






Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

PRISCILA RIVERA GUTIÉRREZ

EN BUSCA DE LA DONANTE PERFECTA  
*NARRATIVAS EN TORNO A LA OVODONACIÓN*



Tesis Doctoral

Universidad Autónoma de Barcelona

EN BUSCA DE LA DONANTE PERFECTA  
NARRATIVAS EN TORNO A LA OVODONACIÓN

Priscila Rivera Gutiérrez

Tesis Doctoral UAB/2021

Directora de la Tesis:

Dra. Diana Marre

Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultad de Filosofía y Letras

**UAB**

Universitat Autònoma  
de Barcelona





## Agradecimientos

Escribir esta tesis no habría sido posible sin el apoyo, el tiempo invertido y los esfuerzos de muchas personas. Por ello, dedico estas primeras líneas a mi compañero de vida, Alfredo. Su apoyo incondicional ha sido fundamental a lo largo de todos estos años. Suyo es el diseño que acompaña la portada de esta tesis. Un diseño que surgió tras una de esas tantas charlas sobre cine, y que al final, siempre terminaban en relatos sobre la investigación y el proceso de escritura de esta tesis.

Gracias a Diana, mi tutora a lo largo de todos estos años; por confiar en mí sin apenas conocerme, después de haberme presentado en su despacho explicándole mi interés por los estudios sobre reproducción asistida. Me animó desde el primer momento a seguir en la investigación; a iniciar el doctorado y a formar parte del Grupo AFIN. Sus conocimientos, críticas y comentarios han sido toda una fuente de aprendizaje a lo largo de todos estos años. Y formar parte del grupo AFIN, ha sido una experiencia enriquecedora, que contribuyó a mi formación como investigadora.

A Daysi por acogerme en Fordham University durante aquellos tres meses fríos que duró mi estancia en Nueva York.

A Beatriz, a Bruna, a Alicia y a Sandra por el tiempo dedicado, el apoyo y las charlas sobre el trabajo etnográfico y la escritura. Sus aportes han sido útiles para la reflexión sobre el trabajo de campo y la investigación.

El último año -y en especial, los últimos meses- han sido difíciles. Una amiga usaba el *parto* como analogía para retratar la etapa de escritura final. Por ello, gracias a mis amigos Hiram y Elizabeth que, desde Ecuador, me escuchaban con paciencia en aquellos momentos en los que las emociones encontradas por la escritura de la tesis, me atrapaban. Hiram: siempre estabas ahí con tus sugerencias desde una perspectiva marxista, que siempre me resultaron buenos para pensar. Y Eli, tus esfuerzos por ayudarme a entender estadística son impagables.

A mi hermano por sus afectos y asumir mis ausencias. A mi padre Walter: sus conocimientos, las lecturas, las enseñanzas compartidas, han significado para mí el aprendizaje de toda una vida.



## ÍNDICE

Resumen.....	12-13
Abstract.....	14-15
0. Introducción.....	16-24
Objetivos y Preguntas Centrales.....	25-26
1. Capítulo I. Metodología y Diseño de la Investigación.....	27
1.1 Metodología Cualitativa.....	27
1.1.1. La Observación Participante.....	28-31
1.1.2. Las Entrevistas cualitativas, semiestructuradas y personalizadas.....	31-33
1.1.3. Organización de la etnografía en la clínica.....	33-34
1.1.4. Entrevistas cualitativas en profundidad externas a la clínica..	34-35
1.2. Metodología Cuantitativa.....	35-36
1.3. El trabajo de campo en una clínica de Reproducción Asistida y el proceso de Reflexividad.....	36-42
1.4. Consideraciones Éticas.....	42
2. Capítulo II. Aproximaciones Teóricas	
2.1. Del <i>biopoder</i> al <i>politics of life</i> : Una perspectiva Foucaultiana.....	43-47
2.1.1. Biopolítica y Demografía.....	48-51
2.2. Nikolas Rose y <i>The politics of life itself</i> .....	51-57
2.3. Bioeconomías: el origen de un concepto estructurante.....	58-61



2.4. Del <i>Ontological Choreography</i> hacia la conformación de las Bioeconomías Reproductivas.....	61-68
3. Capítulo III. Contexto Reproductivo en España	
3.1. Introducción.....	69-72
3.2. El contexto demográfico en Europa y España como ejemplo paradigmático.....	72-75
3.3. En busca de la fertilidad perdida: Demografía, Economía y Estado.....	75-80
3.3.1. Las Tecnologías Reproductivas en España.....	80-90
3.4. Turismo reproductivo, Exilio Reproductivo, <i>Cross-border Reproductive travel</i> .....	91-95
3.5. Esperanzas compartidas, frustraciones vividas.....	95-99
3.6. ¿Por qué cada vez tenemos menos hijos en España?.....	99-107
3.7. Conclusiones.....	107-110
4. Capítulo IV. En Busca de la Donante Perfecta	
4.1. Introducción.....	111-113
4.2. <i>Picturing Donors</i> o la construcción social de la donante perfecta.....	113-120
4.3. La donante como categoría neutra. La racionalidad jurídica y la objetividad clínica en los procesos de selección.....	121-129
4.4. <i>¡Yo soy la Donante Perfecta!</i> .....	129-135
4.5. “Tengo una donante perfecta para ti”. Una comparativa entre la narrativa y el acto: características demográficas y fenotípicas de las donantes.....	136-151
4.6. Reproducción Estratificada: Raza, Nación y clase.....	151-156
4.7. Conclusiones.....	157-160

5. Capítulo V. Sobre las cosas que se donan, las cosas que se venden y las cosas que ni se venden ni se donan. El altruismo en la Donación.	
5.1. Introducción .....	161-163
5.2. ¿Y tú, tienes un don? Altruismo y generosidad en la publicidad.....	164-168
5.3. El lenguaje del <i>Don</i> en la Ovodonación.....	169-172
5.4. “Eres joven y los tienes a miles”. O la dicotomía entre lo sagrado y lo profano.....	173-177
5.5. Transferencia o transacción. El dilema de la compensación en la ovodonación.....	177-184
5.6. Los relatos de las donantes: Altruismo vs mercantilismo. El dilema moral de la Ovodonación.....	185-198
5.7. Conclusiones.....	198-205
6. Capítulo VI: Cuerpos Jóvenes Reproductivos. Entre lo sagrado, lo profano y lo híbrido.	
6.1. Introducción.....	206-208
6.2. Josefina y la fábrica de ovocitos.....	209-220
6.3. “Esta barriga no era mía.” La experiencia corporal de los tratamientos hormonales .....	220-224
6.4. Cuerpos Jóvenes Reproductivos: una respuesta hormonal elevada.....	225-233
6.5. Cuerpos Jóvenes Productivos: “Tengo unos óvulos preciosos”...233-238	
6.6. Óvulos en el Congelador: “Estoy hecho de pedacitos de ti”.....	239-245
6.7 Conclusiones.....	246-248

Reflexiones Finales.....	249-253
Referencias .....	254-289
Anexos I: Perfil de Donantes Entrevistadas.....	290-297

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla Nº 1. Resultados Globales de Fecundación *in vitro* en España, SEF, 2018.

Tabla Nº 2. Tipos de Tratamiento y variación de precios según clínicas en BCN.

Tabla Nº 3. País de Nacimiento y Características Fenotípicas.

Tabla Nº 4. Nivel Educativo y Ocupación de las donantes.

Tabla Nº 5. Volumen de ciclos cancelados según el número de estimulaciones iniciadas.

Gráfico 1. Pirámide Poblacional. Comparación entre el año 2016 y Proyección del año 2080.

Gráfico 2. Tipo de Tratamiento en función de la edad de la mujer.

Gráfico 3: Número de donantes de óvulos en función de su edad.

Gráfico Nº 4. País de Nacimiento de Donantes de Óvulos.

Gráfico Nº 5. Tipo de ocupación de donantes.

Gráfico Nº 6. Motivos de la Donación.

Gráfico Nº 7. Causas de suspensión de estimulación hormonal en donantes.

## RESUMEN

Los tratamientos de reproducción de asistida (TRAs) se han convertido en una de las principales vías de producción de seres humanos y el aumento de su popularidad y su presencia social refleja las transformaciones de los modos en que pensamos la ciencia, en relación con la condición humana, el género, la identidad y los cuerpos. La donación de óvulos ocupa un lugar central en el desarrollo de estas tecnologías y en los últimos años, España no sólo se ha convertido en el país con el mayor número de tratamientos reproductivos en Europa (Wyns et. al. 2020); es el que más tratamientos realiza con óvulos donados (De Geyter *et al.*, 2018; Kupka et al., 2016), a la vez que es el principal proveedor de gametos femeninos en todo el continente (Degli Espositi & Pavone, 2019). Sin embargo, en la distribución y producción de ovocitos se produce una paradoja: pese a que el número de donantes ha aumentado en los últimos años (MacPherson, 2014), no es suficiente para satisfacer la creciente demanda de óvulos para TRAs (Fernández, 2017). La escasez, a la vez que su relevancia para el desarrollo de la tecnología reproductiva, refleja la importancia del papel que cumplen las mujeres que acuden a las clínicas para donar sus óvulos.

*En busca de la donante perfecta* analiza cómo el mercado reproductivo permea las experiencias de las mujeres que acuden a las clínicas para donar sus óvulos. A partir de sus narrativas, en esta disertación, exploro la forma en que está organizado el sistema de ovodonación en Barcelona. A la vez que pretende visualizar sus reflexiones, motivaciones, vivencias y temores en torno al acto de donar, pero también el rol que adquieren las sustancias y los cuerpos reproductivos al interior de la biotecnología.

Esta investigación analiza la tecnología reproductiva, sus prácticas discursivas y la participación de terceros como un modelo biomédico de reproducción (Thompson, 2005; Waldby, 2011; Waldby & Cooper, 2008; 2010; Cooper & Waldby, 2014) que refleja las desigualdades estructurales en las que están inmersos los distintos grupos sociales implicados. Retomo la reflexión propuesta por Thompson (2005) y Waldby (2011) para entender las relaciones entre

biopolítica, la participación de mujeres jóvenes en la generación de trabajo reproductivo y el desarrollo de la industria biomédica.

Los resultados expuestos a lo largo de los capítulos que componen esta tesis, son producto de 50 entrevistas efectuadas a donantes de óvulos, así como de la etnografía efectuada en una clínica de reproducción asistida en Barcelona. Sitúo las narrativas de las donantes en relación con los distintos actores implicados, para comprender cómo las donantes, sus cuerpos y sus células reproductivas son resignificadas en las tecnologías reproductivas.

Una de las principales conclusiones aquí abordada, es que los sistemas de admisión y exclusión de donantes agudizan los procesos de estratificación reforzados a partir de categorías jerárquicas de raza, clase y nacionalidad (Ginsburg & Rapp, 1995; Nahman, 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010). Aunque la búsqueda de similitudes fenotípicas se explica como el elemento que favorece la generación de vínculos de parentesco, el énfasis en la epigenética y el uso de categorías raciales en los sistemas de admisión, genera interrogantes en torno a la reemergencia del concepto raza (Wade, 2009; 2012) y a un posible determinismo biológico (Finkler, 2010). En sus explicaciones, las donantes remarcaban las características físicas -reinterpretadas como fenotipo y raza- como elementos centrales que definían los procesos de admisión y exclusión. A través de categorizaciones diferenciales del fenotipo, subrayaban el valor diferencial que tienen los óvulos en los mercados globales de gametos, que son generados a partir del trabajo de los cuerpos reproductivos de las mujeres que donan.

## ABSTRACT

Assisted reproductive treatments (ARTs) have become one of the leading human production routes. The increase in their popularity and social presence reflects the transformations in how we think about science concerning humans, gender, identity, and bodies. Egg donation occupies a central place in the development of these technologies. In recent years, Spain has become the country with the most considerable reproductive treatments in Europe (Wyns et al., 2020). But it is the one that performs the most treatments with donated eggs (De Geyter et al., 2018; Kupka et al., 2016), while it is the leading supplier of female gametes throughout the continent (Degli Espositi & Pavone, 2019). However, in the distribution and production of oocytes, there is a paradox: even though the number of donors has increased in recent years (MacPherson, 2014), it is not enough to meet the growing demand for eggs TRAs (Fernández, 2017). The shortage and its relevance for the development of reproductive technology reflect the importance of the role played by women who go to clinics to donate their eggs.

*Looking for a Perfect Donor* analyzes how the reproductive market permeates the women's experiences who come to clinics to donate their eggs. Based on their narratives, in this dissertation, I explore the way the egg donation system is organized in Barcelona. At the same time, it intends to visualize their reflections, motivations, experiences, and fears around the act of donating and the role that substances and reproductive bodies play within the biotechnology of women who come to clinics to donate their eggs.

