



CONSTRUYENDO
INTERSECCIONES:

APROXIMACIONES
TEÓRICAS Y APLICADAS
EN LAS RELACIONES ENTRE
LOS ÁMBITOS DEL PARENTESCO
Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN
CONTEXTO INTERCULTURAL

Anna Piella, Lucía Sanjuán
Hugo Valenzuela (Coordinador/as)

8

LA MATERIA HUMANA EN UN ALAMBIQUE: NUEVOS MODOS DE ENGENDRAR Y LA ASIMETRÍA DE LA DONACIÓN DE SEMEN Y ÓVULOS

CONSUELO ÁLVAREZ PLAZA

Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

Para mostrar la asimetría en la donación de semen y óvulos voy a partir de algunos aspectos discursivos de la donación de gametos. En primer lugar, los estereotipos generados: “los y las donantes son jóvenes universitarios españoles”. Estereotipos que se configuran a partir de características que resultan adecuadas socialmente, pero que, en ocasiones, no representan a gran parte de los, y sobre todo las, donantes. En segundo lugar, se recurre a tópicos: “ayuda”, “dar lo que sobra”, “compartir vida”. Estos tópicos convierten a la donación de gametos en un proyecto altruista, generoso y humanitario. En tercer lugar: “la aportación económica es para compensar las molestias” ocasionadas por el acto de la donación. Al no hablar directamente de retribución, se separa la donación de cualquier proceso mercantil y se refuerza el altruismo del proceso. Estereotipos, tópicos y altruismos que desvirtúan una realidad.

Según señala Xavier Roigé (1996), la Antropología ha tenido un papel importante en el estudio de las transformaciones familiares debidas a las técnicas de reproducción asistida. Varios antropólogos han trabajado sobre las nuevas biotecnologías con diferentes enfoques, pero en todos los trabajos, como no podía ser de otra manera, se analiza la donación de gametos. La donación-recepción de semen y óvulos parece necesitar: reconstruir modelos de padre y madre (Sarah Franklin, 1997); clarificar las configuraciones de parentesco generadas entre diferentes técnicas (Charis Thompson, 2001); remarcar la gestación y la crianza ante la ausencia de vínculo genético (Marilyn Strathern, 1999); pensar el lazo social con el donante como anónimo (Monica Konrad, 2005); dotar de sentido la carga genética del gameto

o remarcar el aspecto relacional gracias al parentesco (Joan Bestard, 2004 y 2003). Con esta exposición me acerco más al planteamiento de Verena Stolcke (1998) con su crítica a la salvaguarda de la paternidad mediante la similitud fenotípica donante-receptor y la repercusión sobre las donantes ante el aumento de las necesidades de unos óvulos ya de por sí escasos.

Quisiera señalar que la Antropología parece haber prestado poca atención a algunos aspectos en torno a los y las donantes. Me refiero a la clandestinidad del acto de la donación, a la exclusión del sistema de determinadas mujeres inmigrantes y a manifestaciones corporales como el miedo. Mostraré estas cuestiones¹ relacionándolas con un hecho que no es posible eludir en el sistema de donación de gametos: las diferencias de género entre donar semen y óvulos, sin entrar en la obviedad de las diferencias técnicas. Para evidenciarlas, me centraré en: las características sociales, la consideración del acto de donación por parte de la medicina reproductiva, la búsqueda de la rentabilidad biológico-económica, las interferencias sociales durante el periodo de donación, las “molestias” que ocasiona ser donante y el abuso que puede generar la escasez de óvulos.

1. SEMEN ESPAÑOL, ÓVULOS INMIGRANTES

¿Quiénes son los donantes de semen? ¿Quiénes son las donantes de óvulos? Las parejas y mujeres solas receptoras de gametos muestran gran preocupación por conocer la procedencia de los óvulos y los espermatozoides que se van a utilizar en la clínica para formar sus embriones. Exactamente desean (la ley protege este deseo) que las características físicas donante-receptor coincidan al máximo posible. El ser españoles los y las donantes parece asegurar unas similitudes fenotípicas con las y los receptores. El ser universitario aporta un barniz altruista (menos necesitada de dinero) y una cierta capacidad intelectual (posibilidad de transmitir a la descendencia). El ser joven transmite la idea de salud y fertilidad. De ahí que la respuesta del

¹ Este trabajo es fruto del análisis de prácticas y discursos en cuatro centros de reproducción asistida de la Comunidad Autónoma de Madrid (de octubre de 2003 a julio de 2005) y entrevistas a 13 aspirantes y donantes de semen y 33 aspirantes y donantes de óvulos.

