad remunerada (el 38% afirma ser ama de casa), la mayoría de las españolas (el 70%) son trabajadoras en activo, principalmente del sector servicios. Ahora bien, en conjunto, cuando no están desempleadas, están ocupadas en sectores que conllevan empleos inestables y escasamente remunerados. Esto puede explicar, al menos en parte, que las donantes de ambos países señalen mayoritariamente la compensación económica como su motivación para “donar”, en unos casos de manera exclusiva (14% de las argentinas y 10% de las españolas) y en otros acompañándola del deseo de “ayudar a otras personas” a formar sus familias (45% de las argentinas y 41% de las españolas). Mientras tanto, solo un tercio, aproximadamente, de las donantes encuestadas manifiesta tener únicamente esta segunda motivación.

Que la “compensación económica” es un incentivo importante para la donación de óvulos se pone de manifiesto —si bien en el artículo no se argumenta en este sentido— cuando se considera que su cuantía supera en España —como se ha señalado— el salario mínimo interprofesional, y en Argentina es también superior al que, en este país, se denomina salario mínimo oficial. Se trata de cantidades que no serían atractivas para mujeres con trabajos bien remunerados y estables, máxime si valoraran estar mercantilizando sus cuerpos con ello (Krawiec, 2009), pero sí para desempleadas, estudiantes sin muchos recursos o trabajadoras que a duras penas llegan a percibir un salario cercano a dicha “compensación”. Es tal vez por ello por lo que la mayoría de las encuestadas, tanto argentinas (el 74%) como españolas (el 84%), asegura que habrían sido donantes igualmente si la donación no hubiera sido anónima, a pesar de sostener al mismo tiempo, de manera aparentemente contradictoria, que no les gustaría tener información sobre las personas nacidas gracias a sus donaciones ni tener contacto con ellas.

En el siguiente artículo, Rivas, Lores y Jociles estudian de qué modo el anonimato y el altruismo de la donación de gametos (y, en especial, de los óvulos) desempeñan un papel fundamental para el sostén de la industria española de la RHA. Apoyándose tanto en datos etnográficos como derivados de fuentes secundarias, recuperan conceptos de la teoría clásica de Marx (trabajo productivo/reproductivo, plusvalía, alienación), así como el diálogo —explícito o implícito— con ella de autoras como Dalla Costa, Delphy, Dickenson, Federici,

Mies, Thompson o Waldby y Cooper, “para dar cuenta de la producción de biocapital a partir de los circuitos de las donaciones reproductivas”. Una de las ideas centrales es que el anonimato y “la ideología del altruismo” son dispositivos legales y sociotécnicos que enmascaran la visualización de las donaciones de gametos como “trabajo (re)productivo” y, por tanto, su contribución a la producción de plusvalor. De esta forma favorecen la apropiación privada de los gametos “donados” en cantidad suficiente para el desarrollo del mercado y de la industria de la reproducción humana asistida. En apoyo de esta idea se analiza, por un lado, la práctica de la coordinación fenotípica por parte de las clínicas; por otro, el anonimato como un instrumento que es utilizado por estas para controlar no solo la información no identificativa sobre los/las donantes, que —según la Ley 14/2006— las familias tienen derecho a solicitar, sino también información acerca de la cual la legislación no dice nada, pero que podría interesar a los/las donantes, como el número de óvulos que les extraen, su uso en fresco o criopreservados, el número de nacidos vivos gracias a ellos dentro y fuera del país, o el destino final de los óvulos “sobrantes”. Y por otro lado, se cuestiona que la donación de gametos responda a la lógica maussiana de la circulación de dones y, por consiguiente, que la provisión de gametos pueda ser calificada apropiadamente de donación, por lo que se concluye que “el paradigma del altruismo [...] sirve para dar un rostro plausiblemente humano a la mercantilización del cuerpo en la creación de plusvalor, lo que entraña la expropiación de los donantes y la denegación de derechos sobre sus biomateriales”.

En lo que respecta a la contribución del anonimato de los/las donantes al sostenimiento de la industria de la RHA, cabe traer a colación tanto la expectación médico-empresarial ante la posibilidad de que la Comisión de Bioética de España se decante por el levantamiento del mismo —posición que defiende su presidente, Federico de Montalvo, no así la SEF (La Vanguardia, 2019)—, como su reacción ante la recomendación 2156 de 20/02/2019 de la Asamblea del Consejo de Europa, donde se sugiere que el Consejo de Ministros de este organismo la transforme en Directiva Europea, de modo que la donación de gametos sea no anónima en todos los países de la UE. En España, los profesionales de la RHA la han calificado de “alarmante” y se han movilizado en consecuencia, promoviendo su adhesión a un grupo, creado por la Sociedad de Fertilidad Checa, asociaciones de pacientes y centros de reproducción asistida (la República Checa es otra potencia europea en el ámbito de la ovodonación), “que coordine a nivel de las instituciones europeas la defensa del derecho de los nacidos de gametos de donante, parejas estériles, mujeres y donantes al anonimato en la donación de gametos” (RHA Profesional, 2019).