This research analyzes reproductive technology, its discursive practices, and the participation of third parties as a biomedical model of reproduction (Thompson, 2005; Waldby, 2011; Waldby & Cooper, 2008; 2010; Cooper & Waldby, 2014) that reflects the structural inequalities in which they are embedded the different social groups involved. I return to the reflection proposed by Thompson (2005) and Waldby (2011) to understand the relationships between biopolitics, the participation of young women in the generation of reproductive work, and the biomedical industry's development.

The results presented throughout the chapters that make up this thesis are the product of 50 interviews carried out with egg donors and the ethnography carried out in an assisted reproduction clinic in Barcelona. I situate the donors' narratives concerning the different actors involved to understand how the donors, bodies, and reproductive cells are redefined in reproductive technologies.

One of the main conclusions addressed here is that donor admission and exclusion systems sharpen the stratification processes reinforced based on hierarchical categories of race, class, and nationality (Ginsburg & Rapp, 1995; Nahman, 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010). Although the search for phenotypic similarities is explained as the element that favors the generation of kinship ties, the epigenetics and the use of racial categories in admission systems raises questions about the reemergence of the concept of race (Wade, 2009; 2012) and a possible biological determinism (Finkler, 2010). In their explanations, the donors highlighted physical characteristics -reinterpreted as phenotype and race- as central elements that defined the admission and exclusion processes. Through differential categorizations of the phenotype, they underlined the differential value that eggs have in global gamete markets, which are generated from the work of the reproductive bodies of the women who donate.



## INTRODUCCIÓN

“Reproductive technologies may aim to produce miracle babies, and yet they are irreducibly mundane. When they work, they make babies and parents. These kinds of apparent contradictions are a signature aspect of assisted reproductive technologies” (Thompson, 2005: 4)

En América Latina, a inicios del siglo XXI, el estreno de una telenovela brasileña<sup>1</sup> trajo consigo una serie de debates morales y religiosos sobre la naturaleza de los seres humanos. ¿Qué es lo que nos hace *personas* en un sentido filosófico? ¿Cuáles deberían ser los límites de la ciencia y qué consecuencias sociales, morales y políticas conlleva el uso de la biotecnología en la reproducción humana? Aquella telenovela narraba la historia una mujer soltera que decidía ser madre y para ello acudía a un centro médico para acceder a una inseminación; elegía un donante de esperma e iniciaba el tratamiento. La protagonista desconocía que no sólo el esperma no pertenecía al hombre que había elegido, sino que además, transferirían a su útero una célula clonada de la que surgiría uno de los protagonistas de la historia.

El argumento de aquel teledrama era heredero de -y se enmarcaba en- un contexto particular: el descubrimiento del ADN en 1953 por Watson y Crick (Foradori & Lagos, 2003). Años más tarde se reconoció que el éxito de aquel hallazgo también se debió al trabajo investigativo de Rosalind Franklin (Guevara, 2004), hechos a los cuales se sumó más tarde el nacimiento de la primera bebé probeta en el mundo, en Londres en 1978 (Sánchez, 2020), y veinte años después, en 1997, el nacimiento de Dolly, la primera oveja clonada (Torres Cosme, 2005). Pero no será sino hasta el año 2000 cuando el descubrimiento del ADN alcanzó su

---

<sup>1</sup>Me refiero aquí a la telenovela *O clone* (El Clon). Producida y transmitida por la Red O Globo en 2001 y 2002. Se trataba de una producción brasileña que situaba la historia de la clonación humana en medio de un debate entre el poder de la ciencia y el de las creencias religiosas (el Islam y el cristianismo) en la redefinición de la conciencia humana y la condición de persona.

clímax con la decodificación del genoma humano (Guevara, 2004). Este descubrimiento –junto con otras innovaciones en biología y genética– abrió el camino definitivo hacia la comprensión, manipulación y explotación de tejidos y de células extraídas de plantas, animales y, sobre todo, del cuerpo humano.

El papel de la ciencia, la biología y la genética ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas, ocupando cada vez más un espacio central en los modos en que se articulan las relaciones de poder (Lafuente, 2017)

Actualmente, los tratamientos de reproducción de asistida (TRAs) se han convertido en una de las principales vías de producción de seres humanos. El aumento de su popularidad y su presencia social es cada vez más tangible en la producción televisiva y cinematográfica: desde películas clásicas como *Gattaca* –dirigida por Andrew Niccol y estrenada en 1998–, pasando por las recientes *Interstellar* (Nolan, 2014) y *I am Mother* –estrenada en 2019, dirigida por Grant Sputore–, hasta la serie de corte feminista escrita por Margaret Atwood (1985), estrenada en 2018: *El cuento de la criada*. Todas estas historias –categorizadas como *ciencia ficción*– parten de un mismo marco referencial: la forma en que producimos seres humanos, las aspiraciones y temores implícitos en el uso de la biotecnología, así como el papel que juegan los cuerpos femeninos como agentes productores de células reproductivas. En todas estas historias, aparecen reflejados cuestionamientos sobre la forma en que la ciencia contribuye a redefinir lo que somos, cuál es nuestro papel en la sociedad y en qué medida la biología nos define.

La presencia cada vez mayor de historias enmarcadas en el desarrollo de tecnología reproductiva refleja también un cambio sustancial en la manera en que pensamos la ciencia en relación con la condición humana, el género, la identidad y los cuerpos. Pero al mismo tiempo, estas producciones audiovisuales expresan un malestar y son el reflejo de algo arraigado en las bases materiales sobre las que se construyen las sociedades industrializadas actuales: la desigualdad e injusticia social, el control que ejerce el estado sobre la biología de los cuerpos y la cosificación de seres humanos.

Mi perspectiva sobre los óvulos y su papel en el mercado reproductivo, el tema central de esta tesis doctoral, fue variando en el tiempo. Fui consciente de su

importancia cuando cursaba el segundo año de la carrera de antropología, tras el hallazgo de afiches publicitarios diseminados en la facultad. En aquel entonces, uno de los discursos publicitarios era que los exámenes previos a la ovodonación, proporcionaba un conocimiento sobre el estado de salud de la posible donante. Atraídas por los relatos de películas de ciencia ficción, junto a mis compañeras de carrera, nos preguntábamos qué información sobre biología y genética de nuestros cuerpos se podría obtener durante el proceso.

La realización de un trabajo sobre la naturaleza del don, me hizo pensar la donación de óvulos de forma crítica y, dos años después, la preparación de una monografía de fin de carrera, me llevó a formular el tema por primera vez como trabajo de investigación. Me interesé especialmente, en las donantes de quienes entonces se sabía muy poco en España.

Durante mis primeras aproximaciones al tema de investigación en el año 2014, observé que, si bien un número significativo de la producción científica en España se centraba en las receptoras, ya emergían referencias a las donantes. Un ejemplo de ello son los trabajos de Joan Bestard (2004; Bestard et. al. 2003; 2009) en que analizó la configuración de las relaciones de parentesco en el ámbito de la reproducción asistida con donación de gametos. En publicaciones diversas, Bestard et. al. (2003), Howell & Marre (2006), Marre & Bestard (2009) y Bestard & Orobitg (2009) analizaron la importancia y el rol de las similitudes fenotípicas en la creación de filiación en las sociedades occidentales y cómo esta premisa se refuerza en la reproducción asistida en general y con donación de gametos en particular. Dentro de este mismo eje analítico, Marre (2007) y San Román & Marre (2013) exploraron cómo en el contexto de la adopción internacional, la frontera entre lo biológico y lo cultural se vuelve difusa y cómo algunas características culturales se tratan como si fueran biológicas. Consuelo Álvarez Plaza (2008), por su parte, analizó el sistema de donación de gametos desde la perspectiva de la estratificación social, las diferencias de género y los procesos de mercantilización. Junto a los resultados expuestos en su libro, en otro trabajo del mismo año (2008a) analizó la asimetría en la donación de semen y óvulos, remarcando la importancia social del fenotipo y el altruismo (Álvarez Plaza, 2008a). Orobitg, Bestard & Salazar (2013), Jociles (2020) analizaron el vínculo entre interés económico y altruismo en

las donantes de óvulos. Unos años después, Álvarez y Pichardo Galán (2018; 2020) publicaron un análisis comparativo entre España y Dinamarca sobre los procesos de selección de donantes de semen. En el mismo año, un artículo de Marre, San Román & Guerra (2018) que analiza por las diversas formas de reproducción asistida -adopción, gestación por sustitución y reproducción médicamente asistida- señalaba la presencia de las donantes de óvulos como sujetos abstractos en las interacciones entre el personal médico y los padres y/o madres de intención. Se trata de trabajos y enfoques analíticos que constituyen un aporte central para el abordaje teórico en esta tesis.

Como señalaron Marre et al (2018), en mi trabajo de fin de carrera, al igual que durante la aplicación de los tratamientos hormonales, las donantes estaban presentes en las narrativas, pero aparecían de forma difusa. De tal manera que empecé a preguntarme: ¿quiénes son las donantes de óvulos? ¿cuál es su experiencia de la donación y cómo construyen sus narrativas en torno de ella? En un contexto clínico privatizado, ¿qué sentido tiene el uso del término donación? Más allá de su conceptualización plasmada en la publicidad de las clínicas, ¿cómo se construye socialmente el discurso de la ovodonación –y a la donante–? ¿Qué papel cumplen los distintos actores implicados en los tratamientos reproductivos?

Finalmente, un aspecto subyacente a la donación de óvulos, es el relativo a la aplicación de los tratamientos hormonales y el uso productivo de los cuerpos. Por ello, una de las preguntas que exploro hacia el final de esta tesis es, ¿cómo afrontan las donantes de óvulos la experiencia corporal de los tratamientos hormonales? Y en cuanto a las células producidas, ¿cómo son producidas, redefinidas, clasificadas?

En la prensa y en textos divulgativos, el debate social en torno a la ovodonación es cada vez más frecuente, junto a las publicaciones estadísticas que informan sobre el contexto demográfico de Europa y de España<sup>2</sup>. Por ello, durante la realización de esta investigación, una de mis reflexiones giró en torno al aporte que una investigación como esta puede añadir a un contexto académico semejante.

---

<sup>2</sup> Estos aspectos son tratados con mayor profundidad en el capítulo 3.

Esta tesis está organizada en torno a seis capítulos en los que describo el contexto demográfico español en el que se inscriben las prácticas reproductivas; los procesos de selección, admisión y exclusión de donantes; las motivaciones en la donación y la experiencia corporal de los tratamientos.

En el capítulo uno, dedicado a la metodología y a la construcción del objeto de estudio, expondré lo que, desde mi perspectiva, constituye el principal aporte de esta investigación: el trabajo de campo sistemático de larga duración efectuado en una clínica de reproducción asistida en Barcelona, durante el cual pude observar las interacciones entre personal clínico -de formación heterogénea y compuesto por doctoras, enfermeras, administrativas, becarias estudiantes de psicología, agentes de marketing y publicidad de donantes de óvulos y receptoras de gametos. En este capítulo explico cómo se diseñó el trabajo de campo, el número y el tipo de entrevistas realizadas, así como a las personas entrevistadas para la realización de la investigación. Hacia el final del capítulo expongo una reflexión sobre el rol del investigador en un contexto clínico, así como las limitaciones y dificultades observadas.

Esta investigación pretende aportar, desde la etnografía, marcos referenciales a partir de los cuales pensar y conocer la perspectiva de las donantes de óvulos. De base etnográfica, el eje central de mi investigación se centra en las donantes, en visualizar sus experiencias narradas, sus reflexiones y motivaciones en torno a la experiencia de la donación. Por ello, recopilo a lo largo de esta tesis, sus narrativas, articuladas con prácticas discursivas observadas en el ámbito clínico.