ginecólogo sea “los y las donantes son jóvenes españoles universitarios”. Esta descripción se ajusta, perfectamente, a los donantes de semen. Pero las donantes de óvulos no encajan en este estereotipo y es aquí donde los números permiten matizar muchas cosas. La mayoría no son tan jóvenes, ni españolas, ni estudiantes universitarias. En el trabajo de campo me he encontrado con el prototipo: edad media 26,2 años (varias con más de 30 años), sin formación universitaria, trabajadora de servicios, con pareja². La mitad tenían hijos y hasta un 60% eran inmigrantes. Si bien la relación entre inmigración y donación de óvulos no es un fenómeno de reciente aparición, si lo es la gran afluencia de mujeres inmigrantes que intentan acceder al sistema. Al hablar de inmigrantes se suele hacer referencia, sobre todo, a las donantes europeas de países del este. La socióloga Carolina Puga, especialista en migraciones, en un artículo difundido en Internet (Puga, 2006), hace referencia a la gran demanda de donantes con rasgos caucásicos. Es decir óvulos blancos, rubios y de ojos claros. La demanda de estos fenotipos puede resultar comprensible pero, ¿solamente se acercan a las clínicas las mujeres inmigrantes de estas características físicas?, ¿hay otras ofertas?

De las 33 aspirantes-donantes³ de óvulos de mi trabajo de campo, 13 eran españolas y 20 inmigrantes; pero en este grupo sólo 3 eran rumanas, el resto eran mujeres de países hispanoamericanos (Colombia, Ecuador, México y Perú). Es decir, óvulos morenos. Estas son las mujeres rechazadas por las clínicas. El mercado de fenotipos resulta curioso en un sistema donde se reconoce la escasez e incomprensible la exclusión de determinados tipos de óvulos. Si la selección del óvulo rubio resulta eugenésica, la exclusión del óvulo moreno es claramente xenófoba. El sistema de donación de gametos

² Obsérvese el contraste con los datos indicados por la subdirectora de la clínica Tambre de Madrid quien, en un periódico de distribución nacional y gratuita, afirmaba que el perfil de la donante es el de una joven de 18 a 25 años, universitaria y de origen español (Toledo, 2008). El estudio del Centro Médico Teknon de Barcelona publicó datos de su programa de donación de ovocitos denominado “Dona-Dona” (Nadal, 2004) donde muestra el perfil de sus donantes de óvulos: edad media 25,2 años, solteras un 92% y con estudios universitarios un 52,4%. No se comenta la nacionalidad.

³ Las denomino así por que no todas llegan a ser donante. Algunas son excluidas, a otras no es posible extraer los óvulos por problemas médicos, otras abandonan los tratamientos, etc.

es xenófobo desde el planteamiento legislativo que permite que se garantice la máxima similitud fenotípica con el entorno de la mujer⁴, hasta la selección del donante o la donante en las clínicas por el parecido físico con el receptor o la receptora. Este sistema de selección supone la exclusión de determinadas donantes de óvulos única y exclusivamente por cuestiones étnicas. Lo que en principio parece escasez de óvulos, termina siendo una escasez de óvulos concretos. Además, la selección de donantes por criterios raciales vulnera la Constitución española donde se indica que no puede haber discriminación por razón de nacimiento o raza.

Evidentemente, las clínicas no son las únicas responsables de estos criterios de selección, los y las receptoras desean que el hijo guarde ciertos parecidos físicos con los padres para una mejor integración en el grupo familiar y para poder ocultar la participación de un o una donante. Sobre todo en la recepción de semen de donante, las semejanzas fenotípicas permiten pensar “parece que es mío porque se parece a mí” (Álvarez, 2006: 445). En la recepción de óvulos el vínculo con el hijo se puede reforzar gracias a que “parece que es hijo mío porque hay gestación y parto” (Álvarez, 2006: 436). No se trata solamente de tener un hijo, sino un hijo concreto. Una ginecóloga me comentaba que las parejas no quieren un niño negro o de piel oscura. Así de claro. Esta cuestión es la que determina que la admisión al sistema sea más fácil para los donantes de semen, al ser todos españoles, y para las donantes de óvulos españolas, de países del este y algunas mujeres colombianas por tener fenotipos más parecidos a los caucásicos. Los fuertes rasgos indígenas de algunas mujeres, peruanas, ecuatorianas o mexicanas, representan óvulos morenos y son excluidos del sistema de donación. La segregación y racismo que supone el rechazo de óvulos morenos debería indignar más que el hecho de atraer a los óvulos rumanos, rusos o polacos.

