



La reproducción asistida en el contexto español: la ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo

Sara Lafuente-Funes ¹

Recibido: 12-06-2018/ Aceptado: 13-11-2019

Resumen. La reproducción asistida ha transformado la forma en que un número creciente de personas se reproduce, así como los imaginarios sociales sobre la reproducción y su potencial medicalización y comercialización. En el Estado español el sector privado ha acogido la mayor parte de los tratamientos, si bien existe también cobertura pública de los mismos (dentro de la cual se cubren un gran número de técnicas, pero existen largas listas de espera y limitaciones de acceso heteronormativas y por edad). En este artículo analizamos la expansión de la reproducción asistida unificando una revisión de la literatura existente (tanto médica como social), haciendo una revisión crítica de los datos de uso existentes (procedentes de la Sociedad Española de Fertilidad) y presentado algunos resultados de un trabajo de tipo cualitativo que analiza el papel de la donación de óvulos en las clínicas de reproducción asistida a partir de entrevistas a profesionales de las mismas. A través del análisis de estos datos cualitativos, mostramos las formas en que estas técnicas están involucradas en la reproducción de un statu quo heteronormativo, que afianza y naturaliza los roles de género intrafamiliares, a nivel tanto humano como celular.

Palabras clave: reproducción asistida; donación de óvulos; heteronormatividad; género; comercialización; medicalización.

[en] Assisted Reproduction in the Spanish Context: Egg Donation as the Engine of a Heteronormative Business Model

Abstract. Assisted reproduction has transformed the way an increasing amount of people reproduce, along with social imaginaries around how reproduction takes place. It has also made possible to medicalize and commercialize reproduction in a completely new manner. Within Spain, the private sector is the leading one, even though there is extensive coverage in terms of techniques within the Public Sector (though long waiting lists, age and heteronormative access limitations do exist). This paper discusses the expansion of assisted reproduction in Spain unifying social and medical literature, reviewing data from the Spanish Fertility Society (SEF) and presenting some qualitative findings that examine the role of egg donation within clinics through interviewing professionals from them. Through analyzing this qualitative data, we show how these techniques are entangled in the reproduction of a heteronormative statu quo involved in naturalizing and normalizing intra family gender roles both at the personal and cell levels.

Keywords: assisted reproduction; egg donation; heteronormativity; gender; commercialization; medicalization.

¹ Institut für Soziologie, Goethe Universität, Frankfurt am Main (Alemania).
E-mail: lafuente-funes@soz.uni-frankfurt.de

Cómo citar: Lafuente-Funes, S. (2019): “La reproducción asistida en el contexto español: la ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo”, *Política y Sociedad*, 56(3), pp. 645-667.

Sumario. 1. Introducción. 2. La reproducción asistida en el Estado español: introducción a su surgimiento y situación actual. 3. La donación de óvulos dentro de las clínicas. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

1. Introducción

Cuarenta años después de la primera fecundación *in vitro* exitosa, la denominada “reproducción asistida” se ha extendido a gran velocidad, modificando el modo en que entendemos la reproducción y definimos el parentesco. A lo largo de estas cuatro décadas, se han generado mercados reproductivos a nivel local y global. Este artículo comienza con una introducción al surgimiento y expansión de la reproducción asistida en el Estado español —principalmente en el sector privado, pero incluyendo también el ámbito público— de la mano de guías y relatos producidos desde el ámbito biomédico, para pasar después a un análisis de los datos de uso real de las técnicas en los últimos años. A través de datos, procedentes de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF en adelante), focalizo la atención en el creciente papel de los óvulos donados, para después analizar el papel que la donación tiene en las clínicas. Esta segunda parte del artículo, que bebe del trabajo de campo cualitativo con profesionales del sector², muestra la existencia de imaginarios heteronormativos en la forma en que la reproducción está siendo reproducida en las clínicas, y presenta las diferentes visiones y producciones de maternidad y paternidad que existen en las mismas. Por último, el artículo plantea la categoría de transferencia de capacidad reproductiva como una que define de mejor manera aquello que tiene lugar en los procesos de reproducción asistida en los que participan terceras partes.

El presente trabajo se centra en estudiar la donación de óvulos en las clínicas de reproducción asistida: el papel que este tratamiento tiene en la configuración de modelos familiares y de negocio. Lo hace desde la convicción de que es este uno de los ámbitos en los que preguntarse por esa imbricación semiótico material en la que investigar las formas, primeramente inadvertidas, en que los ejes de poder que materializan sujetos y grupos sociales pueden estar, a su vez, materializando técnicas, economías o procesos biológicos en direcciones concretas y políticamente cargadas.

Para hacer todo lo anterior, este trabajo se construye sobre múltiples trabajos anteriores, tanto aquellos que estudian el auge de la reproducción asistida como los que miran a la reproducción como discurso biológico y, por último, aquellos que han estudiado el contexto español de expansión de técnicas de reproducción asistida (TRA).

Múltiples autoras han estudiado los modos en que la reproducción asistida ha impactado la vida de las mujeres y las distintas sociedades. El ámbito más estudiado ha sido el anglosajón: en Reino Unido nació la primera niña concebida

² Trabajo de campo del Plan Nacional “Bioarreme”, cuyo IP fue Vincenzo Pavone y dentro del cual defendí la tesis doctoral *Bioeconomías reproductivas: los óvulos en la biología pos fecundación in vitro* el 28 de junio de 2017 en la Universidad Complutense de Madrid (disponible *online*: <https://eprints.ucm.es/45518/>).

por fecundación *in vitro* (FIV, en adelante), y de allí surgen las primeras reflexiones del impacto social de estas tecnologías desde el propio ámbito biomédico (Edwards y Steptoe, 1980). Desde la antropología, los estudios sociales y las feministas surgieron muy pronto voces múltiples: una primera oleada feminista de rechazo y llamadas a la cautela en relación al uso de las nuevas tecnologías (Corea, 1985; FINRRAGE, 1989)³ fue seguida de múltiples análisis exhaustivos sobre el uso real y concreto de estas técnicas por parte de cada vez más y más mujeres (Franklin, 2002; Thompson, 2005). Múltiples estudios han analizado el impacto que estas tecnologías tienen y pueden tener como disparadores de cambios y reconfiguraciones en torno al parentesco (Strathern, 1992; Franklin, 2013), también dentro del contexto de América Latina (Ariza, 2013) y del español (Álvarez Plaza, 2006; Jociles y Rivas, 2016). Este artículo, si bien reconoce la potencia destabilizadora introducida por las TRA —incluida la llamada *queerización* de la reproducción (Mamo, 2007)—, fija la atención en las formas en que su uso está implicado en la reproducción de lo mismo, en la continuación de un cierto conjunto de normas, de un *statu quo* determinado. Es decir, fija la atención en las continuidades vinculadas al uso de TRA, en la naturalización y reafirmación de imaginarios y prácticas que se dan en este contexto.

Desde estos estudios se ha analizado también el papel que la participación de terceras partes (donantes, gestantes) tiene en la configuración de estos mercados y formatos reproductivos. El estudio de René Almeling (2011) sobre los mercados en torno a espermia y óvulos en EE. UU. resulta de gran interés. Este muestra cómo las expectativas y roles de género juegan un papel clave en la comercialización de estas células: mientras que la donación de espermia se ve fácilmente en términos de trabajo o búsqueda de retribución económica, la donación de óvulos se construye sobre una retórica del altruismo y los cuidados, pese a estar normalizada su retribución económica. Por otro lado, la gestación por sustitución ha sido estudiada dentro y fuera del mundo anglosajón: en su estudio de EE. UU., Charis Thompson (2005) mostraba cómo tanto esta como la donación de óvulos se inscriben en un complejo entramado de expectativas sociales en torno a la maternidad, la paternidad y la economía. Fuera del ámbito anglosajón se ha dado cuenta de cómo la agencia de las gestantes es compatible con la expansión en términos casi industriales de nuevos modelos laborales precarizados para las mujeres, de la mano de la expansión neoliberal (Pande, 2009, 2010; Hewitson, 2014), que dan lugar a mercados sobre la vida (Rudrappa, 2015) así como a nuevas formas laborales en las que la energía vital es lo que se pone en juego (Vora, 2015).

La reproducción asistida es, además, la aplicación técnica y biomédica de una forma particular de entender la reproducción y, en concreto, a los gametos, los embriones, la fecundación y la herencia. En este sentido, resulta relevante tener en cuenta los estudios que muestran cómo las teorías de la biología y la medicina en torno a los cuerpos y, en concreto, las explicaciones de lo reproductivo son inseparables de la comprensión socioeconómica de la familia, el género y la economía, así como de las relaciones de poder presentes en una sociedad determinada que produce ciencia. El trabajo sobre los estereotipos de género

³ Para una explicación detallada del papel de FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering) ver Franklin, 2013 (Capítulo 5).

presentes en las descripciones de óvulos y esperma (Martin, 1991), así como sobre la forma en que distintas visiones de la masculinidad se entretujan en la forma de representar y entender los espermatozoides (Moore, 2008) dan cuenta de estas producciones de mundo semiótico-materiales (Haraway, 2016) y de la imposibilidad de pensar la técnica, la ciencia, la política o lo social como espacios limpios, netamente diferenciados. Como explica Bettina Bock von Wülfingen, en su análisis sobre el surgimiento paralelo de la herencia en el ámbito biológico y jurídico, "lo que vemos y lo que no vemos, lo que preguntamos y lo que concluimos, incluso dentro de la ciencia, está enmarcado en preconcepciones y eso no es ni malo ni bueno, pero no puede ser de otra manera"⁴ (Bock von Wülfingen, 2012:18).