Cada uno de los capítulos que conforman esta tesis, se estructuran en torno a perspectivas teóricas particulares, dando lugar a un marco teórico específico para cada capítulo. No obstante, en el capítulo dos señalo que esta investigación se inscribe en la perspectiva teórica que analiza la tecnología reproductiva, sus prácticas discursivas y la participación de terceros como un modelo biomédico de reproducción -*biomedical mode of reproduction*- (Thompson, 2005; Waldby, 2011; Waldby & Cooper, 2008; 2010; Cooper & Waldby, 2014) que refleja las desigualdades estructurales en las que se ven inmersos los distintos grupos sociales implicados. A partir del concepto de *ontological choreography*, Thompson

(2005) analizo cómo a través de la producción y reproducción de células humanas, lo reproductivo se inserta en el ámbito de las bioeconomías. Por ello, el libro de Thompson (2005) tiene relevancia para esta tesis doctoral por cuanto ahonda en la coordinación dinámica de aspectos técnicos, científicos y legales relativos al género, el parentesco y las emociones con los aspectos políticos y económicos de las clínicas reproductivas. Waldby (2011) retomó la reflexión propuesta por Thompson (2005) para entender las relaciones entre biopolítica, la participación de mujeres jóvenes en la generación de trabajo reproductivo y el desarrollo de la industria biomédica. En varias publicaciones junto a Melinda Cooper, acudieron al concepto *biomedical mode of reproduction* (Thompson, 2005) para analizar la lógica industrial de producción de células reproductivas en reproducción asistida (Waldby & Cooper, 2008; 2010; Cooper & Waldby, 2014). Las ambigüedades en el desarrollo de la tecnología reproductiva, les conducirá a afirmar que la expropiación de las células reproductivas del cuerpo de las mujeres, así como la carga simbólica subyacente es la característica distintiva del mercado global de la bioeconomía reproductiva (Franklin, 2006; 2013; Waldby & Cooper, 2010; Cooper & Waldby, 2014; Waldby & Mitchell, 2006). Este enfoque centrado en la interacción entre trabajo reproductivo y capacidad generativa (Waldby & Cooper, 2008) lleva a preguntarse sobre la vivencia corporal de los tratamientos, pero también sobre los modos en que son concebidos los cuerpos jóvenes productivos -y reproductivos- en las clínicas de reproducción asistida. Por esta razón, este capítulo 2 se inicia con una revisión de los conceptos de biopoder y biopolítica (Agamben, 2005; Fassin, 2009; Foucault, 1988; 2007[1976]; 2012[1963]; Mills, 2017; Morgan & Roberts, 2012; Morgan, 2019; Rabinow & Rose, 2006; Raman & Tutton, 2010; Rose, 2001; 2007; Rose & Novas, 2005) a modo de reflexión sobre las transformaciones sociales, culturales, políticas y económicas derivadas de la expansión y consolidación de las biociencias, la biomedicina y la biotecnología. A partir de aquí, introduzco el análisis de Nikolas Rose (2001; 2007) para analizar cómo los mercados reproductivos se enmarcan en nuevas formas de biopolítica. Rabinow & Rose (2006) afirmaron que son tres las categorías analíticas en torno a las cuales se condensan las fuerzas biopolíticas actuales: raza, reproducción y medicina genómica. Su reflexión acerca de cómo estos tres elementos aún constituyen un eje para la gestión pública de la salud y de la vitalidad de la nación

-pero a partir de una mirada molecular-, es relevante para el desarrollo de esta tesis que explora cómo la intersección entre raza, clase y género moldean las experiencias reproductivas. Por ello, en esta revisión conceptual, retomo el concepto de *reproducción estratificada* (Colen, 1986, 1995; Ginsburg & Rapp, 1995) para enfatizar las (ir)racionalidades políticas, económicas y sociales que regulan y disciplinan los cuerpos y, junto a ellos, las decisiones reproductivas (Ginsburg & Rapp, 1991, 1995; Morgan, 2019; Morgan & Roberts, 2012; Whittaker & Speier, 2015).

En el capítulo tres reviso el tejido social y político en el que se enmarcan las decisiones reproductivas en la España contemporánea como el medio que proporciona las claves para comprender el contexto en el que surgen, se desarrolla y amplifica el uso de técnicas de reproducción asistida. Sitúo el contexto reproductivo actual en el marco de *infecundidad estructural* (Marre, 2009; 2012b; Comas d'Argemir et. al., 2016; Álvarez Mora, 2017) que incorpora la falta de políticas públicas de apoyo a la maternidad que dificulta, o impide, “imaginar, iniciar y desarrollar proyectos de maternidad” (Álvarez Mora, 2017). Por ello, la perspectiva teórica de este capítulo se inscribe en el paradigma que entiende la clase social, el género y/o la raza, como factores que moldean lo reproductivo. En este sentido, retomo el concepto de *reproducción estratificada* (Colen, 1986, 1995; Ginsburg & Rapp, 1995; Nahman, 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010) para pensar la correlación entre factores económicos, políticos, sociales, culturales y tecnológicos y las decisiones reproductivas. En este capítulo, retomo además, la revisión conceptual de Morgan & Roberts (2012; Morgan, 2019) que derivó en el concepto *gobernanza reproductiva* y que permite pensar en cómo las racionalidades políticas y las estructuras económicas, generan -y promueven- mecanismos de regulación, disciplinamiento y organización de las prácticas reproductivas, a la vez que generan nuevas posiciones de sujeto (Morgan, 2019).

En el capítulo cuatro analizo las políticas de admisión y exclusión de donantes de óvulos en una clínica de reproducción asistida en Barcelona. Una de las preguntas de esta investigación remite a quiénes son las donantes de óvulos. La búsqueda de una respuesta conlleva el análisis de los elementos que configuran los procesos de selección y/o admisión de donantes y que abarcan desde la

demanda de parejas internacionales de tratamientos reproductivos con donación de óvulos, pasando por la imagen construida y las expectativas sociales generadas en torno a las donantes. Por esta razón, tomando como punto de partida la publicidad, conjugaré los relatos de las donantes con los datos etnográficos y los testimonios del personal clínico junto con los comentarios expresados por receptoras de óvulos. Exploro cómo es construida la imagen de las donantes a través de la publicidad emitida por diferentes clínicas de Barcelona, para luego situarla en relación con la narrativa clínica en una de ellas. Expongo también quiénes son las donantes de óvulos: su perfil sociodemográfico y características físicas a través del análisis estadístico de datos cuantitativos. Este capítulo, articulado en torno al concepto de *reproducción estratificada* (Colen, 1986, 1995; Ginsburg & Rapp; 1995; Nahman, 2018; Marre et. al. 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010) evidencia cómo las desigualdades sociales se intensifican y globalizan en el contexto de la tecnología reproductiva a partir de la división estratificada de clase social, raza y/o etnia.

En el capítulo cinco propongo una reflexión a partir de las narrativas de las mujeres que acuden a las clínicas y sus motivaciones para donar. Para el efecto, retomo la discusión teórica en torno a la naturaleza del “don” y el “altruismo”, para pensar cómo estas deben ser conceptualizadas, retomando la pregunta formulada por Nahman (2016; 2008 y Tober & Pavone (2018): ¿aquellas mujeres, donan sus óvulos o sólo proveen con ellos a la industria reproductiva? Aquí, la etnografía es puesta, una vez más en relación con el lenguaje del personal clínico y las narrativas de las propias donantes. Analizo, por tanto, las distintas vías en que el altruismo y el beneficio económico se yuxtaponen hasta formar un todo: ¿Cómo se posicionan las donantes con respecto a la ovodonación? ¿Cómo construyen sus narrativas en torno a la experiencia de ser donantes? ¿Y qué rol cumple la clínica a través de la publicidad y del establecimiento de una serie de políticas en la construcción del discurso de la *donación*? ¿Por qué es importante el “altruismo” en la promoción de la ovodonación? Estas son las preguntas que, en síntesis, busco responder a partir de la articulación entre la etnografía y la discusión teórica.

Finalmente, en el capítulo seis exploro el modo en que los óvulos son producidos, redefinidos, clasificados, para luego ser fecundados, congelados o



puestos en circulación. Dado que los óvulos se producen en el cuerpo de las mujeres que los donan, a través de su experiencia corporal elaboro un recorrido del proceso clínico que permite su producción, extracción y circulación en el contexto reproductivo. Por ello, una primera etapa se centra en la descripción de los tratamientos hormonales: en qué consisten, cómo se realizan y cómo se *viven*. A partir de las narrativas, describo las percepciones, temores y vivencias de los tratamientos hormonales, articulados con los discursos médicos procedentes de la Sociedad Española de Fertilidad y la observación en la clínica. A partir del análisis estadístico, expongo y analizo el nivel de producción de ovocitos tras los tratamientos hormonales. La finalidad es contribuir al conocimiento del sistema de producción y aprovisionamiento de óvulos, así como fomentar el debate en torno al uso del cuerpo y su impacto médico. Finalmente, exploro los modos en que los óvulos son resignificados durante su fertilización y cuidado, a la vez que son puestos en circulación internacional.

## **Objetivos Generales y Preguntas Centrales.**

El propósito central de esta investigación ha sido el análisis de las narrativas de las mujeres que donan sus óvulos en las clínicas de reproducción asistida en Barcelona. A partir de sus narrativas, exploro los modos en el que mercado reproductivo dan forma a sus experiencias. A lo largo de esta disertación he pretendido visualizar sus reflexiones, motivaciones, vivencias y temores en torno al acto de donar, así como el rol que adquieren las sustancias y los cuerpos reproductivos al interior de la biotecnología.

Me interesé en las donantes de óvulos porque, pese al importante papel que tienen al interior del desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, sus temores, motivaciones e interpretaciones sobre la tecnología reproductiva, es difusa y/o tangencial. Por ello, considero que el aporte central de esta tesis es que, a través de un trabajo etnográfico exhaustivo, sitúo las narrativas de las donantes en relación con los distintos actores implicados en los procesos de producción, extracción y redefinición de los óvulos.

Las preguntas centrales a partir de las que diseñé la investigación fueron:

1. ¿Quiénes son las donantes de óvulos y cuál es su experiencia de la donación?

1.1. ¿Cuáles son los criterios de selección, admisión y exclusión?

En un contexto mediado por el mercado:

2. ¿Qué sentido tiene el uso del término donación? ¿Cómo se construye socialmente el discurso de la ovodonación –y a la donante–?

2.1 ¿Qué papel cumplen los distintos actores implicados en los tratamientos reproductivos?

Mi pregunta se centra más en cómo son definidos por los distintos actores inmersos en la tecnología reproductiva, así como el uso que hacen de sus células reproductivas en las clínicas de reproducción asistida.

2. ¿Cómo afrontan la experiencia corporal de los tratamientos hormonales?  
Y en cuanto a las células reproductivas, ¿cómo son producidas, redefinidas y clasificadas?

## CAPÍTULO I. METODOLOGÍA

Esta tesis doctoral se centra en las donantes de óvulos que acuden a clínicas de reproducción asistida en Barcelona. El proyecto de investigación incluye a aquellas que completaron el proceso hormonal y, también, a las que lo iniciaron pero que, por diferentes circunstancias, no continuaron con el proceso de ovodonación.

Para el desarrollo de la investigación, apliqué un enfoque mixto que incorpora tanto metodología cuantitativa como cualitativa. La metodología cuantitativa parte de la realización y análisis de una base de datos de las características sociodemográficas y físicas de las donantes. El propósito de este tipo de análisis es establecer un perfil de las donantes de óvulos que permita una aproximación general al sistema de selección de las mismas.

En cuanto a la metodología cualitativa, la técnica principal empleada fue la entrevista en profundidad semiestructurada y la observación en una clínica de reproducción asistida en Barcelona desde diciembre del año 2014 hasta mayo del año 2017. A partir del trabajo de campo en la clínica, incorporo los testimonios de los distintos grupos implicados en los tratamientos reproductivos y lo sitúo en relación a lo observado en las entrevistas con donantes de óvulos. Esta fase de la investigación es descriptiva e interpretativa porque recopila la información obtenida a partir de las entrevistas a donantes (50 en total) y la observación efectuada en la clínica.

A continuación, explico cómo fueron aplicados los distintos enfoques metodológicos, así como una descripción del modo en que fue conducida la investigación, el tipo y el número total de personas entrevistadas. Una segunda parte de este capítulo expone una reflexión sobre el trabajo de campo efectuado; la posición del investigador, dificultades y limitaciones de la investigación. Un último epígrafe está dedicado a las consideraciones éticas que orientaron la investigación.

## 1.1. Metodología Cualitativa

### 1.1.1. La Observación Participante

Las técnicas utilizadas fueron la etnografía, basada en la observación participante en una clínica de reproducción asistida en Barcelona, durante los años 2014-2017 y entrevistas en profundidad, semiestructuradas a un total de 50 mujeres que acudieron a la clínica para ser donantes de óvulos. En este apartado, describo en qué consistió la observación realizada en la clínica, mientras que, en el último epígrafe de este capítulo, reflexiono en qué consistió observar y participar en un contexto clínico.

Guber (2001) señaló que la importancia de la observación participante reside en que permite “observar sistemática y controladamente todo lo que acontece al investigador/a y participar en una o varias actividades de la población” (Guber 2001: 57). Conceptualizar actividades supone la presencia -entendida como la percepción y la experiencia directas- ante la vida cotidiana del lugar en el que se realiza la investigación. Por ello, es posible familiarizarse con el contexto -los términos, y las prácticas sociales-, pero también poder formar parte de la vida social en la clínica.