A la pregunta ¿quiénes son los donantes de semen? ¿quiénes son las donantes de óvulos?, no se les debería contestar que son jóvenes españoles universitarios. Tal vez la respuesta debería ser: son hombres

⁴ “Se debe garantizar que el donante tenga la máxima similitud fenotípica e inmunológica y las máximas posibilidades de compatibilidad con la mujer receptora y su entorno familiar” (Ley Reproducción Asistida del 24 de noviembre de 1998 Art. 6 y 5).

y mujeres de 18 a 35 años que se seleccionan, única y exclusivamente, por su estado de salud reproductiva. Que en la construcción del hijo, cuando media la donación de gametos, tenga un gran valor la similitud fenotípica con los receptores es una trampa. Por un lado, no se puede garantizar que el hijo herede rasgos del progenitor y no es posible la continuidad familiar de parecidos. Por otro lado, el temor a las diferencias genera una recogida de datos en las historias clínicas de donantes y receptores absurda (color de pelo y ojos, talla, peso) y xenofóbica (se registra la raza como un distintivo en la admisión).

La desigualdad social, y sobre todo las diferencias en cuanto a nacionalidad, impiden alegar diferencias de género en cuanto al acceso al sistema de donación. El sistema obviamente no rechaza semen u óvulos, ya que precisa de ambos, lo que excluye son determinadas procedencias de estos gametos. Parece que entre los universitarios son más proclives los hombres que las mujeres a ser donantes. Por el contrario, la generosidad femenina se produce en mayor medida en estratos sociales más bajos y en mujeres trabajadoras de servicios. No es posible eludir el hecho de que la universitaria no quiera ser donante porque no precisa la compensación económica y por consiguiente puede decidir, de una manera más libre, evitar la agresividad de los tratamientos o bien someterse a ellos.

2. ACTO DONACIÓN SIMPLE, ACTO SANITARIO

La primera gran diferencia entre hombres y mujeres en la donación de gametos se produce por las diferentes consideraciones que la medicina reproductiva hace del acto de donación. Ser donante de semen no implica perder el estatus de hombre sano, mientras que la donante de óvulos se convierte en paciente. Donar semen es un acto de donación simple, sin más. La muestra se recoge por masturbación y no existen modificaciones ni manipulaciones corporales por parte de un profesional de la reproducción asistida. El donante de semen, de hecho, no entra en contacto con los ginecólogos, es atendido en un laboratorio por un biólogo o por un técnico. No hay sorpresas, de antemano se conoce lo que se espera de él. La única queja que han manifestado algunos donantes es que, si bien no tienen dificultades para la obtención de la muestra, los medios no son adecuados. “Ya sé

que todo el mundo piensa que un hombre se masturba en cualquier lado, pero no es así...este sitio no inspira mucho...se oye el ruido de fuera...no hay buen material (revistas, videos de contenido sexual)”.

Por el contrario donar óvulos es un acto sanitario, lo que equivale a decir que es cruento, intervencionista y modificador de ciclo y vida. Los tratamientos no son procedimientos sencillos y, al contrario que las receptoras⁵, las donantes tienen, a priori, escasísimos conocimientos sobre las técnicas de reproducción asistida. De ahí que este acto sanitario tenga consecuencias inesperadas para la mayoría de las donantes.

“Pensaba que era fácil, no se si me he enterado bien de las inyecciones...yo no me las pongo, iré al practicante. El próximo día le diré a mi hermana que me acompañe, es un lío, ¿por qué no lo dan escrito?... ¿pero cómo que me voy a poner menopaúsica?” (Donante, tras la primera consulta).

“Yo creía que esto era más rápido, que ibas y...luego es largo. El tema de las inyecciones lo imaginaba, pero no que esto limitara tanto, todos los días a la misma hora. En mi trabajo, por ejemplo, trabajar fuera, no duermo en casa y ponerme las inyecciones era un lío...no contaba con que tenía que estar de baja el día de la extracción de los óvulos. Después he tenido que venir otros tres días...es muy complicado no me extraña que no tengan donantes” (La misma donante, tras la última consulta).

Tal como indica esta donante, el proceso es largo y complicado. Exige que el cuerpo y la vida socio-laboral de la donante se pongan al servicio de la medicina reproductiva. El acto de la donación transforma el cuerpo de la mujer donante en un cuerpo medicalizado, lo que implica que la donante, tras la extracción de óvulos, deba continuar en manos de la medicina para volver a su estado previo.