España se sitúa como país receptor del denominado turismo o exilio reproductivo (Pennings, 2002; Matorras, 2005), fundamentalmente procedente de otros países de Europa. Existen estudios sobre las motivaciones de las donantes que señalan la coexistencia de altruismo y motivación económica (Orobitg, Bestard y Salazar, 2013), y sobre la revelación de orígenes en familias constituidas a través de la participación de donantes de gametos desde el punto de vista familiar y profesional (Jociles-Rubio, Rivas-Rivas y Poveda-Bicknell, 2014; Jociles, Rivas y Álvarez, 2017; Lores y Cubillos, 2016). Resulta más difícil, no obstante, encontrar estudios centrados en analizar el papel que la donación tiene tanto para la configuración de modelos biomédicos, de negocio y de familia particulares. Este trabajo busca aproximarse a ello a partir de los relatos ofrecidos por profesionales del sector.

2. La reproducción asistida en el Estado español: introducción a su surgimiento y situación actual

Para comprender la importancia de la donación de óvulos en el mercado reproductivo español resulta necesario entenderlo y tener presente su contexto de expansión. Por ello realizo aquí una introducción a la reproducción asistida en el Estado, centrándome en cómo su principal desarrollo ha tenido lugar en el ámbito privado, a través de la revisión de los principales textos producidos desde el ámbito biomédico sobre el tema (Matorras 2007; Matorras Weinig *et al.* 2011; Calhaz-Jorge *et al.* 2016) y el análisis crítico de los datos sobre uso de estas técnicas ofrecidos desde la SEF (2009, 2013, 2014, 2015).

2.1. De la primera FIV a la expansión de un modelo particular

En 1984 nació en Barcelona Victoria Anna, la primera niña concebida por FIV en el Estado español, en el Instituto Dexeus. Este hito, enmarcado en un largo recorrido biomédico que puede seguirse en algunos documentos médicos de recopilación histórica (Coroleu Lletget, 2011), resulta representativo de un modelo en el que la centralidad del sector privado y el liderazgo de la costa mediterránea serán desde entonces fundamentales. Las TRA han ampliado en estos años su capacidad de intervenir gametos y embriones, y su uso se ha extendido y

⁴ Traducción propia.

normalizado. A continuación explico brevemente las distintas técnicas ofertadas en la actualidad.

La técnica más sencilla es la inseminación artificial (IA), que introduce el semen (de pareja o donante) en el útero de la paciente. La técnica por la que nacieron Victoria Anna y Louise es ahora denominada "FIV clásica", y representa un porcentaje relativamente bajo de las fecundaciones en laboratorio, siendo superada por el uso de ICSI o técnica mixta. FIV clásica es cuando una vez que espermatozoides y ovocitos están en el laboratorio, se depositan juntos en una placa de Petri para que se produzca la fecundación. Para ello, se trata el semen en el laboratorio y se selecciona una muestra. Los ovocitos se obtienen a través del control y ampliación de la ovulación (vía hormonación) en la mujer⁵; en ese ciclo se ovulan más ovocitos, que son extraídos junto con las células que les rodean y que posibilitan el reconocimiento entre los gametos (cúmulus). La técnica ICSI⁶ consiste en la inyección de espermatozoides concretos en el interior de los ovocitos con una aguja. La técnica mixta hace referencia a cuando se trata de fecundar algunos óvulos con FIV clásica y otros con ICSI.

Además de estas técnicas básicas existen múltiples prácticas adyacentes. Destacan las donaciones: ovocitaria, de semen y de embriones. Por otro lado, resultan importantes las técnicas de diagnóstico preimplantacional, dentro de las cuales en inglés se distingue el PGS y el PGD⁷, pero en castellano tienden a traducirse bajo la misma sigla, DGP (Pavone y Lafuente, 2017); la primera está dirigida a realizar cribados cromosómicos y la segunda a buscar marcadores genéticos de enfermedades presentes en el historial familiar (seleccionando en función de lo anterior qué embriones se implantarán y cuáles no). En los últimos años se oferta la técnica ROPA⁸ y la doble donación. La primera es FIV para una pareja de mujeres en la que una aporte el óvulo y otra la gestación. La segunda es donación de óvulos y esperma (distinto a la donación de embriones por mujeres o parejas en procesos de reproducción asistida).

Por último, la criopreservación de gametos y embriones es ampliamente utilizada. Cabe destacar que, si bien el semen y los embriones se criopreservan de forma satisfactoria desde hace años, los ovocitos lo hacen con similares tasas de éxito tras la introducción de la vitrificación, que se dejó de considerar experimental en 2012, por lo que es en estos años en los que podemos empezar a ver las consecuencias de este desarrollo: aparición de bancos de óvulos, comienzo del mercado de exportación de los mismos, etc.

De los tratamientos disponibles en clínicas y hospitales, dos marcan de forma característica la bioeconomía particular del Estado español frente al resto de Europa: la donación ovocitaria, ya que es anónima, está compensada económicamente y existe una mayor disponibilidad de óvulos que en otros países,

⁵ En este trabajo hablo de mujeres ya que, aunque evidentemente hay hombres trans sometiéndose a hormonaciones y extracciones ovocitarias, la donación de óvulos está orientada a las mujeres en las clínicas estudiadas, y no se nombró en ningún momento otra posibilidad. Si bien entiendo que es importante visibilizar la existencia de estos hombres, en este trabajo no se ha accedido a sus experiencias. Además de esto, al tener un foco principal en los profesionales y la donación de óvulos, el hecho de que las donantes sean mujeres cis configura la donación de una forma particular.

⁶ Acrónimo del inglés *intracellular sperm-injection* o inyección espermática intracelular

⁷ PGS: pre-implantation genetic screening; PGD: pre-implantation genetic diagnosis. Traducidas ambas por DGP: diagnóstico genético preimplantación.

⁸ ROPA: Reception of Oocytes from the Partner.

y los diagnósticos genéticos preimplantación, que se aplican aquí de forma más extensiva. De ambos, el primero es el objeto principal de este trabajo.

El ámbito privado, que ha contado con un fuerte desarrollo e iniciativa, ha acogido en mayor medida que el público el crecimiento de las TRA. No solo la primera *in vitro* tuvo lugar en el Instituto Dexeus de Barcelona: allí también nacieron los primeros bebés procedentes de embriones criopreservados (1987), el primero concebido por ICSI (1992) y aquel fruto de un análisis de diagnóstico genético preimplantacional (DGP) con selección de sexo (1994). Otros grandes hitos, como la apertura del primer banco de semen criopreservado (1987), tuvieron también lugar en Barcelona, si bien no ya dependientes del Dexeus. Otros dos centros privados destacan en estos primeros años: CEFER y, creciendo en importancia con los años, el Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) (Coroleu Lletget, 2011).

Si bien desde los años ochenta hay cobertura pública de la reproducción asistida para quienes cumplan ciertos requisitos⁹, esta ha ido por detrás del sector privado. Siguiendo los informes citados, vemos que los primeros datos de centros registrados, de 2004, señalaban que menos del 25 % de los mismos eran públicos. Estos ascendieron al 31 % en 2009 (Pérez Milán, 2011) y retornaron al 25,8 % en 2015 de acuerdo al Registro de Centros y Servicios¹⁰. Este descenso puede vincularse a las medidas políticas de ajuste presupuestario tomadas por los Gobiernos del PSOE y el PP a raíz de la crisis financiera, así como a la modificación en el acceso a tratamientos dentro de la Seguridad Social, que expulsó a parejas de lesbianas y mujeres solas con la última restricción impulsada por el PP.

El informe realizado por Pérez Milán señala como una de las principales características del modelo público una "desproporción histórica, estructurada y asumida entre demanda de servicios y capacidad de asistencia global" (Pérez Milán, 2011:159). Este sector contaría, de acuerdo a este informe, con una serie de ventajas naturales, como la confianza generada por un "análisis de relación riesgo/beneficio no determinada primordialmente por la relación coste/efectividad" (Pérez Milán, 2011:154). Una de las cuestiones destacadas en las entrevistas a profesionales es lo que en este informe se explica como una "dificultad acusada para el desarrollo de programas terapéuticos que requieran donación de gametos" (Pérez Milán, 2011:160). En las entrevistas se señalaba que el porcentaje de donaciones ovocitarias en el sector público es muy bajo; se considera "testimonial" su existencia en los pocos centros en los que se oferta. Esta diferencia con el sector privado, de acuerdo al único entrevistado del ámbito público¹¹, se debe a "la precariedad en la consecución de las donantes", relacionada con el hecho de que "en los centros privados se da la (...) lo establece la ley, en palabras de la ley es una compensación resarcitoria, porque sabes que la ley no permite el pago pero establece una compensación resarcitoria. Y eso hace pues que la oferta compense la demanda" (Entrevista D). El caso parece ser distinto en Andalucía, donde sí

⁹ Ser menores de 40 años, limitarse a un número determinado de ciclos y tener un diagnóstico médico de infertilidad (a partir de la modificación de normativa impulsada por Ana Mato, que ha sido limitada en varias comunidades autónomas).