El trabajo etnográfico se centró en el área destinada a selección de donantes de óvulos de una clínica en Barcelona y a la que el personal clínico denominaba *ovodon*. Este término lo aplico, a lo largo de la tesis, para englobar la totalidad de personas que trabajaban en esa área de la clínica y en la que he incluido a médicas, enfermeras, auxiliar administrativo, intérpretes y agentes de publicidad.

Una de las mayores dificultades para el desarrollo de la investigación, fue obtener el acceso a una clínica. Al tratarse de centros privados, en donde prima la ley del anonimato de donantes, el acceso definitivo sólo pudo concretarse tras la intermediación del grupo de investigación al que pertenezco y dentro de cuyas líneas de estudio, se inscribe esta tesis doctoral.

El área conocida como *ovodon*, se centraba en la selección de donantes, pero también en la atención a receptoras de gametos: se trataba de mujeres derivadas por médicos y obstetras, después de haber recibido un diagnóstico de infertilidad y tras recibir la recomendación de usar óvulos donados como técnica reproductiva.

Cuando ingresé como investigadora en diciembre del año 2014 en algunos períodos, llegué a coincidir con dos estudiantes. En situaciones así, nuestros horarios eran reajustados para no coincidir durante las sesiones en la clínica.

El propósito de este departamento era asesorar a las receptoras sobre en qué consiste la ovodonación, cuáles son las probabilidades de embarazo con gametos donados y cuáles sus ventajas; qué controles realizaba la clínica en las donantes; detectar posibles casos de ansiedad y establecer un protocolo de acompañamiento. Con respecto a las donantes, el departamento se encargaba de evaluar sus cuestionarios y establecer un diagnóstico para su admisión o exclusión.

En el departamento había:

- 1) Tres enfermeras encargadas de realizar los análisis de sangre y ginecológicos
- 2) Una ginecóloga que evaluaba los resultados de las ecografías efectuadas a las donantes, además de las analíticas de sangre enviadas desde laboratorio.
- 3) Dos auxiliares administrativos que rotaban entre la sala destinada a donantes y la sala destinada a receptoras. En general, debían recibir a donantes y receptoras y organizar las agendas de las doctoras en psicología y en ginecología. Cuando se trataba de donantes de óvulos, debían, además concertar y concretar las citas; entregar y explicar a las posibles donantes los documentos informativos sobre ovodonación, anonimato y protección de datos, además del cuestionario de psicología y otro para realizar la anamnesis. Con el tiempo, observé que otra de las actividades efectuadas por ellas era comentar cualquier imprevisto o percepción negativa que tuvieran con respecto a alguna de las mujeres interesadas en donar.
- 4) Dos señoras encargadas de la limpieza. Ingresaban al finalizar la jornada laboral y poco antes del cierre de la clínica. A lo largo de dos años, coincidí con una de ellas en tres ocasiones. No tenían permitido el contacto con el resto del personal de la clínica.

No eran habituales en el área de *ovodon* pero con relativa frecuencia, solían acudir técnicos informáticos y representantes del área de publicidad y marketing.

En el transcurso de la etnografía, he presenciado charlas a 20 receptoras de gametos y entrevistas a unas 70 donantes de óvulos, rellenando cuestionarios, pasando entrevistas con el personal de la clínica y, en ocasiones, en la sala de espera esperando a ser atendidas. No todas las personas que observé en la clínica, accedieron a realizar una entrevista personalizada para el propósito de esta investigación; otras no volvieron a la clínica. Por ello, cuando señalo el número de personas entrevistadas, refiero sólo a aquellas que aceptaron participar y con las que concreté una entrevista en una visita posterior que ellas realizaron a la clínica.

A continuación, describo las actividades desempeñadas en la clínica y mi participación en cada una de ellas:

- Asistencia a las entrevistas realizadas en el departamento de ovodonación a posibles donantes de óvulos.

Su propósito era confirmar o descartar la idoneidad de la aspirante a donante. Me era permitido participar de estas entrevistas solicitando detalles sobre algunas de sus respuestas. Durante los dos primeros meses, estuve acompañada de alguna de las integrantes del departamento. A partir del tercer mes, me autorizaron a efectuar algunas entrevistas en solitario.

- Presenciar las charlas de información y respuestas proporcionadas a las receptoras de óvulos por parte del equipo.

Se hacían poco antes de iniciar los tratamientos y poco después de que la pareja receptora había recibido el diagnóstico de infertilidad y de su derivación a ovodonación. Mi papel aquí era ser observadora. No podía intervenir; sólo estar presente en aquellos casos que el departamento consideraba oportuno.

- Observar cómo enfermeras y personal de la clínica informaban sobre el proceso médico de la ovodonación a posibles donantes.

En estas sesiones informativas que duraban en promedio, cinco minutos, mi rol también era el de observadora. Antes de iniciar y al terminar la charla

informativa, podía realizar preguntas a las enfermeras y recoger sus impresiones sobre la posible donante que acababan de entrevistar.

- Asistencia a charlas informativas sobre cómo categorizar a las donantes de óvulos en el sistema informático: desde el registro de la historia médica (peso, estatura, índice de masa corporal), hasta la descripción fenotípica (tono de piel, *raza*, y determinación de fenotipo de sus familiares).

Estas charlas eran dadas por una ginecóloga de la clínica y estaban destinadas a las enfermeras y personal administrativo del área de ovodonación. Durante estas sesiones, registraba los comentarios y dudas que el personal de la clínica ponía de manifiesto.

### **1.1.2. Las Entrevistas cualitativas, semiestructuradas y personalizadas**

Al inicio de la investigación diseñé un cuestionario de preguntas semiestructuradas, pensadas como temas generales, antes que como preguntas cerradas. Pero, en síntesis, los temas tratados eran:

- 1) Número de donaciones y número de clínicas en las que han sido realizadas.
- 2) Conocimiento previo sobre la ovodonación e información compartida con el círculo social.
- 3) Motivaciones para donar.
- 4) Percepciones sobre la clínica. Comprensión de la información obtenida durante las entrevistas efectuadas en la clínica
- 5) La experiencia del tratamiento de estimulación hormonal.
- 6) Percepciones en torno a la donación de óvulos.



<b>Persona Entrevistada</b>	<b>Tipo de Entrevista</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Lugar de Realización</b>
Donantes de óvulos (30 en total)	Entrevista en profundidad, semiestructurada	27 mujeres admitidas en sistema de ovodonación. 3 exclusiones por fenotipo	Clínica
Donantes de óvulos (20 en total)	Entrevista en profundidad, semiestructurada	13 mujeres admitidas en sistema de ovodonación. 7 exclusiones	Contacto Externo
Doctora en Psicología (1)	Entrevista semiestructurada / Entrevista informal	Personal de la clínica	Clínica
Enfermeras (3)	Entrevista informal	Personal de la clínica	Clínica
Auxiliares administrativos (2)	Entrevista informal	Personal de la clínica	Clínica
Intérpretes (3)	Entrevista informal	Personal de la clínica	Clínica 1 Externa
Estudiantes de Psicología (1)	Entrevista informal	Prácticas en la clínica	Clínica
Comercial de Ventas (2)	Entrevista informal	Trabaja para varias clínicas privadas	Congreso de Medicina

Durante la etnografía, concreté un total de 30 entrevistas a mujeres interesadas en donar óvulos. En el anexo 2 incluyo una síntesis de los nombres ficticios utilizados para identificar a cada una de las explicaciones recopiladas a lo largo de la tesis. En esa síntesis expongo también el número de donaciones, nivel de estudios, características físicas, nacionalidad y ocupación.

De las 30 mujeres entrevistadas, 3 de ellas no fueron admitidas dentro del proceso de ovodonación debido al fenotipo. Además del hecho de que hayan accedido a la entrevista y de sus reflexiones en torno a la donación, consideré

que su exclusión en sí, podía revelar algo más de sus percepciones sobre de la clínica.

Realicé este mismo tipo de entrevista a la doctora jefa del departamento de Psicología. Su conocimiento y experiencia con las parejas receptoras, las donantes, de la clínica y los doctores que trabajaban en otros departamentos, fue útil para la comprensión y el conocimiento del lugar. Su colaboración fue fundamental para mi acceso a las entrevistas, pero también para una mayor participación e integración de las actividades cotidianas de la clínica.

Otra herramienta de obtención y recolección de datos fueron las entrevistas informales, cuyas preguntas surgían de forma orgánica en función del tema, las situaciones observadas y áreas de interés. Spradley (1979) las definía como una especie de conversación entre personas que participan de un mismo universo social. Este tipo de entrevistas se dieron con tres enfermeras, dos auxiliares administrativas, dos médicas, tres intérpretes de italiano, una estudiante de maestría que realizaba una pasantía y, finalmente, dos agentes de comercio exterior que trabajaban para varias clínicas de reproducción asistida y se ocupaban del contacto con otras clínicas europeas. A ambos los conocí durante la realización de un congreso de Medicina y a partir de allí establecimos el contacto para consultas posteriores.

### **1.1.3. Organización de la etnografía en la clínica**

En cuanto a la organización del trabajo de campo, los horarios se establecieron a partir de la mayor afluencia de donantes de óvulos y de mujeres que buscaban información sobre el proceso. Las citas eran programadas por las administrativas y, previo a la entrevista, se me comunicaba la etapa en el proceso de ovodonación, además de facilitarme el cuestionario de la clínica en el que constaban los datos generales. Los meses de julio y agosto -debido a las vacaciones- tenían una asistencia irregular tanto de donantes como de personal de la clínica. Estos períodos eran utilizados para la sistematización de la información. Los meses de mayor actividad en la clínica eran noviembre, diciembre, abril y mayo.

Período	Frecuencia Días	Jornadas de Trabajo
Diciembre 2014	Lunes Miércoles	9h00 a 14h00 11h00 a 18h00
Enero 2015 –junio 2015	Lunes Miércoles Jueves	9h00 a 15h00 11h00 a 17h00 15h00 a 18h00
Julio 2015	Lunes Jueves	9h00 a 15h00 14h00 a 18h00
Agosto 2015	Recopilación primeras impresiones	
Septiembre-diciembre 2015	Lunes Miércoles Jueves	9h00 a 14h00 11h00 a 18h00 15h00 a 18h00
Enero 2016-marzo 2016	Lunes Miércoles Jueves	9h00 a 14h00 11h00 a 17h00 15h00 a 18h00
Abril 2016-junio 2016	Lunes Miércoles Jueves	9h00 a 14h00 11h00 a 17h00 15h00 a 18h00
Julio 2016-agosto 2016	Análisis y sistematización de datos etnográficos	
Septiembre-diciembre 2016	Lunes Miércoles Jueves	9h00 a 14h00 11h00 a 17h00 15h00 a 18h00
Enero- Julio 2017	Realización de base de datos estadísticos	

#### **1.1.4. Entrevistas cualitativas en profundidad externas a la clínica.**

Otra etapa de la investigación cualitativa la compone el contacto externo a la clínica, con donantes de óvulos. Poco antes de iniciar la etnografía -en el mes de septiembre- me había suscrito al blog *enfemenino.com*, a una línea de conversación sobre donación de óvulos. El total de mujeres contactadas a través del uso de redes sociales asciende a un total de 15, y 5 mujeres más fueron contactadas a través de conocidos y amigos de las que eran familiar cercano.

En estas entrevistas, apliqué la misma guía de preguntas que trabajé en la clínica. Su orden de aplicación era aleatorio y variaba en función de la persona entrevistada, de los comentarios y aportes que me hiciera. De esta manera, una serie de interrogantes fueron surgiendo a medida que yo realizaba las entrevistas. Un ejemplo de ello son las preguntas relativas a la experiencia con los tratamientos y que se volvieron más frecuentes a partir del testimonio de Josefina quien dedicó tiempo a su descripción.

Del total de mujeres entrevistadas de forma externa a la clínica, un total de siete no fueron admitidas en el sistema de ovodonación, las cuales ofrecen una perspectiva distinta sobre el proceso de ovodonación. Sus reflexiones se incluyen en los capítulos 4 y 5 centrados en los procesos de admisión y en las motivaciones para donar, respectivamente.

## **1.2. Metodología Cuantitativa**

El uso de técnicas cuantitativas permitió una perspectiva sobre los perfiles sociodemográficos, fenotípicos y de inclusión/exclusión de las donantes, así como de la aplicación de los tratamientos hormonales. También permitió visualizar el modo en que la clínica categorizaba a las donantes y la forma en que aparecían reflejadas sus motivaciones, hábitos y estilos de vida.

Esta información cuantitativa procede de las encuestas realizadas a las donantes en y por el personal de la clínica. Las respuestas a estas encuestas, así como los datos que se obtenían durante los tratamientos, se reflejaban en un programa informático, a partir del cual, se elaboró una base de datos estadística, que posteriormente analicé. La base de datos utilizada incorpora información sistematizada de un total de 2863 mujeres que fueron admitidas como donantes de óvulos en 2017 en la clínica.