⁵ Bestard (2004:59) hace referencia a las fuentes a las que recurren las parejas para obtener información: preguntas al médico, intercambio con otras parejas estériles o infértiles, folletos, libros, Internet. Si bien no son expertas, sí llegan a ser conocedoras de los tratamientos y se expresan con cierta soltura sobre las diferentes técnicas de reproducción asistida.

Todo esto sorprende a las donantes. No reciben una explicación clara y adaptada a sus conocimientos, de manera que es difícil saber si toman la decisión adecuada sobre un proceso del que desconocen las consecuencias.

El acto de donación de semen permite flexibilidad horaria para acudir al centro mientras que el acto de donación de óvulos, al ser un proceso sanitario, mantiene rigidez en cuanto a citas, tratamientos y pruebas diagnósticas. Esto no es baladí teniendo en cuenta que unos estudian y otras trabajan. El donante es atendido en un laboratorio por técnicos y se le permite que se salte citas, por exámenes, vacaciones o clases, sin perder su condición de donante. Esta tolerancia es imposible para la donante. Es vista en una consulta médica por un ginecólogo con mayor presión asistencial que el personal de laboratorio, por otro lado los tratamientos son estrictos en cuanto a las pautas de aplicación. La donante que no acude a una cita pierde su condición de donante y determina la cancelación automática y la no percepción de la compensación económica.

Esta asimetría en la consideración de ser o no un acto sanitario repercute también en la manipulación médica del cuerpo reproductor de la donante. El donante de semen, una vez admitido, es fértil; la donante de óvulos no es lo suficientemente fértil de por sí. Se fuerza su potencial fértil para obtener un buen rendimiento biológico y económico. A más óvulos obtenidos mayor posibilidad de conseguir embriones para una o varias mujeres. Mayor rentabilidad. Y esto tiene un coste para la donante de difícil compensación, como veremos más adelante. La ley 45/2003 pretendía que sólo se pudieran fecundar tres ovocitos para evitar el excedente embrionario. La ventaja para las mujeres era que los tratamientos son menos agresivos ya que sólo se necesitaban tres ovocitos; el inconveniente es que mermaban las posibilidades de conseguir gestación. Las donantes de óvulos no eran beneficiarias de esta nueva ley. A ellas es necesario extraerles muchos ovocitos para satisfacer las necesidades de, si es posible, dos receptoras. El cuerpo alienado de la donante a disposición de cambios legislativos, de la reproducción asistida y de la receptora.

Es legítimo utilizar el concepto de ayuda cuando se quiere reclamar la atención de las mujeres para que se hagan donantes de óvulos.

Excesivo puede resultar recurrir al concepto de altruismo⁶ para la publicidad. Pero debería evitarse decir que se da lo que sobra. Aquí la publicidad es engañosa, trata a los óvulos de donantes como una mercancía excedente. No sobra nada, la teórica pérdida de ovocitos o el aprovechamiento de éstos con fines reproductivos no es exactamente así⁷. Pero esta es la idea dominante y es la idea que se explota en la captación de donantes. Más llamativo resulta que la campaña publicitaria indique como aspecto positivo para la donante la realización de un examen médico como incentivo.

3. INTERFERENCIAS EN LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR

Un punto en común entre donantes de semen y óvulos es la ocultación de su acto altruista. Para la mayoría de los y las donantes es una acción encubierta, secreta, clandestina. Se oculta a familiares, amigos y en el ámbito laboral. La ocultación la justifican por la incomprensión social que rodea a la donación de gametos. El testimonio de una donante es muy gráfico a este respecto.

“No es que lo quiera esconder, sino porque no sé...siempre da un poco de...Mi familia no quiero que se preocupe por si me pasa algo. ¡Bueno mi madre!...si se entera la da algo que sus nietos estén por ahí. Porque ella lo vería así...prefiero que no lo sepa. En el trabajo sí que no. Y no porque a lo mejor me hubiesen dicho algo, sino porque bueno ya sabes, ¡los óvulos que cosas, esta qué va a hacer! No le importa a nadie que lo hago por mi hermana y no tengo que dar explicaciones...que la gente

⁶ Altruismo (término acuñado por Auguste Comte en el siglo XIX) implica una desinteresada preocupación por el bienestar de los demás aún a costa del propio. Esto no se da en el caso de las donantes salvo, tal vez, en las donantes reclutadas del ámbito familiar.