Según Lafuente, dos tratamientos de reproducción humana asistida marcan la bioeconomía española frente al resto de Europa: la donación de óvulos, “ya que es anónima, está compensada económicamente y existe una mayor disponibilidad de óvulos que en otros países”, y los diagnósticos genéticos preimplantacionales, que se aplican de forma extensiva. En el artículo incluido en este número, ella —como se ha dicho— se ocupa particularmente de la ovodonación. A partir de relatos de profesionales que trabajan en este ámbito, estudia “el papel que la donación tiene tanto para la configuración de modelos biomédicos, de negocio y de familia particulares”. Partiendo de la pregunta “¿qué se espera que los óvulos

de donante hagan o cubran en [los] tratamientos?”, se hace eco, en primer lugar, de las palabras de Santiso *et al.* (2010), en el sentido de que “los óvulos donados procedentes de mujeres jóvenes [...] tienen capacidad de resolver problemas de espermatozoides dañados”. Ello, y “la tendencia [existente] en las clínicas a cambiar primero los óvulos (y no el espermatozoides, o el embrión al completo) cuando la problemática reproductiva es de origen desconocido”, la llevan a sostener, en primer lugar, que la comprensión y la aplicación de la ovodonación sirven de apoyo a un modelo heteronormativo de reproducción y, en segundo lugar, que aquella, “pese a ser presentada mayoritariamente como una técnica (la de mayor éxito), es más bien una práctica sociotécnica de transferencia de capacidad reproductiva [...] en la que óvulos y donantes son los principales responsables del éxito reproductivo”.

La propensión que descubre en los profesionales de la RHA a “relativizar la importancia de la participación genética de las mujeres” (que es sustituida por la posibilidad de construir su relación con el hijo mediante la gestación), a la vez que a valorar “la participación genética de los hombres como clave para su vínculo con la futura descendencia”, justifican —desde el punto de vista de la autora— el uso de ICSI y de óvulos donados así como la rapidez con la que, en las clínicas, se toma la decisión de aconsejar estos tratamientos. En suma, Lafuente opta por hablar de “transferencia de capacidad reproductiva” por cuanto “los óvulos permiten, por un lado, *rejuvenecer* el aparato reproductor femenino de una mujer (a cambio de la renuncia a su participación genética en la descendencia), pero también garantizan la herencia masculina de multitud de parejas heterosexuales y los buenos resultados de clínicas concretas y de las TRA en general”.

El artículo de Ariza se focaliza, en cambio, en el diagnóstico genético preimplantacional (cuyas siglas en inglés son PGD), una técnica que “permite conocer la composición genética del embrión antes de su transferencia al útero” y tiene como principal finalidad “descartar la presencia de anomalías genéticas en el óvulo fertilizado”, si bien es susceptible de otros usos. Al igual que Lafuente, Ariza se basa en un material empírico que procede sobre todo de entrevistas a profesionales de las clínicas de RHA, en este caso, argentinas, y tiene como objetivo dar cuenta de las maneras en que los/las profesionales dedicados a proveer el PGD negocian los aspectos éticos de esta técnica. Una cuestión que es importante entre ellos/ellas dado que, como consecuencia del potencial eugenésico del PGD y de “aplicación para la selección de rasgos fenotípicos que no comportan riesgos de salud”, ha sido objeto de fuertes controversias éticas a nivel internacional. La conclusión de la autora es que, frente a lo que plantea una de las corrientes más destacadas de la bioética contemporánea, “que aboga por la resolución de dilemas bioéticos en base a la aplicación de cuatro principios interconectados (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia)”, estos profesionales no actúan de este modo, lo que no quiere decir que su práctica clínica no se adecúe a esos principios generales, sino que antes que moverse por ellos, se ajustan “a la situación particular de los/as pacientes” (“cuántos embriones se produjeron, cómo evolucionaron o se piensa que evolucionarán, qué historia reproductiva tiene la pareja, cuántas veces ha hecho tratamiento, etc.”) y nunca sin incertidumbres o de manera aislada “de las entidades biológicas y los artefactos clínicos” con los que se relacionan en su práctica cotidiana.