Una de las dificultades en el análisis de la base de datos fue la falta de homogeneidad en la codificación de la información por parte del personal que la completaba. Por esta razón, extraje sólo registros completos para construir la base de datos que fue analizada con el programa estadístico SPSS que permitió

establecer relaciones entre nivel educativo y edad, entre características fenotípicas y nacionalidad, o entre el número de cancelaciones y número de ciclos hormonales realizados.

En la base de datos -y en sus resultados expuestos en gráficos y tablas a lo largo de los capítulos 4, 5 y 6- mantengo los términos utilizados por la clínica para codificar la información como *raza*, *subtipo de raza* y sus clasificaciones, conservados para mostrar los conceptos clasificatorios de las donantes. El uso de técnicas cuantitativa es que dan una aproximación general –y macro– del sistema de selección de donantes en Barcelona.

### **1.3. El trabajo de campo en una clínica de reproducción asistida y el proceso de reflexividad.**

Mi primera aproximación a la investigación antropológica sobre las técnicas de reproducción asistida –en adelante, TRAs–, se produjo cuando aún cursaba el último año para la obtención del grado en Antropología Social y Cultural en el año 2014. Las primeras reflexiones y hallazgos de investigación dieron como resultado un trabajo de fin de grado centrado en el análisis del sistema de admisión y exclusión en la práctica de la ovodonación. A raíz de esta primera experiencia, surgieron una serie de inquietudes que hoy constituyen el eje fundamental sobre el cual diseñé esta investigación para la obtención del título de Doctor en Antropología, por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Cuando producimos investigación, el marco teórico se convierte en uno de los ejes fundamentales porque nos aporta los conceptos necesarios para interpretar narrativas, pero también para describir y analizar procesos sociales. Para ello, el trabajo de campo es un requisito indispensable, pero a la vez, plantea una serie de interrogantes ligadas a los modos en que hacemos y producimos ciencia a través de la investigación de la realidad social, desde la posición que adopta quien investiga, hasta las negociaciones que se producen en el desarrollo del trabajo de campo entre los distintos actores implicados en la investigación.

Rosana Guber (2001) señaló que, diferencia de la observación como técnica que supone una posición externa del investigador que describe todo aquello que ve y escucha, *participar* enfatiza la experiencia vivida, implica adentrarse en aquello que estudia. En cualquier caso, expresa la tensión epistemológica entre teoría y práctica, pero también en torno a las lógicas prácticas que convergen en el campo.

Malinowski (1986)[1922] veía en la observación la técnica que facilita la neutralidad del investigador frente a aquello que estudia. Para el enfoque positivista aplicado a las ciencias sociales -heredero de los postulados de Durkheim en *Las Reglas del Método Sociológico* (1895)-, la participación plantea obstáculos a la objetividad, a la vez que “pone en peligro la desimplicación debido al excesivo acercamiento personal que se justifica sólo cuando los sujetos lo demandan o cuando garantiza el registro de determinados campos de la vida social” (Guber, 2001: 59). No será sino hasta la publicación de *Juego Profundo, nota sobre la riña de Gallos en Bali* de Clifford Geertz, que se plantee la disyuntiva entre el observar y el participar, el modo en el que nos aproximamos a aquello que se investiga. Desde el interpretativismo (Geertz, 2003[1973]), no es posible estudiar los fenómenos socioculturales de modo externo; cada gesto adquiere sentido en los significados que le atribuyen las personas y, por tanto, el único modo de acceder a ellos, es a través de la experiencia vivida. Ambos enfoques toman como punto de partida la relación entre el investigador y aquello que estudia; distancia versus inmersión.

Además de la clínica, el único modo de acceso a las donantes de óvulos eran las redes sociales. Sin embargo, durante la realización del trabajo de fin de grado -centrado en el sistema de admisión y exclusión de las donantes de óvulos- constaté que pautar las entrevistas a través de estas redes, implicaba largos períodos de espera y dificultades para su concreción. A ello se sumó mi interés por observar y entender cómo se establecían las relaciones sociales al interior de la clínica, los modos en que las donantes de óvulos eran percibidas, a la vez que las posibles estrategias que estas desarrollaran al interior de las clínicas, los modos en que expresaban sus motivaciones y sus interacciones con enfermeras/os, doctores, administrativas/os. Roger Canals (2012) reflexionaba, a propósito de su trabajo etnográfico en Venezuela, sobre un aspecto recurrente en antropología: el ámbito

del discurso y el de la acción, o la diferencia entre lo que la gente dice y lo que la gente hace. El cómo definen las personas sus actos y a la vez, el cómo ello se plasma -o debería plasmarse- en sus interacciones cotidianas. Evidenciar esas diferencias es lo que permite “vislumbrar el sentido de la acción, así como la función social del discurso” (Canals, 2012: 242). Se trataba, por tanto, de pensar la clínica como campo social en el cual estudiar las interacciones cotidianas que redefinen las relaciones sociales, plasmar las distancias entre aquello que se dice, aquello se hace, pero también aquellos discursos que se adaptaban en función de las circunstancias y el interlocutor/a.

Sin embargo, el acceso a las clínicas tampoco fue sencillo y, en parte considero que se trata de contextos herméticos en los que quizás, la presencia de un investigador no está claramente definida. Cuando esto ocurre, se produce una fragmentación de realidades en la que la posición del investigador, se vuelve difusa. A la vez, es posible que este hermetismo tenga una relación con el anonimato vigente al interior de la realización de los TRAs.

Retomando la reflexión en torno a observar y participar con la que inicié este epígrafe, en el contexto de la clínica reproductiva, ¿qué significaba estar allí? ¿Qué implican observar y participar? ¿Hasta qué punto un investigador puede mantenerse *al margen* de lo que ocurre dentro de la clínica o, al contrario, qué grado de participación e inmersión le es requerida para poder *estar allí*? Guber (2001: 62) señaló que la “diferencia entre observar y participar reside en el tipo de relación cognitiva que el investigador” establece con aquellos a los que estudia. Sin embargo, estas interrogantes -planteadas al inicio de la etnografía- remiten también al desempeño del rol como investigadora al interior de la clínica. Si bien el acceso a la clínica fue el elemento clave que orientó la investigación, la organización de los espacios y de las actividades desarrolladas en la clínica, derivaba en una negociación constante de mi papel como investigadora, pero también de un proceso de reflexividad a partir del cual desarrollábamos distintas estrategias de cooperación y reciprocidad (Guber, 2005).

Una de las primeras impresiones que tuve al llegar a la clínica fue de perplejidad e incomodidad ante la atención generada por el ruido procedente de las suelas de mis botas que rechinaban en el pasillo de madera de la clínica que,

paradójicamente, estaba lleno de gente. Era la primera vez que estaba en un contexto semejante. El espacio era estrecho, sin apenas ventanas. Tuve la percepción de que el número de trabajadores en esa área de la clínica, a la que el personal llamaba *ovodon*, no debía exceder de 20 personas.

Toda el área que bordeaba la clínica lo componían edificios de viviendas de la zona alta de Barcelona. Tuve dificultades para encontrar la puerta de acceso al área debido a que la edificación era similar a la de los edificios continuos y a que la puerta de acceso no era visible: había que descender unas escaleras y dirigirse a una de las puertas de acceso: 1 o 2. Caminé hacia la puerta 2, toqué el timbre y una de las recepcionistas me atendió. Desde el interfono, me identifiqué y le expliqué cuál era el motivo de mi presencia en el lugar. Me abrió la puerta y una vez dentro, me explicó que para otras ocasiones, accediera por la puerta 1 porque la número 2 es la que se destinaba a las donantes. Me llevó por un pasillo que separaba la sala de espera de donantes de las receptoras. Al día siguiente, observé que en este lugar había un grupo de revistas, todas ellas *del corazón*: *Hola*, *InStyle*, y algún ejemplar de la revista *Cuore*.

Desde el pasillo se accedía a la oficina de la ginecóloga, la sala en la que se realizaban las analíticas de sangre y las ecografías, un despacho en el que se proporcionaba información a donantes, además de la información sobre el peso y estatura y una segunda sala en la que se reunían las enfermeras para elaborar perfiles de donantes de óvulos en el ordenador. Al finalizar el pasillo se encontraba la sala de espera de las receptoras y varios despachos más en uno de los cuales realicé la mayor parte del trabajo etnográfico. Al fondo de esta área de la clínica estaban el vestidor, la cocina y un baño.

La auxiliar administrativa me condujo hasta el área de psicología. Me ofreció un café y después de explicarme algunos detalles sobre la agenda del día -citas previstas y el tipo de pacientes que atendían-, me condujo hacia el vestidor. Me explicó que debía llevar una bata de personal sanitario. La razón esbozada fue que sin ella, nadie entendería porqué estaba allí, además de que mi presencia durante las sesiones con las receptoras, podría resultar incómoda si creían que alguien externo presenciaba sus charlas aunque en cada una de las sesiones; mi presencia fue anunciada como pasante e investigadora y mi rol como observadora.



Al segundo día de mi estancia en la clínica, comprobé que la cocina era el centro de reunión y conversación con la totalidad de las personas que trabajaban en la clínica. El tercer día en la clínica entendí que el uso de la cocina tenía reglas: “*nada de platos fuertes porque generan olor en la nevera y en la cocina*”. Cada día, a partir de las 13h00, aumentaba la frecuencia de personas que circulaban por la cocina. Las conversaciones alternaban comentarios sobre las noticias publicadas en el *Hola*, el tipo de ensalada que cada una llevaba y las percepciones que la comunicación con las donantes y las receptoras generaba al personal de la clínica. De estas interacciones proceden muchos de los comentarios y expresiones recopiladas en los capítulos de esta tesis. Más que entrevistas estructuradas efectuadas al personal administrativo o a las intérpretes y enfermeras, se trataba de conversaciones surgidas en un área que, en cierto modo, me recordó a los usos sociales del espacio doméstico dentro de la unidad familiar. La cocina como espacio informal de distensión y de comentarios generalizados sobre el trabajo, la jornada y las tensiones entre las distintas áreas que estructuraban la clínica.

En cuanto a las entrevistas con las donantes y las charlas presenciadas con las receptoras, cada uno de los distintos actores al interior de una clínica, adoptaba un comportamiento ligado a la relación médico-paciente. En el caso de las receptoras, se trata de una confianza generada por la autoridad que expresa el propio médico en sí, como representante de una estructura social sobre cómo pensamos la medicina, los cuerpos y la atención a la salud y de la enfermedad (Kleinman, 1992; Menéndez, 2005; 2005a; 2009; Nishijima-Azeredo & Blima-Schraiber, 2016). Al respecto, Turner (1995), partiendo del análisis del saber como dispositivo de control (Foucault, 2012[1963]; 2007), señaló que la cientificidad de los conocimientos de profesiones médicas, son jerárquicos, ya que socialmente son vistos como precisos, neutrales y objetivos.

Mi presencia en las entrevistas con receptoras, dependía del uso de una bata que legitimaba mi presencia durante las entrevistas. A mí, en cambio, me producía extrañeza: estaba ahí como antropóloga, pero mi rol se difuminaba al intercalarse con el del personal médico. Homogeneizaba, a la vez que creaba distancias con respecto al personal administrativo, de intérpretes y donantes.

En la obtención de testimonios de donantes, las lógicas funcionaban de manera distinta. El uso de la bata médica en las donantes ampliaba las distancias, por lo que las respuestas –especialmente en aquellas que acudían por primera vez a la clínica–, eran cortas, pausadas, contenidas. En ocasiones, ambiguas y contradictorias. Cuando preguntaba sobre los motivos para donar, la mayoría de las donantes respondía: “para ayudar”. En el capítulo 5 señalo que, con el tiempo, descubrí que las respuestas eran más amplias cuando se abordaba el conocimiento de su entorno familiar y social de la ovodonación: “¿lo has comentado con alguien? ¿qué opinión tienen sobre la donación de óvulos?”.

Si bien con el tiempo me fue permitido realizar entrevistas que yo había diseñado y solicitar el acceso a ciertas donantes que ya habían acudido a la clínica en varias ocasiones, al inicio tenía dudas sobre la calidad de algunas de las respuestas obtenidas. Concretamente, me preguntaba si las donantes de óvulos veían en mí a una antropóloga que hacía una investigación independiente de los objetivos de la clínica o no. Estas dudas surgieron debido al uso de la indumentaria del personal sanitario. Desde mi perspectiva, considero que el uso de la bata blanca si bien generaba una mayor confianza, solidez y justificación de mi presencia en la clínica ante las receptoras y el personal de la clínica, facilitaba que las donantes de óvulos percibieran una relación de jerarquía. Y dado que mi interés era conocer sus motivaciones para donar óvulos, así como su experiencia con los tratamientos, la percepción de distancias jerárquicas, podía resultar contraproducente.