⁷ El número de células germinales disminuye a lo largo de la vida, de 6 a 7 millones en la vida intrauterina hasta unos 400.000 cuando aparece la primera regla. Se trata de un mecanismo de crecimiento y atresia natural y no de pérdidas por exceso. El crecimiento de folículos se produce durante toda la vida de la mujer incluso en el embarazo y la lactancia. Cada mes se produce una selección folicular, el de mayor tamaño llega hasta el proceso de la ovulación (sólo uno fecundable) y el resto sufren atresia. Todo el proceso es necesario durante el ciclo. Las terapias de estimulación ovárica recuperan los folículos atrésicos impidiendo que degeneren (en lugar de uno se obtienen varios para fecundar).

es morbosa, que si esta tiene un hijo por ahí, que si su sobrino es de una donante...”

La incomprensión social y la preocupación familiar se deben a la intensa relación que se establece en las sociedades euroamericanas entre genética y relaciones de parentesco. No se dan genes, no se dan gametos que sobran, se dan hijos potenciales. La clandestinidad pone de manifiesto que es un altruismo aceptado socialmente en genérico pero rechazado en un o una donante concreta y conocida. El carácter humanitario y generoso de la donación se difumina ante lo que representa el objeto donado, algo demasiado íntimo para ser difundido. Una sociedad inmersa en “la glorificación de los genes” (Strohman, 1997:198) no puede entender que se da algo de tan inmenso valor, algo que encierra la esencia del ser humano. El determinismo genético de las sociedades euroamericanas promociona los avances de las técnicas de reproducción asistida pero resulta una trampa en la donación-recepción de gametos, de ahí que los que reciben oculten el modo de engendramiento de sus hijos y los que donan sean una población clandestina⁸.

Si bien el aspecto clandestino de la donación es un punto en común entre hombres y mujeres donantes, existe asimetría en relación a las interferencias en la vida social y familiar que supone el acto de la donación. Asimetría que se relaciona con diferencias sociales y con diferencias técnicas para obtener los gametos. Para los donantes de semen, la acción de donar supone una utilización de tiempo libre o académico. Tienen bastantes facilidades, tal como me comentaba un técnico de laboratorio: “les decimos que vengan los viernes para que no pierdan clases...bueno en épocas de exámenes y vacaciones no vienen, pero es comprensible”.

“Pues la verdad es que me ha tocado coger de mi tiempo, pero prefiero porque me ha tocado la patrona pues mas pendiente de mis labores... me queda el tiempo muy, muy justo, porque ahorita estaría con el cocinamiento. Sí pero,

⁸ El Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones (regulado por Real Decreto 412/1996) no está en funcionamiento, por lo que es imposible conocer, a nivel nacional, la población de donantes de semen y óvulos y los hijos nacidos como consecuencia de la donación de gametos.

porque trabajo en la tarde, si no no podría. Sí, si no sencillamente no podría porque a mi me dejaría pero el tiempo...pues...por eso ahorita yo preguntaba por el tiempo para la semana que viene, cuántos días tenía que venir más para poder recuperar...me complica mucho todo” (donante de óvulos).

Para las donantes de óvulos implica absentismo laboral o bien tener que disponer de vacaciones y días de descanso o recuperar las horas laborales perdidas. Como vemos, la donación es más gravosa económicamente para la donante de óvulos. Del total que perciben, se deben descontar las pérdidas de horas laborales y dividir por el número de desplazamientos; el saldo resulta inferior al del donante de semen para quien cada desplazamiento deja un margen mayor.

“Sé que me tengo que quitar el DIU (dispositivo intrauterino) y claro debo explicárselo bien a...desde hace ocho meses estoy saliendo con un hombre y él al inicio tenía miedo que...se lo estuve explicando y ya bien...No sé como llevará lo de ponerse preservativos, pero me han dicho que no me puedo quedar embarazada que corro mucho riesgo. No, no tenía ni idea de que me tenía que quitar el DIU...es un trastorno pero sólo son unos días ¿no?” (donante de óvulos).

Las prácticas sexuales y anticonceptivas también deben ser modificadas. Mientras que para los donantes de semen supone mantener una abstinencia sexual de 4-5 días y evitar prácticas sexuales de riesgo que puedan contaminar la muestra de semen, para las donantes de óvulos la donación implica suprimir algunos métodos anticonceptivos (hormonales o mecánicos) y riesgo de gestación múltiple (debe evitar embarazo durante los tratamientos), con lo que deben contar con la colaboración de su pareja.