¹⁰ Disponible en la página web de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, actualizado en diciembre de 2015.

¹¹ Al centrarnos en donación de óvulos y tener lugar principalmente en el sector privado, todo el resto de entrevistas se corresponden al mismo.

existe financiación para la compensación a donantes de óvulos, pero esta experiencia no pudo ser incluida en el presente estudio. No obstante, entendemos que al haber compensación económica, esa parte del proceso podrá ser similar a la observada en el ámbito privado, si bien las usuarias receptoras de los mismos variarán, fundamentalmente debido al límite de edad para las pacientes del sector público.

A nivel legal, las TRA fueron reguladas a través de la Ley 35/1988 en un primer momento, pero esta fue modificada en algunos de sus artículos en 2003 y sustituida por la actual Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Esta regulación resulta muy permisiva y flexible, y facilita el acceso a la gran mayoría de técnicas. Esta aproximación regulatoria genera un amplio margen de acción para las clínicas y da cuenta de una visión apromblemática y acogedora para los avances científicos coincidente con una ausencia notable de debate social en torno a la aplicación de las TRA (algo que no ocurre en otros países, como Reino Unido, Italia o Alemania). Esta permisividad se ha acogido también como una ampliación de los derechos reproductivos de las mujeres, no sin señalar las problemáticas de acceso vinculadas a la expansión del modelo privado (Alkorta Idiakez, 2003).

2.2. Revisión de los datos sobre el uso de técnicas de reproducción asistida

Los datos sobre tratamientos en clínicas y hospitales están disponibles desde 2014 casi en su totalidad¹². Con anterioridad no existía un registro oficial y los datos de que se dispone son los entregados voluntariamente por las clínicas a la SEF, quien los audita y elabora un informe anual disponible en Internet. Este registro pasa en 2014 de voluntario a obligatorio, siendo reconocido desde entonces como el registro oficial. Estos informes, como cualquiera, ofrecen una visión parcial de lo que sucede en los centros médicos, lo que nos obliga a mirar la realidad desde una selección de ítems prefigurada que ordena datos, preguntas y selecciona unas informaciones a la par que omite o invisibiliza otras. Pese a estas limitaciones, es la mayor fuente de datos sobre reproducción asistida y, por ello, resulta de gran interés estudiarla.

Los informes desglosan sus datos por técnicas, resultados en distintos niveles (transferencia, gestación, abortos, partos) y características de las pacientes mujeres (edad). Grandes ausencias son los datos sobre donantes de óvulos y sobre varones, tanto pacientes como donantes. Esta sobrerrepresentación de las pacientes mujeres y las cuestiones de infertilidad femenina es común, con distintos grados de intensidad, a los otros informes consultados (Matorras, 2007; Matorras Weinig *et al.*, 2011; Matorras y Hernández, 2007). Esto es así a pesar de que en el Libro Blanco de la Infertilidad se explicita que «si hacemos un repaso de la importancia del factor masculino en los casos de esterilidad seguro que concluiríamos que hoy por hoy es altísima» y que «el factor masculino representa más del 60 % de las indicaciones para someterse a las técnicas de reproducción asistida» (Coroleu Lletget, 2011:77). Todo lo anterior coincide con una tendencia generalizada a volcar el peso central de lo reproductivo en las mujeres, focalizando en ellas, en este caso, los fallos reproductivos y su resolución. De los 19 subíndices del apartado FIV/ICSI del informe de la SEF, 5 giran en torno a los ovocitos (ciclos

¹² Se ha pasado de un 50/60% de clínicas FIV analizadas a un 91%.

con donantes y propios, criopreservados, maduración *in vitro* y ciclos de acumulación para un tratamiento), 3 se centran en ovocitos y embriones (para relacionar procedencia ovocitaria con calidad embrionaria o para contabilizar el número de criopreservados) y 2 vinculan gestación con procedencia ovocitaria. Tras esta focalización en calidad y procedencia ovocitaria y embrionaria, el informe desarrolla una única sección para cada una de las siguientes cuestiones: complicaciones registradas, DGP, donación de semen, donación de embriones y recuperación quirúrgica de espermatozoides¹³. Finalmente, se desglosa por comunidades y se dedican dos tablas a resultados en el momento de transferencia y perinatal.

¿Qué información, pues, nos ofrece este informe? Una en la que se ve la centralidad otorgada a los ovocitos y, en concreto, los de donante, en relación al éxito reproductivo. Si se entiende por calidad ovocitaria la capacidad del ovocito de derivar en un embrión a partir de una fecundación, y atendiendo a los múltiples estudios que señalan que esta disminuye con la edad, parece razonable que se cruce la variable edad de las mujeres en los datos, sin embargo ¿cómo podemos saber si la edad de quien aporta el semen afecta al éxito reproductivo si no disponemos de estos datos en varones? Estas dudas se refuerzan con los estudios que muestran que se está infravalorando el riesgo genético en la descendencia derivado de un aumento de la edad de los hombres al reproducirse, así como el posible descenso de su capacidad reproductiva (Humm y Sakkas, 2013).

Pese a las limitaciones de estos informes, son de gran utilidad para ver el alcance de uso de TRA. En 2015 comenzaron 127.809 ciclos de reproducción asistida, dando lugar a que en torno al 8,6% de los recién nacidos en el Estado español en ese año procediesen de reproducción asistida¹⁴. Existe un mayor número de ciclos iniciados de FIV que de IA: en 2015 datan 38.903 inseminaciones, frente a más de 80.000 transferencias embrionarias¹⁵. Dentro de la IA, un 30,7 % corresponde a inseminaciones con semen de donante, y el 69,3 % realizado con semen de pareja¹⁶. El Estado español es, además, el destino preferido por los europeos que salen de sus países buscando estos tratamientos; es la opción para un 40% de los mismos (Calhaz-Jorge *et al.*, 2016). Pero ¿qué tratamientos realizan? De forma principal, acuden por donaciones, fundamentalmente de óvulos [gráfica 1].

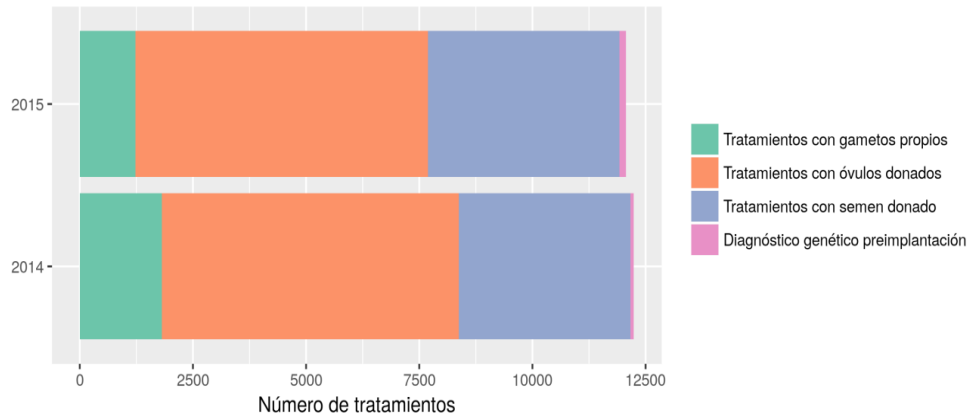
¹³ En los informes de a partir de 2014 se agrega una sección sobre tratamientos de personas residentes en el extranjero (ver gráfica 1).

¹⁴ Dato obtenido de cruzar el número de recién nacidos vivos en el Registro de Actividades de SEF de 2015 y los datos de natalidad del INE del mismo año.

¹⁵ Dato logrado de sumar las cuatro cifras de: nº de transferencias embrionarias en fresco de ovocitos propios (32.993), nº de transferencias con embriones criopreservados procedentes de ovocitos propios (22.230), nº de transferencias embrionarias en fresco de ovocitos donados (12.211) y nº de transferencias con embriones criopreservados procedentes de ovocitos donados (12.604).