Tras analizar los resultados de mis primeras entrevistas, tomé una decisión que al inicio podía resultar extraña: abandonar la indumentaria del personal médico sólo en las entrevistas a donantes, modificar los horarios y explicar con mayor sencillez a las donantes, la naturaleza de la investigación que estaba realizando. El desarrollo de las entrevistas mejoró, especialmente en la expresión de los temores y dudas sobre la donación

En todo caso, la negociación de mi papel como antropóloga investigadora en la clínica fue, probablemente, una de las etapas más complejas de la investigación. A medida que avanzaba en la etnografía, las comprensiones sobre mi gestión y rol en la clínica eran múltiples: a la vez que se entendía que “hacía una investigación sobre donantes”, cuando había mayor afluencia de posibles donantes en la sala de

espera, se pedía mi colaboración para que entrevistase a mujeres que ya habían sido excluidas del programa de donación por razones de fenotipo. Ello formaba parte del formalismo de la clínica: aplicar el cuestionario aún a mujeres a las que no se iba a contactar como donantes. No se les podía confirmar que habían sido excluidas, así como tampoco las razones por las que se había procedido de esta manera. De este tipo de interacciones, provienen las observaciones en cuanto a selección y admisión de donantes desarrolladas en el capítulo 4.

Observar y participar, tal y como yo lo entiendo -y como lo viví-, implicó formar parte de determinadas acciones cotidianas en la clínica, desempeñar ciertos roles locales. Pero a la vez ser consciente de cómo incide la conducta -y la presencia- del investigador en el contexto que estudia.

#### **1.4. Consideraciones Éticas**

El acceso, la obtención y la realización de entrevistas para el desarrollo de esta investigación, fueron efectuados tras obtener el acceso oficial y el consentimiento informado de los fines del proyecto.

A través del planteamiento de los objetivos centrales y la finalidad de la investigación, solicité por escrito la aprobación de la clínica para la realización de la investigación. El acceso fue posible a través de la comunicación expresa entre la directora del Grupo AFIN y la clínica, tras consensuar niveles de acceso, grado de intervención y compromisos adquiridos.

A todas las personas participantes en las entrevistas y en la investigación, se les informó del objetivo central de la investigación y se garantizó la confidencialidad de datos personales, así como su uso estricto con fines académicos. Por ello, todos los nombres y datos originales de la clínica, sus trabajadores, las donantes y las receptoras, son ficticios en aras de garantizar el anonimato y la protección de datos personales.

## CAP. II. APROXIMACIONES TEÓRICAS

“Reproduction is becoming the predominant focus of value, exchange, emancipation and oppression” (Thompson, 2005: 252).

### 2.1. Del *biopoder* al “*politics of life*”: Una perspectiva Foucaultiana.

La consolidación de los avances científicos en el ámbito de las ciencias de la vida a lo largo del siglo XIX y XX, trajo consigo la denominada *age of biological control* (Wilmot, Campbell, & Tudge, 2001) que convierte a la biología en una forma de ingeniería que hace posible “intervenir y modificar la materialidad” (Lafuente, 2017: 37).

En *Ciencia, Cyborgs y mujeres*, Donna Haraway (1995) sostuvo que la ciencia se ha ido desplazando hacia la biomedicina y esta a su vez, hacia la ingeniería humana y al control poblacional. Se refería a transformaciones que dieron lugar a “cambios en la naturaleza y en la tecnología del poder, dentro de una dinámica continuada de reproducción capitalista” (Haraway, 1995: 74). Sin embargo, esta nueva forma de *ingeniería* de los cuerpos creará un vínculo entre la reproducción y la política.

La biología está involucrada en las formas en que son categorizados los individuos, sus capacidades y roles sociales (Lafuente, 2017). Estas categorizaciones han tenido consecuencias políticas observables en momentos particulares de la historia. Un ejemplo de ello, es el ensayo *¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?* de Sherry Ortner (2006)[1972] que analiza cómo las diferencias sexuales han sido útiles para definir la posición social de los individuos en torno a la dicotomía naturaleza/ cultura. La autora sostendrá que la vinculación entre mujer y naturaleza, hombre y cultura, “explica [...] una dominación masculina universal o casi universal [...] resultado de una compleja interacción de disposiciones funcionales, dinámicas de poder y factores corporales” (Ortner, 2006[1972]: 17). En esta misma línea, Lafuente (2017) afirmará que la “división entre la naturaleza proyectada por la biología, la cultura y la política es escurridiza”, por tanto, se deben señalar más bien “los modos en que naturaleza y política [...]

están vinculados a ordenamientos jerárquicos del mundo atravesados por relaciones de poder” (Lafuente, 2017:26).

En ese contexto, las tesis de Foucault (1988; 2007[1976]; 2012[1963]) sobre el biopoder y la biopolítica proporcionaron un marco discursivo para reflexionar sobre las consecuencias de las transformaciones sociales generadas por las biociencias, la biomedicina y la biotecnología, en las que “la vida” y “lo viviente” se convierten en las nuevas luchas políticas y estrategias económicas.

En *El sujeto y el Poder*, Michael Foucault (1988) analizó cuáles son los diferentes modos por los que los seres humanos son constituidos en sujetos y se centró más en los efectos que el poder tiene sobre las personas, las sociedades, los cuerpos y las instituciones, que en el poder en sí. Dado que el eje de investigación era el sujeto y que este se halla inmerso en complejas relaciones de poder, retomó el concepto y propuso pensarlo como algo que se ejercita, antes que como algo que se posee (Foucault, 1988).

El análisis sobre cómo se comporta el poder en instituciones como la prisión o la clínica proporciona las claves sobre cómo, a través de distintos mecanismos de control, se producen nuevas realidades (Foucault, 1988; Kleinman, 1980). Un ejemplo de ello es la inclusión de la biología como nuevo ámbito de ejercicio del poder por parte del Estado. En *Derecho de Muerte y Poder sobre la Vida* Foucault (2007)[1976] explicó que antes de la consolidación de los Estados nacionales, uno de los privilegios de los soberanos residía en su poder de hacer morir o dejar vivir que, ante todo, “era derecho de captación: de las cosas, del tiempo, los cuerpos y finalmente la vida” (Foucault, 2007[1976]:164). Sin embargo, las guerras del XIX y del XX crearon una paradoja: el poder de muerte se convirtió en el “complemento de un poder que se ejerce positivamente sobre la vida que procura administrarla” (Foucault, 2007[1976]: 165). El desarrollo de ese poder sobre la vida tiene su origen en el siglo XVII y es el medio para obtener productividad de los individuos a lo largo de sus vidas (Rabinow & Rose, 2006).

El poder expandió su radio de acción hacia el ámbito de la vida cuyos mecanismos de acción fueron explicados por Foucault (2007)[1976] a partir de un diagrama basado en dos polos: el primero, centrado en el cuerpo como máquina,

en el que “la educación, el aumento de sus aptitudes [...], el crecimiento paralelo de su utilidad y docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos” fueron asegurados a través de la anatomo-política (Foucault, 2007[1976]: 168; Rabinow & Rose, 2006). El segundo -surgido en el XVIII- se centró en el cuerpo-especie y su finalidad era regulatoria. Se centró en los nacimientos y la mortalidad, los niveles de salud, la esperanza de vida y la longevidad: “todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población” (Foucault, 2007[1976]: 168). Hacia el siglo XIX, ambos polos estaban insertos dentro de tecnologías de poder, en la que la sexualidad era el eje central de intervenciones económicas (Rabinow & Rose, 2006).

Se iniciaba así lo que Foucault (2007)[1976] denominó la era de un bio-poder centrada en la administración -disciplinamiento- de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida, en donde el sexo funciona como “pozo” del juego político.

“Life as a political object was turned back against the controls exercised over it, in the name of claims to a ‘right’ to life, to one’s body, to health, to the satisfaction of one’s needs” (Rabinow & Rose, 2006: 196).

La sexualidad como dispositivo del bio-poder es un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo que requirió de la “inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción”, a través del ajuste de la demografía a los procesos y requerimientos económicos (Foucault, 2007[1976]).

En *El nacimiento de la medicina social*, Foucault [1977] afirmó que si para “la sociedad capitalista [...] el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault: 1977: 366). Esta afirmación es realizada sobre la base de que la medicina es una práctica social cuyo fundamento implica una tecnología del cuerpo, a la vez que valora las relaciones entre médico y paciente (Foucault, 1977).

Si “la expansión del conocimiento científico incorporado por la medicina le otorgó a los médicos un prestigio y una influencia a fines del XIX, esto ocurrió porque todo un campo institucional creó las condiciones para ello, permitiendo a los médicos definir lo que es norma y lo que es desvío” (Freidson, 2009; Nishijima-

Azeredo & Blima-Schraiber, 2016: 10). Dada la importancia de la biología, la medicina se consolida como “the oldest site where one can observe the play of truth, power and ethics in relation to the subject, and to the possibilities of a good [...] life” (Rabinow & Rose, 2006: 200).

Por esta razón, Paul Rabinow & Nikolas Rose (2006) prefieren el término “biopolítica” para enfatizar en

“all the specific strategies and constestations over problematizations of collective human vitality, morbidity and mortality; over the forms of knowledge, regimes of authority and practices of intervention that are desirable, legitimate and efficacious” (Rabinow & Rose, 2006:197).

Raman & Tutton (2010) señalaron a los *regímenes de verdad* como fuente de legitimación para la intervención gubernamental y la acción política:

“Biopolitics acquires its legitimacy [...] in conjunction with the development of new forms of knowledge or regimes of truth (demography, epidemiology, statistics) built on visualizing living, working social beings as a collective (“population”) with certain distinctive traits (such as mortality and morbidity) that are deemed to be knowable” (Raman & Tutton, 2010: 714).

El desarrollo de nuevas formas de conocimiento creó nuevas relaciones que definieron quiénes pueden y quiénes no hablar el *lenguaje de la verdad*, en el que los discursos científicos se hallan en el centro de los *regímenes de verdad* (Foucault, 2007; Kleinman, 1980; Lafuente, 2017; Rabinow & Rose, 2006; Raman & Tutton, 2010; Rose, 2007).

Los *regímenes de verdad* (Foucault, 2007 [1976]) son comprensibles a través del modo en que los discursos son producidos, el conocimiento es gestionado y en cómo se comportan los aparatos políticos y económicos (Foucault, 2012 [1963]; Kleinman, 1980; Nishijima-Azeredo & Blima-Schraiber, 2016; Turner, 1995).

“La idea de objetividad, presentada como fuera de los efectos del poder, [...] es presentada dentro del conocimiento científico como si residiese en un no lugar donde las verdades ontológicas esperan a ser descubiertas para ser después traducidas por el discurso científico” (Lafuente, 2017: 18).

Un ejemplo de ello es la relación de poder-saber observable en las profesiones del ámbito de las denominadas ciencias de la vida. Desde la antropología médica, Turner (1995) y Nishijima-Azaredo & Blima-Schraiber (2016) señalaron que “el estatuto de cientificidad de los conocimientos” de profesiones ligadas al ámbito sanitario “son jerárquicos, puesto que la intervención médica es vista socialmente como precisa, exacta y científica mientras que la interpretación del cientista social, es considerada como una opinión” (Nishijima-Azaredo & Blima-Schraiber, 2016: 10). Turner (1995) subrayó que la diversificación de los saberes conlleva distintas jerarquías de poder relacionadas con el estatuto científico del conocimiento médico.

Donna Haraway (1995) afirmó que otro conocimiento científico es posible a partir de conocimientos multisituados que incluyan la habilidad parcial para “translate knowledges among very different -and power differentiated- communities (Haraway, 1995:187); que aporten versiones del mundo más que trasciendan al “white capitalist patriarchy” (Haraway, 1991b: 197). Por ello, su propuesta es el desarrollo de una “ciencia sucesora”, feminista y crítica a partir de una autoreflexión que interroge,

“how to have simultaneously an account of radical historical contingency for all knowledge claims and knowing subjects, a critical practice for recognizing our own ‘semiotic technologies’ for making meanings, and a no-nonsense commitment to faithful accounts of a ‘real’ world, one that can be partially shared and friendly to earth-wide projects of finite freedom, adequate material abundance, modest meaning in suffering, and limited happiness” (Haraway 1991b:187).