Un aspecto relevante del PGD en Argentina es que, entre otros usos posibles, se emplea para “incrementar las probabilidades de embarazo de personas o parejas que llevan varios intentos fallidos”, lo que redundaría en el éxito de los tratamientos en los centros que ofertan la técnica y, por tanto, en su competitividad en el mercado de la RHA. A este respecto, resulta muy interesante el discurso de uno de los profesionales estudiados en el artículo, para quien las “decisiones ‘éticas’ que se toman respecto de qué embriones transferir o no están [...] profundamente influidas por [el] estado de competencia feroz” que existe entre dichos centros. En España, el PGD solo está permitido para personas o parejas con riesgo de transmitir una enfermedad genética; no obstante, la oferta de esta técnica incide también en la competitividad de la industria española de la RHA, aunque solo sea por la atracción que ejerce en países donde no está legalizada o es menos accesible.

La industria de la RHA domina “el arte de fabricar un niño [biológico]”, pero corresponde a las madres/padres fabricarlo como hijo, de lo que forma parte el arte de comunicarle (o no) sus orígenes genético-gestacionales. Este otro arte es abordado por el último artículo del monográfico, que nos traslada hasta Chile. A través de los resultados de tres investigaciones cualitativas realizadas en torno a distintas configuraciones familiares (monoparentales, heteroparentales y homoparentales), Herrera, Salvo y Navarro estudian —como se indica en el resumen— las actitudes y las estrategias de madres/padres con respecto a la comunicación de los “orígenes” a sus hijos, así como las posiciones de parentesco que les asignan a las terceras partes intervinientes (a los padres biológicos, en el caso de las adopciones, y a los donantes, en el de las TRHA-D). En cuanto a lo primero, llegan a una conclusión congruente con la literatura internacional: que las familias monoparentales y homoparentales chilenas tienen predisposición a comunicar los “orígenes” a sus hijos, frente a lo que sucede en las familias heteroparentales, a quienes incluso los profesionales aconsejan a veces no desvelarlos. En todo caso, la comunicación de dichos “orígenes” no es una cuestión de todo o nada, sino que se presenta como un proceso en el que las madres/padres actúan por “capas”, puesto que poco a poco van introduciendo en las conversaciones con los hijos diferentes aspectos relacionados con esos “orígenes” (por qué no se tiene, por ejemplo, un padre, la existencia de diversos modelos familiares, cómo se recurrió a un donante de semen, de óvulos o gestante subrogada, o qué se puede saber de ellos). En cuanto al segundo punto, las autoras concluyen que la mayoría de las madres/padres excluyen de sus relatos a los/las donantes, para lo que utilizan estrategias de despersonalización, como la consistente en hablar de la materia donada pero no de la persona que la donó. Se encuentran, sin embargo, diferencias a este respecto según el modelo familiar.

En el monográfico han participado investigadores/as del campo de la sociología, la antropología social, la psicología y el trabajo social tanto españoles/as como latinoamericanos/as, lo que pone de manifiesto que los estudios sociales sobre las TRHA están despegando en los países de habla castellana, debido probablemente al despunte que la propia industria de la RHA está teniendo lugar también en ellos.

## Bibliografía

- Eshre (2017): *Human Reproduction*, Vol. 32, supp (1), Abstracts of the 33rd Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Ginebra, 2 al 5 de julio de 2017.
- Irrazábal, G. y M. C. Johnson (2019): “Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina”, *Política y Sociedad* 56(2), pp. 317-339.
- Krawiec, K. (2009): “Sunny Samaritans and Egomaniacs: Price-Fixing in the Gamete Market”, *Law and Contemporary Problems*, 72, pp. 59-90.
- La Vanguardia (2019): "El Comité de Bioética estudia la posibilidad de levantar el anonimato de los donantes de óvulos y esperma en España", *La Vanguardia* 23/10/2019. Disponible en:  
<https://www.lavanguardia.com/vida/20191023/471158859308/el-comite-de-bioetica-estudia-la-posibilidad-de-levantar-el-anonimato-de-los-donantes-de-ovulos-y-esperma-en-espana.html>  
[Consulta: 26 de octubre de 2019]
- Pavone, V. (2012): “Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía”, *Revista CTS* 20(7), pp. 145-161.
- RHA Profesional (2019): *Donación de gametos no anónima: movimientos políticos para su imposición en Europa*. Disponible en:  
<http://www.rhaprofesional.com/donacion-de-gametos-no-anonima-movimientos-politicos-para-su-imposicion-en-europa/>  
[Consulta: 26 de octubre de 2019]