4. MOLESTIAS VERSUS DOLOR

La legislación española permite compensar las pérdidas de tiempo, los desplazamientos y las molestias que supone para el y la donante

acudir a los centros de reproducción asistida. Se compensa por un servicio (donar), no por el producto (cantidad de gametos) que donan. Compensar por el producto⁹ sería claramente ventajoso para la donante. A mayor (y ¿mejor?) producto cabe pensar que se produciría mayor ganancia. ¿Conocen los y las donantes lo que realmente están donando? El donante de semen sí conoce las características de sus muestras. Un informante me confirmaba que el laboratorio le informaba sobre el resultado del análisis de su semen:

“El primer día me dijeron el número de espermatozoides. Cada vez que vengo, bueno al principio preguntaba que tal y me lo decían, ahora ya ha dejado de interesarme que si el número, que si se mueven o no. Pero si, te dicen todo”.

La donante de óvulos no recibe información sobre sus folículos. Es interesante porque el número de ovocitos se relaciona con la posibilidad de obtener un número mayor o menor de embriones para una o dos receptoras y, lo más importante, con la agresividad de los tratamientos hormonales. La agresividad del tratamiento se relaciona, a su vez, con mayor malestar físico y posibles complicaciones más o menos graves (cuatro de mis informantes debieron abandonar el ciclo, tres por complicaciones no graves y una por gravedad que incluso requirió ingreso hospitalario).

“Sobre todo al final de la ovulación, que para mí sí fue doloroso y los tres días después también. No poder andar, unos pinchazos, sobre todo el riñón, pinchazos de dolor que dan para estar una semana de baja, que no contaba con ello...yo he tenido una semana muy mala. Me daba mucho miedo pensar que me hubiese pasado algo malo,

⁹ “Los comerciante de óvulos –y los receptores- pagan 50.000 dólares a las donantes de óvulos altas, atléticas e inteligentes y no están interesados en pagar a las donantes por su tiempo y las molestias ocasionadas: están dispuestos a pagar por un producto específico” (Resnik, 2001: 17). Existen varias páginas web donde es posible adquirir (en Estados Unidos, en España son las clínicas las que hacen la selección) óvulos de modelos (<http://www.ronsangels.com>) o espermatozoides de hombres con alto cociente de inteligencia (<http://www.geniusspermbak.com>).

todavía tengo miedo, no creas, me pregunto muchas cosas. No lo puedes evitar, la cabeza va por su lado”.

Vemos en este testimonio que claramente se nombra el dolor, no molestias ni síntomas relacionados con el tratamiento hormonal, tal como son descritos por el personal sanitario. Es la experiencia cruda del dolor y del miedo ante unas consecuencias que se desconocen. No todas las donantes lo expresan de una manera tan clara. El dolor y el miedo no siempre aparecen en las entrevistas, las donantes suelen recurrir al concepto que se maneja en las consultas, las molestias. Como si se tratara de un simple discomfort “no es un plato de gusto pero se puede soportar” o una experiencia negativa que no se quiere repetir “no me encuentro mal pero me siento rara, vacía...muy raro es que yo vuelva a hacer algo así”. Para que se manifieste el miedo y el dolor es importante la temporalidad de la entrevista¹⁰, sólo en determinados momentos del proceso de los tratamientos es posible captarlo. Por ejemplo, durante las exploraciones, durante las punciones¹¹, tras la extracción de óvulos. Se pueden observar gestos de dolor, de ansiedad, de sorpresa...Me confirmaba un ginecólogo que el dolor esta presente en la donante, “puede resultar doloroso el tratamiento, a veces hay que dar analgésicos o disminuir dosis. En el dolor influyen muchos factores, pero desde luego está justificado”.

El miedo, el dolor, las complicaciones de la donación de óvulos merecen una reflexión. ¿Es lícito permitir el biomercado de óvulos o sólo se debería optar por la donación de semen? Parece discriminatorio permitir la venta de semen y prohibir la de óvulos, ya que ambos gametos tienen el mismo estatus moral y jurídico. Por un lado los individuos son dueños de sus cuerpos y productos corporales

¹⁰ En marzo de 2008 Renato Rosaldo, en una conferencia en el Departamento de Antropología de la Universidad Complutense de Madrid, hablaba sobre tener en cuenta durante el trabajo de campo la temporalidad, más que la cronología, de las entrevistas. Además señaló que en Antropología se tiende a eludir las manifestaciones corporales como el sudor o el miedo. Esta ausencia resulta chocante en etnografías donde se habla de trabajo agrario en zonas muy calurosas o donde se describen procesos de caza, guerra o enfrentamientos entre tribus. Me parece adecuado señalar el miedo de las donantes durante actos médicos agresivos en sus cuerpos.

¹¹ En algunas clínicas se utiliza anestesia local en lugar de general. La anestesia local permite llevar a cabo el proceso en la consulta, no precisa quirófano y se evitan las posibles complicaciones de una anestesia general.