Al señalar la contingencia histórica de todo conocimiento científico, Haraway (1995) cuestionó la validez de aquello presentado como “objetivo” pero que no explicita su punto de enunciación. Por ello, de acuerdo a la interpretación de Lafuente (2017: 66) propuso la generación de un conocimiento crítico hacia las formas en que, “nuestras posiciones, subjetividades y las complejas redes de opresión y privilegio de las que formamos parte, afectan, producen y constituyen los conocimientos a los que aportamos y de los que formamos parte” (Lafuente, 2017: 66).



### 2.1.1. Biopolítica y Demografía

Deleuze (1995)[1986] afirmará que las sociedades han pasado de ser “sociedades disciplinarias” a convertirse en “sociedades de control”.

Rabinow & Rose (2006) enfatizaron en los cambios en las racionalidades, estrategias y tecnologías del biopoder sucedidas a lo largo del siglo XX. Foucault (2007) caracterizó como “sociedades disciplinarias” a aquellas en las que la gestión de la inclusión y la exclusión está a cargo de instituciones disciplinarias diseminadas por todo el campo social, tales como asilos, fábricas, escuelas, hospitales, universidades, ejército, cada una de las cuales pretende implantar un modo de conducta en el cuerpo y su correlato (Rabinow & Rose, 2006; Deleuze, 1995). Deleuze (1995) sostuvo que a fines del siglo XX, el control ya no estaba confinado exclusivamente a estas instituciones, sino que permanecía en redes flexibles, fluidas y fluctuantes de la existencia misma.

“In sum, in Foucault’s account, biopower refers to the conjunction of strategies adopted by the state and a diverse range of institutions and agencies to constitute and govern the population, made possible by forms of specialized knowledge and self-governing participants” (Raman & Tutton, 2010: 715).

Hardt & Negri (2000) retomaron la premisa formulada por Deleuze (1995) [1986] y sugirieron que la biopolítica es una forma de poder que se expresa a través del control de las profundidades de las conciencias y de los cuerpos de la población. Desde una perspectiva neo-Marxista, sostuvieron que el biopoder debe entenderse como la extracción de un tipo de plusvalía -“surplus value”- procedente de la vida humana. Para ambos autores, toda la política contemporánea es biopolítica, una forma de poder que regula la vida social desde su interior (Hardt & Negri, 2000; Rabinow & Rose, 2006). Definieron biopoder como un término totalizador que sirve para asegurar el dominio de una forma global de dominación (Hardt & Negri, 2000) y se ejerce en nombre de corporaciones transnacionales que, desde la segunda mitad del siglo XX, “have chosen ‘to structure global territories bio-politically’ (Hardt & Negri, 2000: 31).

Giorgio Agamben (2005b), por su parte, afirmó que la introducción de la vida en la esfera de la política es el acontecimiento decisivo de la modernidad que

transforma las categorías políticas y filosóficas del pensamiento clásico. Afirmó la imposibilidad de distinguirlas entre el hombre como *simple viviente* -cuyo lugar de expresión era la casa- y el hombre como *sujeto político*. Agamben (1998; 2005b) sostuvo que todo el poder reside en la habilidad de unos de tomar la vida de otros: se trata de un poder sobre la vida basado en la posibilidad de imponer la muerte en donde el Holocausto se convierte en el último ejemplo de biopoder intrínseco al proyecto mismo de civilización que involucra a todas las formas de poder del mundo antiguo que subyacen en la actualidad (Agamben, 2005b).

Rabinow & Rose (2006) retomaron la propuesta analítica de Hardt & Negri (2000) y de Agamben (1998; 2005b) y coincidieron en que este tipo de biopoder - basado en estrategias de dominación, explotación y expropiación- lo ejercen los estados. No obstante, señalaron que esta forma de poder no necesariamente es el principio subyacente de todas las formas de biopoder en sociedades liberales contemporáneas (Rabinow & Rose (2006). El problema reside en que

“political evaluation of the forms of biopolitics is evaded, submerged under their simplistic Manichean opposition of a mysterious global Empire to an even more phantom ‘multitude’. This version of the concept of ‘biopower’ is quite antithetical to that proposed by Foucault: the concept is emptied of its critical force—it can describe everything but analyse nothing (Rabinow & Rose, 2006: 198-199).

Rabinow & Rose (2006) afirmarán que una de las características del biopoder - la relación entre “dejar morir” y “hacer vivir”- se basa en estrategias para el gobierno de la vida articulado en torno a aspectos como la raza, la reproducción y la medicina genómica (Rabinow & Rose, 2006). Ambos autores sostienen que hay una nueva forma de racionalidad biopolítica modificada en relación con la salud, en la que el conocimiento, el poder y la subjetividad están entrando en nuevas configuraciones, algunas visibles, otras potenciales (Rabinow & Rose, 2006; Rose, 2007b).

Catherine Mills (2017) retomó la afirmación de Agamben (2005b) según la cual, “life exposed to death (bare life or sacred life)” es el elemento político originario de la biopolítica contemporánea (Mills, 2017: 88). Mills (2017) retomó la noción de *bare life* situando el análisis en torno al feto y las políticas abortistas. En esta misma línea, Heather Latimer (2011), a propósito del film *Children of Men* (Cuarón, 2006),

argumentó que el feto representa un nuevo límite en la concepción de “bare life”. Al mismo tiempo, Karen Weingarten (2014) señaló que las caracterizaciones populares del aborto a inicios del XX tenían la capacidad de convertir a la mujer en “bare life”. En todo caso, Mills afirmó que:

“The notion of bare life appears to lend itself to an anti-abortion politics, since it may generate an account of the way in which the threat of violence in abortion [...] constitutes every embryo or fetus as bare life: life that can be killed without constituting homicide. The problem with this construal is that strictly speaking, bare life is life that is cast out of the political sphere -it is the citizen. [...] This is not the case with embryo or fetus. [...] It is a question of when a fetus acquires a biography” (Mills, 2017: 5).

La tecnología política de la vida participa de la regulación de las poblaciones y en ella, la demografía representa uno de los mayores objetivos de la biopolítica (Fassin, 2009). Para Fassin (2009) la biopolítica debe ser entendida como “politics of population understood as a community of living beings” (Fassin, 2009:46) que da lugar, “a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social entero [...]” y en el que el sexo es al mismo tiempo, “acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie” (Foucault, 2007: 176). A través de promover o restringir la procreación, de campañas moralizadoras de responsabilización, se “hace valer como índice de fuerza de una sociedad, revelando así tanto su energía política como su vigor biológico” (Foucault, 2007: 177).

En un análisis de los cambios políticos en América Latina -las transiciones a la democracia, al neoliberalismo y a la privatización de servicios públicos, así como a la asunción de la responsabilidad individual de la salud- las antropólogas Lynn Morgan & Elizabeth Roberts (2012; 2019) retomaron las tesis de Foucault (2007) y desarrollaron el concepto *gobernanza reproductiva*. Un concepto que refiere a mecanismos a través de los cuales,

“different historical configuration of actors -such as state, religious, and international financial institutios, NGOs, and social movements- use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical

incitements to produce, monitor, and control reproductive behaviors and population practices (Morgan & Roberts, 2012: 243).

A partir del término foucaultiano *regímenes de la verdad*, Morgan y Roberts (2012) señalaron los estándares privilegiados de moralidad utilizados para gobernar “intimate behaviours, ethical judgments, and their public manifestation” (Morgan & Roberts, 2021:242) incorporando la interpretación de Fassin (2007) de *politics of life* que refiere no sólo a cómo se gobiernan las poblaciones, sino también a la evaluación de los seres humanos y el significado de su existencia.

## **2.2. Nikolas Rose y “The politics of life itself”**

En *The Politics of life itself* (2001), Rose adelantará algunas de las premisas de base que desarrollará en *Biopower Today* (Rabinow & Rose, 2006) y en su libro (2007b). Rose (2001; 2007b) sostiene que vivimos una era en la que la vida, las ciencias de la vida, sus instituciones y prácticas se han “molecularizado” – *molecularized*-. Entendida como el impacto de la genética en todas las esferas sociales, la *molecularización* es tomada como referente para señalar los cambios en la configuración de la biopolítica y del biopoder. Estas nuevas formas de biopolítica tienen como precedente la conversión de la salud en el ámbito de mayor relevancia global tras la Segunda Guerra Mundial. Un período tras el cual,

“a whole ‘bioethical complex’, in which the power of medical agents to ‘let die’ at the end of life, the start of life or in reproduction, are simultaneously enhanced by medical technology and regulated by other authorities as never before” (Rabinow & Rose, 2006: 203).

Dado que las intervenciones biopolíticas no se centran solo en el Estado, sino que funcionan en conjunto con una variedad de agencias especializadas y a través de modos de subjetivación (Raman & Tutton, 2010), Rabinow & Rose (2006) proponen una revisión del biopoder a partir de tres elementos: 1) Los discursos de la verdad acerca del carácter vital de los seres humanos y de aquellas autoridades consideradas competentes para decir esa verdad. 2) Estrategias de intervención sobre la existencia colectiva en nombre de la vida y la salud, inicialmente dirigidas a poblaciones que pueden o no estar territorializadas en la nación, pero que pueden

definirse en términos de colectividades emergentes, especificadas a partir de categorías de raza, etnia, género o religión, así como en formas emergentes de ciudadanía biológica (Rose & Novas, 2004; Rose, 2007) o genética. 3) Modos de subjetivación a través de los cuales los individuos son conducidos a trabajar sobre sí mismos, bajo ciertas formas de autoridad en relación con los discursos de la verdad –*Ethopolitics* (Rose, 2001)-.

Con el declive del rol del Estado, aparecen grupos de pacientes, con autoconocimientos en salud, biología y genética que invierten esperanza, capital político, sus propias muestras de tejido y dinero en la búsqueda de tratamientos genéticos.

A diferencia del poder disciplinario que individualiza y normaliza, el biopoder colectiviza y socializa (Rose, 2001; Raman & Tutton, 2010). Esta observación deriva de la constatación del aumento de un nuevo tipo de paciente que define su ciudadanía en términos de derecho a la vida, a la salud y a la cura. Se constituye, por tanto, lo que Rose & Novas (2004) definieron como *ciudadanía biológica* (Petryna 2013).

En relación a la noción de *ethopolitics* (Rose, 2001), Raman & Tutton (2010) se preguntaron ¿quiénes tienen los recursos y las oportunidades suficientes para decidir en sobre su *vitalidad*? ¿Dónde figuran en este relato los migrantes y las poblaciones marginadas de la economía sumergida? ¿Realmente tienen la misma influencia que los demás en defender y organizar con éxito sus reivindicaciones sanitarias? En el contexto del comercio global, es válido cuestionar de qué manera la búsqueda de “vitalidad” de algunos, es interdependiente a la disminución de la vitalidad de otros (Raman & Tutton, 2010: 724).

La tesis expuesta por Rabinow & Rose (2006) se articula en torno al análisis de tres categorías analíticas sobre las que se condensan fuerzas biopolíticas actuales: raza, reproducción y medicina genómica. Aunque el concepto de raza fue deslegitimado a mediados del siglo XX (Balibar & Wallerstein, 1998; Campbell, 2007; Taguieff, 1999; Wade, 2007; 2009) Rabinow & Rose (2006) señalan que su uso continuó siendo un prisma para la gestión política de la salud y la vitalidad de

la nación a través de una mirada molecular, al punto que la tipología racial del XIX -blanco (caucásico), negro (negroide), amarillo (mongoloide), rojo (nativoamericano)-, “still provides a dominant mould through which this new genetic knowledge of human difference is taking shape and entering medical and lay conceptions of human variation” (Rabinow & Rose: 207).

Los “discursos de la verdad” –*“truth discourses”*- acerca del carácter vital de los seres humanos son asociados a la genética. No toman a la población como su objeto de conocimiento o como la base sobre la que realizan sus afirmaciones de “verdad sobre la vida” y la vitalidad humana. En realidad, dan cuenta de una visión molecular de la vida (Rose, 2001; Rose, 2007b; Rabinow & Rose, 2006) en la que “the molecule has therefore come to replace the population in contemporary biopower” (Raman & Tutton, 2010: 717).

A los proyectos estatales se sumaron las presiones adicionales para avanzar en esta dirección: pacientes con conocimiento genómico junto a empresas farmacéuticas y la industria biomédica que promovieron el desarrollo de estrategias genómicas para la investigación y comercialización de nuevos fármacos dirigidos a grupos específicos. La ciencia y el reconocimiento de la variabilidad del genoma humano abrió una nueva vía para conceptualizar las diferencias entre poblaciones a nivel molecular -en términos de geografía y ancestralidad- (Rabinow & Rose, 2006).

La segunda categoría analítica propuesta por Rabinow & Rose (2006) es el concepto *reproducción*. Si para Foucault (2007)[1976] la sexualidad era un elemento crucial que vinculaba una anamopolítica del cuerpo con una biopolítica de la población, la sexualidad se ha desvinculado -hasta cierto punto- de las prácticas de reproducción.