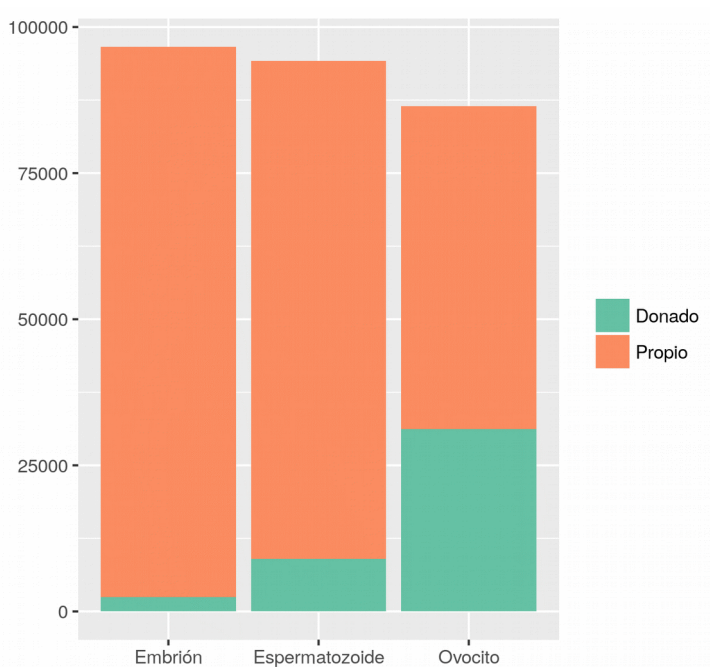
¹⁶ De este 30,7 %, no sabemos cuántos casos corresponden a mujeres sin pareja o con pareja mujer y cuántos a parejas heterosexuales con problemas vinculadas al esperma. A este respecto y a título orientativo, cabe tener en cuenta cómo «la clínica FIV-Madrid señala que aproximadamente el 10 % de las pacientes que acuden a sus clínicas son mujeres sin pareja masculina» (Pérez Sedeño y Sánchez, 2014:203).

Gráfica 1. Tipo de tratamientos realizados a pacientes residentes en otros países



Fuente: elaboración propia. Datos procedentes de los Informes de Registro de Actividades de SEF. .2014 y 2015).

Gráfica 2. Porcentaje de transferencias en función de la procedencia del material genético

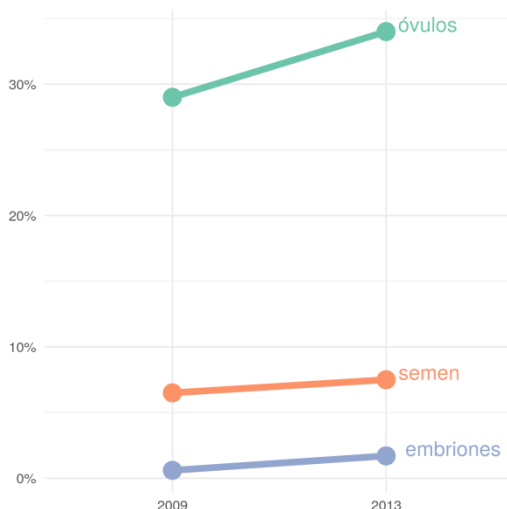


Fuente: elaboración propia. Datos procedentes de los Informes de Registro de A Actividades de SEF 2015.

Esta información constata la importancia que la donación de óvulos tiene en la atracción de pacientes extranjeros, haciendo de España país receptor de lo que se ha denominado "turismo reproductivo" (Pennings, 2002), "exilio reproductivo" (Matorras, 2005) y que en los últimos años se refiere como "cuidado reproductivo transnacional" (Pennings *et al.*; 2008; Hudson *et al.*, 2011).

Más allá de esto el papel de las donaciones dentro del total de los ciclos con FIV/ICSI [gráfica 2] es alto, aunque la mayor parte de transferencias se hacen con gametos o embriones propios. Además, el uso de ovocitos donados es comparativamente mucho más alto que el recurso a espermatozoides o embriones donados.

Gráfica 3. Porcentaje de tratamientos con óvulos, semen o embriones totales



Fuente: elaboración propia. Datos procedentes de los Informes de Registro de Actividades de SEF 2009 y 2013.

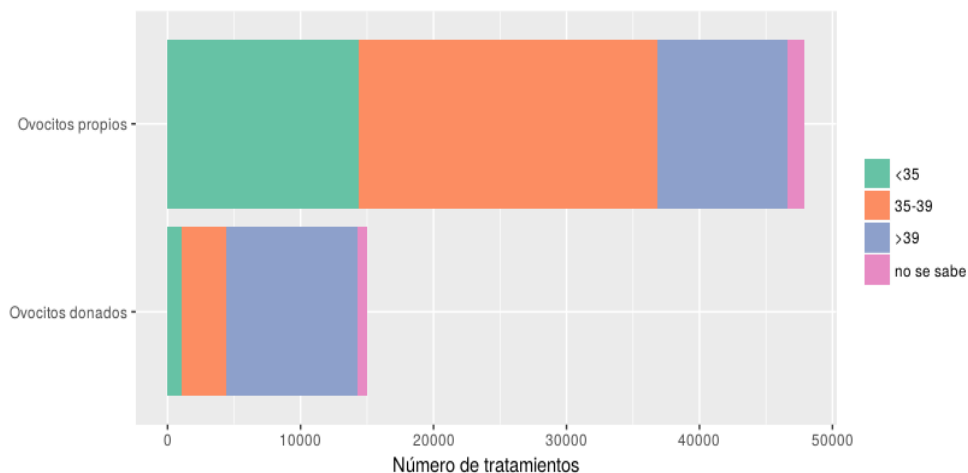
Tras utilizar los datos de 2009 y 2013 ofrecidos en el mismo informe de la SEF [gráfica 3] para realizar una comparativa¹⁷, podemos señalar que el uso de material donado va en aumento. Así, hay un aumento de cinco puntos en las transferencias embrionarias procedentes de óvulos donados, que pasan de ser el 29% al 34% del total. Menor es el uso de espermatozoides donados y menor el aumento, ya que pasa de un 6,5% en 2009 a un 7,5% en 2013, y mucho menor el número de transferencias de embriones donados, que, incluso triplicándose, representa un 1,7% del total.

Debido a que las variables no se cruzan con calidad seminal ni con datos de las parejas masculinas, solo podemos cruzar el número de tratamientos con óvulos propios/donados con la información etaria de la población de mujeres pacientes [gráfica 4]. Un 66% de ciclos con ovocitos donados se da en mujeres mayores de 40 años, que son a su vez el grupo que inicia menos ciclos de IVF/ICSI con

¹⁷ Para realizar comparativas utilizo los informes de 2009 y 2013, que son los años en que se mantienen similares tanto los ítems como el porcentaje de clínicas participantes. Además, utilizo datos de 2014 y 2015 por ser más completos y recientes.

ovocitos propios. Estas mujeres, además, son aquellas cuyos tratamientos no están incluidos dentro de la Seguridad Social, por lo que toda la información proviene del ámbito privado. En los informes de la SEF no se incluye la indicación (factor masculino, femenino, mixto, desconocido, etc.) que lleva a la donación ovocitaria (si lo hace con los casos de FIV con ovocitos propios o con el uso de DGP). En las clínicas estudiadas, la edad se señala como la causa más común para acudir a donación de óvulos, pero hay también una casuística múltiple y no siempre clara.

Gráfica 4. Número de tratamientos por edad con óvulos propios o donados



Fuente: elaboración propia. Datos de Informes de Registro de Actividades SEF 2015.

Dentro de esta multiplicidad en diversos estudios se incluye una categoría laxa: fallo de FIV (Matorras y Hernández, 2007)¹⁸. Surge la duda de qué se está esperando que los óvulos donados resuelvan en dichos casos: ¿problemáticas asociadas al óvulo?, ¿asociadas al no encaje entre los óvulos y espermatozoides de esas dos personas?, ¿limitaciones de las técnicas en sí? Surge, a la par, la cuestión de qué papel tiene, cuando existe una casuística ambigua, la ovodonación como técnica. Esto es, ¿de qué manera los ovocitos funcionan, además de materia prima, como herramientas para la producción embrionaria?, ¿podrían verse como tecnologías en el sentido planteado por Sarah Franklin (2013)?, ¿qué se espera que los óvulos de donante hagan o cubran en estos tratamientos? Abordaremos esta cuestión en mayor detalle en la parte final del artículo, al hablar de las transferencias de capacidad reproductiva.

Si bien no disponemos de datos en torno a qué porcentaje de receptoras acuden a óvulos donados a raíz de casuísticas como fallo de FIV, fallo de fecundación o aborto de repetición, sí cabe tener presente que los óvulos donados procedentes de mujeres jóvenes han demostrado capacidad de reparación de fragmentación del

¹⁸ En el citado texto hay una tabla sobre «Indicaciones de donación en orden de la frecuencia» donde ponen en común tres estudios al respecto: «Lindheim, IVI y Nadal» en los que «Fallo de FIV y Aborto habitual» son causas para prescribir tratamientos con óvulos donados. La suma de los distintos factores incluidos en esta categoría supone entre el 60 % y el 14 %.

ADN del espermatozoides (Santiso *et al.*, 2010); es decir, que los óvulos jóvenes tienen capacidad de resolver problemas de espermatozoides dañados. Como señala Rebeca Santiso, autora principal del estudio referido, en una entrevista realizada por Sara Vázquez: "Cuando alguien es infértil, no lo es uno u otro, sino la pareja. Una muestra con la misma fragmentación tiene más probabilidades de embarazo en una mujer con ovocitos jóvenes que en una con ovocitos maduros" (Vázquez, 2011).