(Andrews, 1986). Pero, por otro lado no parece posible permanecer impasible ante estas posibles agresiones al cuerpo de las mujeres donantes, simplemente para satisfacer el deseo, o el derecho, de las mujeres receptoras de sus óvulos.

5. ESCASEZ Y ABUSO

La escasez de óvulos se debe a un aumento de las demandas (nuevos grupos que se suman a las parejas tradicionales de las clínicas de reproducción) y a que pocas mujeres deciden ser donantes. La disponibilidad de tiempo que requiere la donación, la agresividad de los tratamientos y el significado del material genético en la construcción del hijo pueden influir en la decisión de no ser donante.

Para paliar la situación de escasez de óvulos y teniendo en cuenta la agresividad de los tratamientos, caben varias opciones: utilizar embriones crioconservados, compartir óvulos las mujeres sometidas a tratamientos de estimulación, recurrir al ámbito familiar para tener una donante, campañas publicitarias eficaces para atraer a donantes, permitir exclusivamente la donación de semen y ofrecer un precio justo por la donación de óvulos. Todas las posibles soluciones son conflictivas. Sólo voy a hacer una escueta referencia a las dos últimas opciones.

Si no se cuestiona la venta de semen ¿debe prohibirse la venta de óvulos? “Si los hombres tienen permiso para vender su esperma...entonces las mujeres deberían poder vender sus óvulos también...permitir la venta de esperma y no la de los óvulos es injusto y desleal” (Resnik, 2001:17). Pero si lo vemos desde otro ángulo, la igualdad que se pretende, al afirmar que hombres y mujeres tienen el mismo derecho a poner a disposición de las clínicas sus gametos, es discriminatoria y puede presentar un aspecto de explotación, ya que las mujeres que ofrecen sus óvulos, mayoritariamente, pertenecen a estratos sociales desfavorecidos. La comercialización de estos óvulos podría encubrir un expolio (Rohemberg, 1996: 81) del cuerpo de las mujeres sin recursos. El pago-cobro de óvulos y semen convierte a la donación de gametos en una actividad mercantil. El cuerpo humano como mercancía “viola la integridad del cuerpo y explota a las

personas desprovistas de poder” (Nelkin, 1998: 31). Los incentivos económicos, bajo el eufemismo de compensación, empujan a mujeres necesitadas a la venta de sus óvulos y, lo que puede ser más grave, son presa fácil para redes de traficantes de personas.

“Sí, hay pocas donantes, deberían hacer más propaganda en la universidad donde las jóvenes son solidarias. Yo creo que si ellas supieran por lo que pasamos vendrían a donar. Pero la gente no conoce el problema. Además, está el hecho de cobrar, que para una chiquilla ochocientos euros le puede venir bien...todos salimos ganando y yo salgo de este infierno...estoy desesperada. Seguro que encuentran gente, hace falta buscar. Por ejemplo, si ponen un camión como los de sangre, podría facilitar que los estudiantes donaran su semen...claro esto para las mujeres no sirve. Bueno, tal vez pagando más vengan más mujeres...todos saldríamos ganando...es lógico que cobren por lo que dan...a mi la clínica me cobra, ella tiene que ganar algo también” (mujer receptora de óvulos).

Para esta receptora las campañas publicitarias, en medios universitarios, provocarían que las estudiantes se concienciaran del problema y, gracias a la solidaridad y la compensación económica, podría aumentar el número de donantes de óvulos en las clínicas. El lenguaje de la escasez, el altruismo, el beneficio y las semejanzas fenotípicas resulta peligroso en reproducción asistida. Hombres y mujeres receptoras de óvulos de donante deberían conocer qué se esconde tras esa falta de donantes y que el pago convierte a la donación en actividad mercantil. La compra-venta de óvulos es abierta en la sociedad norteamericana, en Europa se encubre bajo el nombre de donación, lo que genera aceptación social pero también enmascara la situación real. Hablar de que la donación-recepción de óvulos beneficia a donantes y receptoras resulta hipócrita ya que, como mínimo, pone el cuerpo de la donante al servicio de la receptora. Hombres y mujeres usuarios de las clínicas de reproducción asistida deben estar informados de lo que supone que ellos soliciten que los y las donantes sean poseedores de determinados rasgos físicos

coincidentes con sus fenotipos. La presión en el mercado de los fenotipos, ante demandas concretas, genera que determinadas inmigrantes sean excluidas del sistema, lo que supone, por un lado una discriminación xenófoba y por otro, continúa agravando el problema de la escasez de óvulos.