Todos estos datos nos muestran una realidad compleja; hablan de la centralidad que se da al factor femenino y señalan una realidad en la que, si bien el uso de material genético propio es aún mayoritario, hay una fuerte subida del recurso a material biológico de terceras partes (fundamentalmente óvulos).

A continuación pasamos a ver los modos en que las y los trabajadores de las clínicas presentan, entienden y producen la reproducción y la donación de óvulos. En este análisis observamos cómo algunas visiones de lo reproductivo, lo familiar y lo económico juegan un papel clave en la configuración de unas reproducciones, familias, y economías concretas. En relación a la tendencia en alza a utilizar óvulos donados, esta aproximación cualitativa nos permite ver que existe una tendencia 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, coincidiendo con las ambiguas definiciones encontradas en los manuales e informes citados más arriba.

3. La donación de óvulos dentro de las clínicas

Una vez repasados algunos de los datos sobre el recurso a tratamientos reproductivos, paso a señalar dos cuestiones principales observadas en el trabajo de campo y vinculadas a la construcción, reproducción y estabilización de la inteligibilidad reproductiva dentro de las clínicas. En primer lugar, señalo ciertos aterrizajes concretos en que estas técnicas, la comprensión y la aplicación de las mismas sirven de apoyo a un modelo heteronormativo de reproducción. En segundo lugar, señalo que la ovodonación, pese a ser presentada mayoritariamente como una técnica (la de "mayor éxito") es más bien una práctica sociotécnica de transferencia de capacidad reproductiva (TCR) en la que óvulos y donantes son los principales responsables del éxito reproductivo (Lafuente-Funes, 2017, 2019).

El trabajo de campo consiste en entrevistas semiestructuradas y en profundidad a veinte profesionales que trabajan en clínicas reproductivas de distintos puntos del Estado (diez privadas y un hospital público). Estas entrevistas, que buscaban cartografiar el papel de la donación de óvulos —y el de los óvulos en sí— en las clínicas, se apoyaron en observaciones parciales en las mismas y los laboratorios de una de ellas. Las entrevistas fueron mayoritariamente realizadas por la autora, así como la observación en las clínicas, pero se contó también con la labor entrevistadora de Vincenzo Pavone y Flor Arias para parte de las mismas¹⁹. Todos los datos recogidos han sido analizados a través del análisis crítico del discurso (Wodak y Meyer, 2009; Van Dijk, 2009). En el presente artículo me centro en mostrar el modo en que la ovodonación se entiende por los profesionales como una

¹⁹ El equipo completo del proyecto Bioarreme estaba compuesto por Vincenzo Pavone, Pilar Nicolás, Flor Arias, Cathy Herbrand, Sergio Romeo y la autora.

TRA central para el modelo reproductivo (y de negocio), haciendo que esta *reproducción* encaje, reproduzca y naturalice un modelo económico y social heteronormativo.

3.1.Las TRA como punto de apoyo de un modelo heteronormativo: privilegiar la herencia masculina y la maternidad biológica

El personal biomédico propone un tratamiento con base en una serie de pruebas médicas, indicadores, etc., pero también en una serie de expectativas sobre lo que creen que esa pareja o mujer va a preferir, lo que consideran más deseable o lo que, como clínica, han definido previamente como dirigido a un mayor éxito reproductivo (y, cabe suponer, comercial). En este apartado muestro una tendencia, observada en las entrevistas, a relativizar la importancia de la participación genética de las mujeres, construida en paralelo a una valoración de la participación genética de los hombres como clave para su vínculo con la futura descendencia. Ambos razonamientos se enfatizan a la hora de justificar el uso del ICSI y los tratamientos con óvulos donados, pero también preceden a la elección de los mismos. Si bien con los datos adquiridos no podemos saber el alcance que esto tiene, parece estar jugando un papel en el alto recurso tanto al ICSI como a los óvulos donados en las clínicas, así como en la rapidez con la que se acude a este tipo de tratamientos cuando la causa de infertilidad no es clara o los resultados de tratamientos anteriores no han sido rápidamente exitosos. Así, observamos en las clínicas la existencia de un imaginario heteronormativo de familia en el que paternidad y maternidad juegan papeles distintos, el primero asociado a lo genético —al rol del padre en la herencia, muy bien estudiado por Bettina Bock von Wülfingen (2012)—, y el segundo a una noción naturalizada, y más procesual, de la crianza, que define la gestación como una experiencia de cuidado físico y biológico que "hace maternidad".

Tanto en las entrevistas como en las notas de campo se ve claro que las clínicas organizan narrativas y prácticas en torno a un objetivo principal: lograr un embarazo viable del que derive un bebé sano que mantenga una vinculación con sus p/madres. Distintos momentos, perfiles de pacientes y tratamientos hacen que unas u otras partes de este triple objetivo sean más enfatizadas o menos (embarazo, bebé sano, vinculado), pero todas entran en juego en todos los tratamientos, resignificándose en cada uno de ellos. Se ponen, por tanto, en acción una serie de procesos sociotécnicos (IA, FIV, ICSI, etc.) que buscan lograr embarazos viables que aseguren vinculación genética. Esto es, que si hay una pareja heterosexual, vuelva a casa con un bebé procedente de gametos de ambos y, si es una mujer o pareja de mujeres, con óvulos propios. Esta lógica, no obstante, convive en la práctica con una rápida asimilación del uso de material donado en los tratamientos reproductivos, como veíamos en las gráficas 2 y 3; este recurso a donaciones se compensa poniendo en marcha una retórica de vínculo paterno (a nivel genético) y de maternidad biológica como si genética (a través del posible parecido físico por medio de la coordinación fenotípica entre donantes y pacientes). En estos casos, cuando la filiación genética es más débil o inexistente (esto es, solo hay filiación por parte de uno de los dos padres o por ninguno, debido a donación de un gameto o los dos), se enfatizan las ideas de viabilidad y salud (haciendo, por ejemplo,

mayor número de pruebas a donantes de gametos, incluidas las de compatibilidad genética).

Tanto por el modo en que algunas de estas técnicas asisten la reproducción como por las prácticas que se dan en torno a ello, planteo aquí que las clínicas están asistiendo un modelo heteronormativo: lo hacen las técnicas en su aplicación y los y las profesionales en su activación, en la determinación de qué tratamientos seguir y en las expectativas puestas en sus pacientes.

3.1.1. ICSI y ovodonación como prácticas de refuerzo al semen

El relato sobre la aplicación de dos tratamientos, ICSI y ovodonación, resulta paradigmático del doble proceso de hipervisibilización de unas cuestiones e invisibilización de otras, de la activación biomédica de unas capacidades e impedimento de otras. Es por ello, y por la facilidad en que ambas pueden encajar en un imaginario heteronormativo similar al encontrado en otras narrativas de lo biológico (Martin, 1991; Moore, 2002, 2008; Oikkonen, 2009), por lo que nos detendremos en ellas a continuación.

En teoría, la ICSI es una técnica que se utiliza en casos en los que hay problemas de calidad seminal, ya que "puede haber un varón que tenga un semen de muy mala calidad, pero precisamente hay técnicas a nivel de laboratorio, como la ICSI, que aparecieron para evitar que esas parejas fueran a semen de donante" (entrevista C_1; mujer, responsable laboratorio FIV). Pero ¿en qué consiste la ICSI? Uno de los biólogos entrevistados explicaba que "en vez de dejar que el espermatozoide fecunde solo, se capacite él solo y fecunde él solo al ovocito, nosotros somos los que vamos a seleccionar" (entrevista FL; hombre, responsable de laboratorio). Para introducir el espermatozoide es además necesario decumular los ovocitos, es decir, aislarlos y detraerlos de unas células (las del cúmulus) implicadas en el reconocimiento entre gametos y en la protección de los ovocitos. Una vez el ovocito está aislado, el personal del laboratorio selecciona un espermatozoide y lo introduce dentro.

En la práctica vemos que la ICSI se utiliza con mucha frecuencia, más de la que parece coincidir con la idea de muy mala calidad seminal (es, de hecho, la principal técnica usada según la SEF). En algunas clínicas aseguraban utilizar siempre ICSI: "En el centro que trabajaba antes había casos en los que se hacía fecundación *in vitro* clásica. Aquí el 100 % [con ICSI]" (entrevista GG; embriólogo). En otras utilizan siempre técnica mixta y algunas usan ICSI en los tratamientos con óvulos donados: "Nosotros siempre, para receptoras de ovocitos, hacemos la microinyección y sobre todo porque también aseguramos que tras la punción de la donante se decumula, se ve si hay ovocitos... un número de ovocitos suficientes para seguir adelante y con calidad suficiente para dárselo a una paciente" (entrevista AL; biólogo). En este último caso vemos que la ICSI actúa, en cierto sentido, asegurando la calidad del ovocito, pero ¿en qué sentido? En tanto que al utilizar FIV clásica:

El inconveniente que tiene es que si algún paciente, o alguna donante, aunque ecográficamente y en un principio de todo esté bien, si por cualquier motivo hubiese un bloqueo entre receptores del espermatozoide o bien del ovocito y no hubiese ese

reconocimiento previo pues se te puede producir un fallo de fecundación (entrevista AL; biólogo).