CONCLUSIÓN

Aquí sólo he expuesto, de manera sucinta, las diferencias de género. Pero el modelo de procreación con donación de gametos plantea muchas cuestiones a debatir en relación con la mujer donante. Quisiera señalar la poca atención prestada a la proveedora de óvulos por parte de la medicina reproductiva y el derecho. La Antropología puede ofrecer una visión muy directa gracias al contacto y la escucha del trabajo de campo.

En una sociedad interesada en no asumir riesgos de salud, resulta chocante que la medicina reproductiva someta a una mujer sana a situaciones no exentas de riesgos. Cabe preguntarse si esto es lícito.

Legalizar la venta y fijar la compensación económica en la donación puede que evite el mercado negro, pero es imposible evitar que accedan mujeres con escasos recursos. Mujeres para quienes la compensación económica constituye una retribución. Otra cuestión es saber si realmente se está aplicando un precio justo y quién debe ajustar ese precio.

La igualdad entre hombres y mujeres para vender sus gametos es una trampa, ya que la obtención de óvulos es claramente intervencionista y violenta. La venta de óvulos puede llevar consigo una explotación del cuerpo de las mujeres. No es posible eludir el mercantilismo de la reproducción asistida, afrontarlo como tal sería un gran paso. Los problemas son complejos porque es un mercado que procesa deseos, hijos, salud. Los intereses son inmensos y deben protegerse la dignidad de las y los receptores, de los hijos agámicos y semiagámicos y de la parte más débil del sistema, las donantes de óvulos.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, Consuelo (2006) “Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida” En *Revista de Antropología Social* 15, pp. 411-455

ANDREWS, Lori. (1986) “My Body, my Property”, en *HASTING CENTER REPORT* 15, 5, pp. 28-38

BESTARD, Joan. (2004) *La moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona. Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica Universitat de Barcelona

BESTARD, Joan, OROBITG, Gemma.; RIBOT, Joan. y SALAZAR, Carles. (2003) *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona. Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica Universitat de Barcelona

EDWARDS, Jeannette, FRANKIN, Sara, HIRSCH, Eric, PRICE, Frances. Y STRATHERN, Marilyn. (1993) *Technologies of Procreation Kinship in the age of Assisted Conception*, Manchester, Manchester University Press.

LEY 35/1988 sobre Técnicas de Reproducción Asistida.

LEY 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida.

FRANKLIN, Sara, (1997) *Embodied Progress: A cultural account of Assisted Conception*. Londres, Routledge.

KONRAD, Monica (2005) *Nameless Relations. Anonymity, Melanesia and Reproductive Gift Exchange between British Ova donors and Recipients*. New York, Oxford: Bregan Books.

NADAL Joan. ESTEVE Eric. GROSSMANN Michael, JULVE Xavier. (2004) “Donación de ovocitos” En *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, Julio-agosto, pp. 48-49

NELKIN, Dorothy, ANDREWS, Lori. (1998) “Homo Economicus. Commercialization of Body Tissue in the Age Biotechnology”, en *Hasting Center Report* 28, pp. 30-39.

PUGA, Carolina (2006) “El óvulo rubio. Un acercamiento al problema de la demanda de mujeres inmigrantes de Europa del Este como donantes de óvulos” http://www.monicapuga.com/ovulo_rubio.htm.

RESNIK, David (2001) “Regulating the Market for Human Egg” en *BIOETHICS*, 15 pp. 1-25

ROTHERBERG, Karen (1996) “Feminism, Law and Bioethics”, en *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6, 1 pp. 69-84.

ROIGÉ, Xavier (1996) “Antropología y transformaciones de la familia” en PRAT JOAN Y MARTÍNEZ ÁNGEL (eds) *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona. Editorial Ariel Antropología, pp. 344-356.

STOLCKE, Verena. (1998) “El sexo de la biotecnología” En DURAN, A. y RIECHMANN, J. (eds) *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid. Trotta, pp. 97-118.

STRATHERN, Marilyn. (1999) *Property, Substance and Effect*. London: The Athlone Press.

STROHMAN, Richard C. (1997) “The coming Kuhnian revolution in Biology” *Nature Biotechnology* 15, pp. 194-200.

THOMPSON, Charis. (2001) “Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic” in FRANKLIN S. AND MCKINNON, SUSAN (eds), *Relative values. Reconfiguring Kinship Studies*. Durham. Duke University Press, pp. 175-202.

TOLEDO, Maria. (2008) “Más donaciones de óvulos por el turismo reproductivo”. En *20 Minutos*, 17 de febrero, pp. 2.