Volvemos, pues a la idea de *fallo de fecundación*, ahora resuelto por la ICSI.

Tanto la ICSI como la ovodonación se utilizan, en parte, para garantizar la herencia paterna. En el primero, frente a lo que parece un problema del esperma (que no puede fecundar), se actúa sobre el óvulo (retirándole el cúmulus para introducir directamente el esperma y que este no pueda ser bloqueado); en el caso de la ovodonación, cuando la indicación no es clara y no se sabe si el problema es de uno de los gametos o de la unión de ambos, la resolución pasa por cambiar un óvulo por otro (de donante). Esto es, a escala celular, similar a lo que sucede en general en la reproducción asistida con el factor masculino: el cuerpo tratado es el de las mujeres, tanto para resolver casuísticas femeninas como masculinas. En la ICSI se actúa también sobre el esperma, haciendo una selección específica (de un espermatozoide entre millones) y sustituyendo técnicamente la que se define como su función: en lugar de ser el espermatozoide quien penetra al ovocito, lo hará una aguja que le transporta y le deposita dentro. De esta forma el espermatozoide es asistido (incluso sustituido), pero para garantizar su función reproductiva. Los óvulos, sin embargo, se intervienen o intercambian para garantizar la viabilidad o del espermatozoide o del embrión, pero no necesariamente de sí mismos, ya que no hay técnicas que mejoren la calidad de los ovocitos. El valor individualizado que se concede al esperma (no tanto a cada uno de los espermatozoides pero sí a su pertenencia a un padre potencial) se otorga de forma colectiva a los óvulos, que no importan tanto individualizados (vinculados genéticamente a una potencial madre) como en tanto posibilitadores de la individualidad genética masculina y la individualidad del embrión. A los espermatozoides se les asiste para ser actantes: se niega su agencia al hacer selección e introducción técnica pero se cubren sus acciones. El óvulo se interviene neutralizando parte de su agencia compartida: se le elimina la capa de células que le rodean (implicadas en la selección del esperma) y se obvia la protección de su capa pelúcida²⁰. Un cierto imaginario de la fecundación (Martin, 1991; Lafuente Funes, 2013), en el que el ovocito es pasivo y su función es recibir al espermatozoide, es garantizado técnicamente. En este sentido, la ICSI podría verse como una práctica de domesticación de los gametos hacia un imaginario heteronormativo, donde la imbricación material y simbólica es particularmente tangible (y tecnológica), en una línea similar a la señalada por otros estudios sobre la domesticación de los gametos dentro de la reproducción asistida (Lie, 2014).

Si miramos la forma en que las TRA lidian con los óvulos en estas clínicas, observamos que resulta diferente a la de la ICSI y los espermatozoides. La hormonación ovárica, dirigida a aumentar el número de posibles ovocitos y, por tanto, de embriones desarrollados, actúa sobre los ovarios para obtener más óvulos, pero no se aplica, no existe, ningún tratamiento para asistir la calidad ovocitaria, ni a los óvulos en sí. Esto es así pese a ser células muchísimo más escasas (y de difícil acceso) que los espermatozoides. Con estas intervenciones, por tanto, hay un mayor esfuerzo dedicado a garantizar que el embrión resultante mantenga la

²⁰ Relacionado con este tipo de intervenciones, Pérez Sedeño y Sánchez señalan, a través de una revisión del trabajo de Meyer (1997), cómo "las TRA, en especial aquellas que conllevan micromanipulación, evitan los procesos de selección natural" (Pérez Sedeño y Sánchez, 2014:217).

herencia genética del padre, independientemente de si también lleva la de la madre. De acuerdo a lo que los profesionales decían en las entrevistas, como veremos a continuación, solo en los casos en que esto no resulta posible, se acude a esperma donado. Todo lo anterior tiene lugar en un contexto en el que el personal sobreentiende que resulta más fácil para las mujeres que para los hombres sustituir sus gametos por unos de donante, como veremos a continuación.

3.1.2. La "cunita" de mamá y la semillita de papá

El modo en que se justifica la mayor facilidad de las mujeres para ceder su aporte genético construye una idea de la maternidad como algo más procesual, complejo y plástico que la paternidad. Si bien, en el relato reproductivo, es fundamental la participación biológica de la pareja o de la mujer, toma distintas formas al hablar de distintos casos. En el caso de la ovodonación se tiende a enfatizar la participación biológica de las mujeres mediante un reconocimiento fuerte de la gestación, vista como cuidado y crianza. Esto se ve de forma muy gráfica cuando una de las entrevistadas hablaba del útero como una cuna: "A la receptora le preparamos el endometrio, la cunita, el útero" porque "en una donación de óvulos ellas, al menos, ponen la cuna, ponen el útero, lo van a parir ellas" (entrevista A1_1; ginecóloga). La gestación permite establecer un vínculo clave en la construcción de la maternidad: "Por mucho que ya sean ovocitos donados, ese embarazo lo va a llevar ella, lo va a llevar en su útero, va a sentir las patadas, los latidos, la ecografía, el parto, la cesárea" (entrevista GG; embriólogo).

Por otro lado, el personal percibe que los hombres van a ser más reacios a la donación de semen y que tienen menos formas de integrar el proceso reproductivo como propio si no es a través de la participación genética: "Se sienten, pues igual, pues menos padres, menos hombres, entendiéndose que, si no se utiliza su semen, él no aporta" (entrevista A2_2; mujer, atención al paciente). Así, "cuando hay que cambiar el semen puede haber más problemas de aceptación del tratamiento" ya que "cuando es semen es una especie contractual de un papel que dice que es mi hijo pero genéticamente no va a ser. Entonces, asumir eso, porque el varón no va a sentir patada ni nada, entonces claro al varón le puede costar un poco más" (entrevista GG; embriólogo).

Observamos pues una convergencia entre el modo en que las técnicas asisten la participación del esperma y el modo en que los y las profesionales priorizan la participación genética de los hombres. En cierto sentido ambos procesos redirigen lo reproductivo a un esquema o imaginario de la fecundación y la reproducción en el que la herencia genética paterna es priorizada y el esquema heteronormativo de familia (con sus roles de género diferenciados) se traduce, a escala celular y técnica, a la forma de entender y hacer la reproducción.

3.2. ¿Es la ovodonación una técnica de reproducción asistida? Los óvulos como agentes reproductivos

La ovodonación tiende a enmarcarse como un tratamiento o una técnica de reproducción asistida. La primera parte de este proceso suele referirse, en las clínicas, como *donación de óvulos*, la segunda parte (el tratamiento), como

ovodonación u *ovodón*. El primer concepto sitúa la donación en el centro, mientras que el segundo da idea de un constructo dentro del cual la donación juega un papel como parte de algo más amplio. Bajo la idea de *ovodón*, el tratamiento ofertado por la clínica tiene mayor protagonismo y se presenta como una técnica de reproducción asistida. El éxito de estos tratamientos se ve como técnico y biomédico, un éxito de las clínicas y las TRA.

La apuesta por hablar de transferencia de capacidad reproductiva (TCR) pretende describir de forma más certera lo que sucede en estos tratamientos. Esta apuesta busca situar en el centro la capacidad reproductiva de donantes y óvulos (sus agencias), y no prefijar en la forma de nombrar el tipo de arreglo socioeconómico al que está sujeta dicha transferencia (donación, venta, cesión, regalo, etc.).

El trabajo de campo realizado en torno a cómo se articula esta transferencia en el caso de los óvulos nos ha permitido ver: (1) que los óvulos de donante son presentados como capaces de ofrecer una vuelta atrás en el tiempo para receptoras consideradas mayores; (2) que estos óvulos parecen funcionar, aunque no se nombre, como garantía de la herencia paterna y, por último, (3) que los óvulos de donante aumentan las tasas de éxito de unas técnicas biomédicas, las TRA, cuya falibilidad es, tras varias décadas, alta.

En las clínicas señalan la edad de las mujeres como causa para acudir a ovodonación, ya que:

Hay un fenómeno importante social, sobre todo el mundo desarrollado, que es que se pospone la verdadera maternidad. Entonces, una parte de las pacientes que generalmente necesitan ovodonación es porque no hay una reserva ovárica que les garantice número suficiente y calidad de ovocitos para conseguir un embarazo (entrevista BB2).

No obstante, como veíamos antes, la edad no explica todos estos tratamientos a los que habría que añadir dos casuísticas: los problemas médicos asociados a la ovulación y los intentos fallidos de FIV:

[El] papel que juega la donación de ovocitos es primordial en parejas donde hay una menopausia precoz, una menopausia o la calidad de los ovocitos no es buena o una baja reserva ovárica o cuando ha habido fracaso en tratamientos previos con ovocitos propios (entrevista GG; embriólogo).

Existe una identificación en los óvulos del problema reproductivo (sea por edad, por fallo de FIV, o por patología): "El gameto al que nosotros responsabilizamos más de las tasas de embarazo es precisamente al óvulo" (entrevista C_1; mujer, responsable laboratorio FIV) y, por tanto, este sería el sustituido en caso de duda. Esto hace que una casuística compleja en la que existen factores sociales importantes (la vinculada al retraso de edad maternal, el fallo de fecundación que puede ser debido a multitud de cuestiones, etc.) sea reducida a un diagnóstico médico individualizado: baja reserva ovárica, para el que las clínicas ya tienen una solución. Esto es, una vez individualizado el problema, se plantea como solucionable mediante el recurso a material biológico de otra mujer (donante). Así,

las clínicas se constituyen como espacios en los que resolver individualmente una problemática más amplia, más colectiva, sin que esta faceta de la misma llegue a ser visible en ningún momento (esto es, la problemática continúa apareciendo como individual).

Si bien el aumento de la edad a la que las mujeres deciden intentar ser madres es central en el uso de óvulos donados, resulta también interesante interrogarse en torno a la práctica de cambiar el óvulo como respuesta a fallos reproductivos de causas poco claras o desconocidas, particularmente a la luz de las investigaciones que observan un creciente daño en el ADN espermático y la bajada de la calidad seminal con la edad (Santiso *et al.*, 2010), así como la capacidad de óvulos jóvenes para asistirlo.

Además, resulta interesante cómo, frente a una narrativa de la reproducción y la fecundación que reconoce como agente soberano al espermatozoide y tiende a no ver las agencias del óvulo (Martin, 1991; Moore, 2008), se da una práctica en la que se carga al óvulo con la responsabilidad del éxito reproductivo. Esto parte de un reconocimiento de agencia e importancia a los ovocitos que raramente he encontrado en otros momentos o contextos. Es decir, las narrativas de la fecundación que suelen reconocer la agencia fundamentalmente al espermatozoide antes de la fecundación, y al embrión después de la misma, al hablar aquí del uso de ovocitos de donante presentan a estos con un papel fundamental:

[E]l espermatozoide lo que hace es activar el sistema, pero el sistema está en el óvulo (entrevista GG: embriólogo).

En realidad casi todo depende del ovocito, el espermatozoide lo único que está aportando es el núcleo, son los cromosomas (entrevista FL: embriólogo, encargado laboratorio).

¿Cuál es ese "sistema" que hay dentro del ovocito?, ¿por qué no se habla de él en otros contextos? Si "el sistema" está en el ovocito, ¿es menos relevante el núcleo —y con él la principal información genética— que el plasma de los ovocitos? Siguiendo esta lógica, en la que el ovocito tiene un "sistema", llama la atención que no existan técnicas para "asistirlo". Es decir, y en la línea que veíamos antes al fijarnos en la ICSI y la ovodonación como técnicas de refuerzo del semen, si bien las técnicas de reproducción asistida realizan aquellas "tareas" que se suponen fundamentales para que la reproducción suceda, lo que es principalmente asistido coincide con lo que se plantea como principal en el relato (lo necesario para que el espermatozoide entre en el ovocito), dentro de lo cual se hipervisibiliza lo atribuido al espermatozoide. Esto es, las que se denominan TRA logran fundamentalmente que funcione lo hipervisibilizado en el discurso: la entrada del espermatozoide en el óvulo, pero dejan fuera lo que se da por hecho, las funciones del óvulo en el desarrollo embrionario.

Resulta paradigmático que solo cuando se habla explícitamente del uso de ovocitos donados, y de las problemáticas que estos resuelven, sean estos descritos como dotados de una agencia clave para la correcta generación de embriones. Estos giros narrativos abren interesantes preguntas: su uso extendido y, en particular, aquel en el que la causa por la cual se acude a óvulos donados no es del todo clara, o no está únicamente vinculada a una escasa capacidad ovárica por parte de la

paciente, hacen ver que los óvulos donados tienen un papel múltiple en las clínicas. Así, estos 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. Los óvulos de donante estarían así asistiendo a las técnicas de reproducción asistida, a las clínicas en su búsqueda comercial de altas tasas de éxito, a las pacientes mujeres que no lograban un embarazo de otra forma y a los hombres en su búsqueda de paternidad genética, con muy diferentes niveles de renuncia, coste y beneficio para clínicas, hombres y mujeres. En este sentido, cabe recordar que otra opción posible para los casos de fallo reproductivo de origen desconocido, si bien menos popular, como hemos visto al analizar los datos de la SEF, es la donación de embriones existentes, sobrantes de proyectos reproductivos previos.

4. Conclusiones

En el presente artículo he buscado aunar información de fuentes distintas para comprender algunas claves del modelo socioeconómico de la reproducción asistida estatal. Esta revisión muestra cómo, si bien existe cobertura pública de la reproducción asistida, la escasez de fondos y la flexibilidad regulatoria han permitido y animado la expansión de un mercado reproductivo concentrado y liderado por el sector privado. Este mercado resuelve una serie de problemas reproductivos diagnosticados a título individual a través de una forma concreta de medicalización y mercantilización de la reproducción.

En una sociedad que retrasa cada vez más la edad de maternidad y paternidad, las clínicas se dibujan como la solución a la dificultad de quedarse embarazada. Es, por otro lado, precisamente este retraso de la maternidad el que se señala como la causa principal del aumento del recurso a óvulos donados. Los tratamientos con estos óvulos, que aquí entendemos que transfieren capacidad reproductiva a través de las TRA, están siendo cada vez más utilizados tanto a nivel local como por un número importante de extranjeros que vienen a España buscando estos tratamientos.

Los óvulos transferidos, además, están en la actualidad resolviendo una multiplicidad de cuestiones en las clínicas. Logrados bajo un esquema de altruismo con compensación,²¹ los óvulos pasan en las clínicas a aumentar de forma muy relevante el número de personas que estas pueden tratar, suben sus tasas de éxito e inflan las de las propias TRA. Esto es, si bien la donación de óvulos se presenta como una forma en que la donante ayuda a otra mujer a ser madre, esto es solo una parte de la historia: esa donación asiste tanto a las mujeres pacientes como a las clínicas, las TRA y, por último pero de forma no menos central, a los hombres en parejas heterosexuales en su búsqueda de descendencia genética.

En relación al último punto cabe destacar que las clínicas de reproducción asistida, así como el funcionamiento de las técnicas en sí, tienden a priorizar el

²¹ Ver más sobre esta idea en Lafuente Funes (2017), centrado en la construcción del discurso del altruismo en la donación de óvulos.

mantenimiento de la vinculación genética masculina, reforzando un imaginario en el que esta participación es de gran relevancia para la construcción de los hombres como padres, y reproduciendo o fomentando una visión de la maternidad como algo más procesual y conectado a los cuidados y la crianza, que son en este caso entendidos desde la propia gestación. Es por ello, y por el modo en que muchas de estas técnicas asisten la calidad espermática pero no intervienen en la ovocitaria, por lo que he planteado que estas clínicas asisten un modelo heteronormativo de reproducción, basado en, y productor de, imaginarios normativos de la familia nuclear.

Cabe, como reflexión final, destacar el modo en que estas bioeconomías diagnostican problemáticas en el nivel que pueden intervenir biomédicamente: el individual. Esto es, frente a la existencia de un problema social y compartido de reproducción social, se extiende rápidamente un modelo de mercado que diagnostica y resuelve la afectación individual de (tan solo) una de las partes de esa problemática. Esto recuerda a lo que se señala al hablar de la expansión paralela de bioeconomías y neoliberalismo como formas de reducir problemáticas amplias y compartidas a cuestiones aplacables mediante biotecnologías comercializadas (Goven y Pavone, 2015). En este sentido, los óvulos donados, a través de transferir su capacidad reproductiva en el marco actual de clínicas privadas, absorben la responsabilidad de mantener la fertilidad entre mujeres (si bien ocupando unas y otras posiciones muy distintas). Así, no hay mayor responsabilización ni de los hombres (aunque parte del problema pueda venir de ellos) ni de la sociedad en su conjunto (de igual manera involucrada en generar el problema). Este modelo, por tanto, asiste un modelo heteronormativo y neoliberal de resolución parcial de problemáticas individuales que es incapaz de identificar y afrontar las problemáticas sociales desde su raíz común.

Por último, resulta claro que necesitamos más investigaciones transdisciplinarias, de forma fundamental aquellas que establezcan diálogos entre ciencias sociales y naturales: resulta necesario tener más información sobre el papel masculino dentro de la reproducción asistida, así como saber más sobre qué, y con qué alcance, están asistiendo los óvulos donados por mujeres jóvenes en las clínicas, y sobre cuáles son *de facto* los criterios médicos específicos que llevan a los y las profesionales a recomendar tratamientos con estos óvulos.

5. Bibliografía

- Alkorta Idiakez, I. (2003): “Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida”, *DS: Derecho y Salud*, 11(2):165-178.
- Almeling, R. (2011): *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley, University of California Press.
- Álvarez Plaza, C. (2006): “Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida/Multiple Maternities and the Unbearable Lightness of Paternity in Assisted Human Reproduction”, *Revista de Antropología Social*, 15: 411-455.

- Ariza, L. (2013): *The Normativity of Nature: Morality, Variability and Kinship in the Gamete Exchange*, Tesis doctoral inédita, University of Goldsmiths, University of London. Disponible en:
<http://research.gold.ac.uk/id/eprint/8169>
- Bock von Wülfingen, B. (2012a): *Economies and the Cell. Conception and Heredity around 1900 and 2000*, Humboldt-Universität zu Berlin, Habilitationsschrift.
- Calhaz-Jorge, et al. (2016): “Assisted reproductive technology in Europe, 2012: results generated from European registers by ESHER”, *Human Reproduction*, Vo.31, N8, pp. 1638-1652.
- Corea, G. (1985): *The Mother Machine: From Artificial Insemination to Artificial Wombs*, Nueva York, Harper and Row.
- Coroleu Lletget, B. (2011): “Orígenes, antecedentes e hitos más importantes de la especialidad en España”, En *Libro Blanco Sociosanitario "La Infertilidad En España: Situación Actual y Perspectivas"*, Madrid, Imago Concept, España.
- Edwards, R. y Steptoe, P. (1980): *A Matter of Life: The Story of a Medical Breakthrough*, Londres, Hutchinson.
- FINRRAGE (1989): *Declaration of Comilla. International Conference FINRRAGE*.
- Franklin, S. (2002): *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*, Londres, Routledge.
- Franklin, S. (2013): *Biological Relatives-IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*, Carolina del Norte, Duke University Press.
- Goven, J. y V. Pavone (2015): “The Bioeconomy as Political Project a Polanyian Analysis”, *Science, Technology & Human Values* 40(3): 302-337.
- Haraway, D. (2016): *Staying with the Trouble. Making Kin in the Chthulucene*, Carolina del Norte, Duke University Press.
- Hewitson, G. (2014): “The Commodified Womb and Neoliberal Families”, *Review of Radical Political Economics*, 46(4): 489-495.
- Hudson, N., L. Culley, E. Blyth, et al. (2011): “Cross-Border Reproductive Care: A Review of the Literature”, *Reproductive Biomedicine Online*, 22: 673-685.
- Humm, K. y D. Sakkas (2013): “Role of Increased Male Age in IVF and Egg Donation: Is Sperm DNA Fragmentation Responsible?”, *Fertility and Sterility*, 99(1): 30-36.
- Jociles-Rubio, M., A. Rivas-Rivas y D. Poveda-Bicknell (2014): “Monoparentalidad por elección y revelación de los orígenes a los hijos nacidos por donación de gametos: el caso de España”, *Convergencia*, 21(65): 65-92.
- Jociles, M. y A. Rivas (2016): “Cambios en la concepción y representación del parentesco a raíz del uso de las técnicas de reproducción asistida con donante”, Ankulegi, *Revista de Antropología Social*, 20, 63-78.
- Jociles, M., A. Rivas y C. Álvarez (2017): “Strategies to Personalize and to Depersonalize Donors in Parental Narratives of Children’s Genetic / Gestational Origins (Spain)”, en *Suomen Antropologi*, vol. 42, Issue 4, 25-50.
- Lafuente-Funes, S. (2013): “Las promesas de las lagartas: reproducción más allá de los imaginarios heteronormativos”, *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, nº5, pp. 07-11.
- Lafuente-Funes, S. (2017): “Egg Donation in the Making: Gender, Selection and (In)Visibilities in the Spanish Bioeconomy of Reproduction”, en Pavone V., J. Goven (eds) *Bioeconomies*, Palgrave Macmillan, Cham.

- Lafuente-Funes, S. (2019): "Shall we stop talking about egg donation? Transference of reproductive capacity in the Spanish Bioeconomy", *BioSocieties* 1-19.
<https://doi.org/10.1057/s41292-019-00149-5>
- Lie, M. (2014): "Reproduction Inside/outside: Medical Imaging and the Domestication of Assisted Reproductive Technologies", *European Journal of Women's Studies*, 22(1).
 doi: 1350506814545093
- Lores, F. y C. Cubillos (2016): "Los estilos profesionales ante la revelación de los orígenes genéticos a los hijos/as concebidos mediante TRA-D", en Jociles Rubio, M. *Revelaciones, filiaciones y biotecnologías. Una etnografía sobre la comunicación de los orígenes a los hijos e hijas concebidos mediante donación reproductiva*, Barcelona, Bellaterra.
- Mamo, L. (2007): *Queering Reproduction: Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*, Carolina de Norte, Duke University Press.
- Martin, E. (1991): "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles", *Signs*, 16(3): 485-501.
- Matorras, R. y J. Hernández (2007): *Estudio y tratamiento de la pareja estéril*, Madrid, Adalia.
- Matorras Weinig, R. (2005): "¿Turismo reproductivo o exilio reproductivo?", *Rev Iberoam Fertil*, 22: 85.
- Matorras Weinig, R. (ed.) (2007): *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) con la colaboración de La Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción (ASEBIR), de la Asociación Española de Andrología (ASESA) y de la Sociedad Española de Contracepción (SEC)*, Madrid, Adalia.
- Matorras Weinig, R., Coroleu Lletget, Romeu Sarrió y Pérez Milán (2011): *Libro Blanco Sociosanitario "La Infertilidad En España: Situación Actual Y Perspectivas"*, España, Imago Concept.
- Moore, L. (2002): "Extracting Men from Semen: Masculinity in Scientific Representations of Sperm", *Social Text*, 20(4): 91-119.
- Moore, L. (2008): *Sperm Counts: Overcome by Man's Most Precious Fluid*, Nueva York, New York University Press.
- Oikkonen, V. (2009): "Narrating Descent: Popular Science, Evolutionary Theory and Gender Politics", *Science as Culture*, 18(1): 1-21.
- Orobitg, G., J. Bestard y C. Salazar (2013): "El Cuerpo (Re) Productivo. Interés económico y altruismo social en las experiencias de un grupo de mujeres donantes de óvulos", *Revista Andaluza de Antropología*, 5: 91-104.
- Pande, A. (2009): "It May Be Her Eggs But It's My Blood: Surrogates and Everyday Forms of Kinship in India", *Qualitative Sociology*, 32(4): 379.
- Pande, A. (2010): "Commercial Surrogacy in India: Manufacturing a Perfect Mother-Worker." *Signs*, 35(4): 969-992.
- Pavone, V. y S. Lafuente-Funes (2018): "Selecting What? Pre-implantation Genetic Diagnosis and Screening Trajectories in Spain", in: Wahlberg A., Gammeltoft T. (eds) *Selective Reproduction in the 21st Century*, Palgrave Macmillan, Cham.
- Pennings, G. (2002): "Reproductive Tourism as Moral Pluralism in Motion", *Journal of Medical Ethics*, 28(6): 337-341.
- Pennings, G. y G. De Wert, F. Shenfield, et al. (2008): "ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-Border Reproductive Care", *Human Reproduction*, 23(10): 2182-2184.

- Pérez Milán, F. (2011): "La reproducción asistida en el medio sanitario público", en Matorras Weinig (ed.): *Libro Blanco Sociosanitario "La infertilidad en España: situación actual y perspectivas"*, Madrid, Imago Concept.
- Pérez Sedeño, E. y A. Sánchez (2014): "Asimetrías y olvidos en las tecnologías de reproducción asistida", En Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla (eds.): *Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (pp. 195-243), Madrid, Cátedra.
- Rudrappa, S. (2015): *Discounted Life: The Price of Global Surrogacy in India*, New York, New York University Press.
- Santiso, R. M. Tamayo, J. Gosálvez, *et al.* (2010): "Simultaneous Determination in Situ of DNA Fragmentation and 8-Oxoguanine in Human Sperm", *Fertility and Sterility*, 93(1): 314-318.
- SEF - Registro de La Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de Reproducción Asistida (IA Y FIV/ICSI), Años 2009, 2013, 2014 y 2015, Sociedad Española Fertilidad.
- Strathern, M. (1992): *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproduction Technologies*, Manchester, Manchester University Press.
- Thompson, C. (2005): *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge (Estados Unidos): MIT Press.
- Van Dijk, T. (2009): "Critical Discourse Studies: A Sociocognitive Approach", *Methods of Critical Discourse Analysis* 2(1): 62-86.
- Vázquez, S. (2011): "Dos científicas gallegas del centro oncológico reciben un premio europeo", *Faro de Vigo*., Disponible en:
<http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2011/07/13/cientificas-gallegas-centro-oncologico-reciben-premio-europeo/562610.html>
- Vora, K. (2015): *Life Support: Biocapital and the New History of Oursource Labor*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Wodak, R. y M. Meyer (2009): *Methods for Critical Discourse Analysis*, Thousand Oaks, Sage.