La reproducción en sí misma se ha convertido en objeto de formas de conocimiento, tecnologías y estrategias políticas que poco tienen que ver con la sexualidad (Rabinow & Rose, 2006). Hoy, afirma Catherine Mills (2017), la reproducción constituye el elemento clave de las operaciones biopolíticas y su centralidad en los debates feministas se debe, en parte, a que lo reproductivo ha

sido utilizado históricamente para explicar las diferencias entre hombres y mujeres, a la vez que para validar jerarquías sociales.

La manipulación de óvulos y espermatozoides y el diagnóstico preimplantacional son escenarios de controversia política y atenciones regulatorias en Occidente. No sólo ha permitido una mayor penetración tecnológica en los procesos de reproducción (Franklin, 2013), sino que la externalización de la reproducción ha favorecido la comercialización de la reproducción humana (Mills, 2017). En consecuencia, Catherine Mills (2017) afirma que lo reproductivo se desarrolla en las esferas de riesgo, incertidumbre y mercantilización neoliberal de los procesos vitales en biotecnología.

La retórica de la elección, junto con la ética de la autonomía, resuena en la base de modos liberales de subjetivación (Rabinow & Rose, 2006; Rose, 2007). Si en el pasado, los gobiernos invertían en estrategias biopolíticas para mejorar la población a través de prácticas higienistas -aquellas centradas en promover buena conducta moral y física en entornos urbanos para combatir infecciones-, o incluso en prácticas eugenésicas que disuadían a unos para reproducirse, a la vez que coercionaban a otros (Davis, 2005; Foucault, 2007; Mills, 2017; Roberts, 1997), las preocupaciones a fines del XIX e inicios del XX en torno a los derechos reproductivos, coincidían con una “biopolitización de la reproducción y la maternidad” en términos de una preocupación feminista por los índices demográficos, el futuro de la especie, la raza o la nación (Deutscher, 2010; Davis, 2005; Roberts, 1997).

En este sentido, Morgan & Roberts (2012), a partir del concepto *moral regimes of reproduction*, centran el análisis en la evaluación de acciones e ideologías relacionadas con la generación, perpetuación y continuidad humana. Las líneas específicas a partir de las que se ejerce el control de los regímenes morales variarán según el contexto, pero pueden incorporar comportamientos, identidades sexuales, formaciones familiares - como la adopción o el matrimonio-, la organización doméstica -incluida la división del trabajo y formas idealizadas de reproducción social -como la educación o la seguridad social-. A través de la *gobernanza reproductiva* -antes mencionada-, enfatizan en “how the subject making powers of moral regimes directed towards reproductive behaviours and

practices are fully entangled with political economic processes” (Morgan & Roberts, 2012: 244). Resaltan las intersecciones de políticas internacionales -relacionadas con la salud, la migración y la reproducción- con aquellas que ocurren a escala nacional, en el territorio en el que se ejecutan, experimentan y analizan. Su propuesta analítica, en síntesis, busca remarcar los modos en que procesos políticos y económicos más amplios -como la expansión del trabajo femenino remunerado y la incursión de la medicina privatizada- moldean las ideologías y racionalidad sexuales y reproductivas y crean nuevas posiciones de sujeto (Morgan & Roberts, 2012).

La propuesta conceptual de Morgan & Roberts (2012; Morgan, 2019) deriva del concepto *reproducción estratificada* desarrollado por Shelle Colen (1986) y revisitado por las antropólogas Faye Gingsburg y Rayna Rapp (1995). La reproducción pensada como terreno para imaginar nuevos y futuras transformaciones culturales; como arena de conflicto que involucra las aspiraciones de grupos sociales divididos por distancias generacionales, diferencias raciales y sociales (Gingsburg & Rapp, 1995; Morgan, 2019). El concepto *reproducción estratificada* es propuesto como herramienta analítica para describir las relaciones de poder a través de las cuales, determinados grupos de personas son “empowered to nurture and reproduce, while others are disempowered” (Gingsburg & Rapp, 1995: 3). Se remarca así que la interrelación entre factores económicos, políticos, sociales, culturales, tecnológicos y las decisiones reproductivas presentadas como íntimas y personales, cuando en realidad se enmarcan dentro de racionalidades políticas y estructuras económicas que regulan, disciplinan y organizan los cuerpos (Gingsburg & Rapp, 1995; Morgan, 2019; Morgan & Roberts, 2012; Whittaker & Spier, 2015).

Mills (2017) afirma que la premisa de “libertad individual” se ha convertido en “the pre-eminent moral value and guiding politico-legal in the management of reproduction [...] evident in contemporary bioethics discourse [...] wich often insists on the preeminent value of reproductive freedom, understood as a matter of non-interference” (Mills, 2017: 3). El principio de libertad reproductiva requiere que ni el Estado, ni otras instituciones, limiten el ejercicio de la elección individual (Illouz, 2012; Han, 2014; Mills, 2017). Beck & Beck-Gernsheim reafirman un “proceso de



individualización” consistente en que las instituciones de la modernidad están dirigidas hacia el individuo y no hacia el grupo (Beck & Beck-Gernsheim, 2002), trasladando la responsabilidad del manejo de la vida y la reproducción a los individuos (Rose, 2007; Álvarez, 2017).

Rose (2006) sostendrá que los estados “do not claim the right, the power or the obligation to make such judgments in the name of the quality of the population or the health of the gene pool” (Rose 2006b: 254). Hoy, cada ciudadano “is encouraged to take responsibility of their own health, to manage their own lifestyle in a way that will optimize their health” (Raman & Tutton, 2010: 718). Ya no se espera que el Estado resuelva las necesidades sanitarias de la salud (Rose, 2001). El énfasis está en la esperanza de individuos *-political economies of hope-*, científicos, sistemas de salud y asesores de políticas científicas de que surja un nuevo tipo de saber-hacer que generará nuevas curas junto con su biovalor concomitante (Novas & Rose, 2005).

Spier (2016), a partir del concepto *political economies of hope* (Rose & Novas, 2005), explica cómo “la esperanza” se convierte en la herramienta principal de: 1) brokers reproductivos que en sus websites centran sus esfuerzos en generar altas expectativas con respecto a las tecnologías reproductivas; y 2) agentes publicitarios de clínicas privadas que refuerzan -a partir de la oferta- la conexión biológica y la posibilidad de *elegir* aquello que se consideren las características más deseables del futuro descendiente (Speier, 2016; Nahman, 2013). Las etnografías de Speier (2016), así como la de Deomampo (2016) o la de Nahman (2013) muestran a parejas como consumidores que eligen entre un amplio abanico de opciones para concretar sus tratamientos reproductivos. Ello conducirá a Nahman (2013) a afirmar que la elección neoliberal es una falacia sobre la supuesta autonomía de las mujeres a la hora de concretar sus planes reproductivos, cuando en la práctica, *la elección* se basa en expectativas generadas en la publicidad.

La transformación de la infecundidad en una enfermedad tratable ejemplifica la reimaginación de las capacidades humanas como abiertas a la ingeniería y mejora por parte de la medicina:

“Biopolitically, reproductive choice in the form of embryo selection, far from being in the service of general racial improvement or even individualized ‘designer babies’, has been [...] limited to the identification of fetuses with major malformations or crippling and terminal genetic disorders (pp. 208). [...] The forms of biological knowledge that inform our ways of governing others and ourselves are no longer those of the survival of the fittest. Limiting population in the interests of national economic prosperity does not operate according to the biopolitical diagram of eugenics, and is not the same as purification of the race by elimination of degenerates” (Rabinow & Rose, 2006: 210).

La tercera categoría analítica propuesta por Rabinow & Rose (2006) es la de *medicina genómica -genomic medicine-*. Las variaciones en las racionalidades y tecnologías dirigidas a este polo colectivo son los factores clave que explican las variaciones en la esperanza de vida observables en el mundo entero. Sin embargo, Rabinow & Rose (2006) señalan que es difícil saber si la medicina genómica generará un nuevo régimen de biopoder. Es decir, si formará una nueva configuración de conocimiento, poder y subjetividad. Ello dependerá de factores como los resultados de la investigación genómica, así como de contingencias externas a la genómica y la biomedicina (Rabinow & Rose, 2006).

En todo caso, en la *politics of life* -economía política de la vida-, los flujos transnacionales de conocimiento, células, tejidos y propiedad intelectual se combinan con intensificaciones locales regulados por instituciones supranacionales. Las movilizaciones de personas, tejidos, órganos, patógenos y terapias operan a diferentes velocidades y encuentran obstáculos e incitaciones locales.

Raman & Tutton (2010) afirmarían que lo “bio” no se relaciona sólo con la biología como disciplina y la producción de conocimientos dentro de las ciencias de la vida -tal y como revelaban las publicaciones de Rose (2001) y de Rabinow & Rose (2006)-, sino que refieren a una cuestión más amplia:

“how the biological existence of different human beings is brought into the political domain through a variety of complementary and competing discourses. These might include the discourses of disease, of medical therapies, of public

health, of the environment and pollution, of migration and border controls, or of the choices at the beginning and end of life” (Raman & Tutton, 2010: 729).

### 2.3. Bioeconomías: el origen de un concepto estructurante.

Pavone (2012) definió el concepto *bioeconomía* como procesos económicos que se dan en torno a la manipulación, explotación y apropiación tecnológica de material viviente que abarca desde semillas, órganos del cuerpo humano y células y, por tanto, a los gametos femeninos y masculinos<sup>3</sup>.

Taussig et. al. (2013) señalaron que *bioeconomía* es considerado un concepto ambiguo debido a su origen conceptual, así como a sus implicaciones políticas y económicas (Aaren, 2017; Alvarez, 2018; Birch & Tyfield, 2013; Cooper, 2008; Goven & Pavonne, 2015; Lafuente, 2017; Pavone, 2017; 2012b; Tober & Pavone 2018; Tupasela, 2017; Waldby & Cooper, 2010; Waldby, 2011). Tupasela (2017) explica que la OCDE es uno de los mayores promotores de la aplicación de políticas enmarcadas dentro del concepto bioeconomía al promover la idea de que la producción del conocimiento es la base del desarrollo comercial (Jessop 2008; Lafuente, 2017; Mahon and McBride 2009; Osborne, 2010). Esta afirmación deriva de que, para la OCDE, la bioeconomía reflejaría “that part of the economic activities which captures the latent value in biological processes and renewable bio-resources to produce improved health and sustainable” (Godin 2004, 2006; Jessop 2008; Mahon and McBride 2009; OCDE, 2006; Osborne, 2010; Tupasela, 2017: 19). Como resultado, la Unión Europea ha convertido sus premisas en políticas que describen las expectativas económicas, sociales y ambientales ligadas al sector biotecnológico (Tupasala, 2017).

---

<sup>3</sup>Antes que en Europa, el término *bioeconomía* apareció en Estados Unidos a inicios del siglo XXI entre los *policy making*. Las ideas básicas del concepto se remontan a la década de los años 70s, cuando la economía estadounidense atravesaba serias dificultades debido a la crisis del petróleo y a la pérdida de competitividad ante Japón, Europa y los denominados países emergentes. Ello originó el debate sobre el futuro de la economía mundial y sobre cuál debía ser la estrategia más eficiente para recuperar el crecimiento y la competitividad (Pavone, 2012; Cooper, 2008).

La *bioeconomía* como concepto y como sistema político discursivo, emerge de los interrogantes sobre ¿qué garantizará el alimento del futuro? (Pavone, 2012). El término fue acuñado por Jira Zemin en los sesenta y desarrollado por Nicholas Georgescu-Roegen en los 70' (Lafuente, 2017) quien alertó que “la tecnología viable a futuro será aquella que involucre un cambio cualitativo que permita el mantenimiento de la vida en el planeta” (Barbosa-Pérez, Gómez-Rodríguez & Leuro-Gallego, 2017: 114). Esa tecnología no sería otra que aquella capaz de “generar un excedente energético” superior a su utilización. En los 90's, se propuso que “los economistas deben preocuparse por el estudio de la biología y su interacción con la ciencia económica para hacer frente al problema del desgaste de los recursos naturales” (Barbosa-Pérez et. al., 2017: 114).

Bioeconomía emerge vinculada a la idea de desarrollo sostenible y la crítica hacia la explotación intensiva que no toman en cuenta que los procesos económicos tienen raíces físicas, biológicas y socio-culturales (Bonaiuti, 2014; Lafuente, 2017; Goven & Pavone, 2015; Pavone, 2012). A las preocupaciones a largo plazo por los recursos naturales, se unen las innovaciones en biología y genética que trajeron consigo el despliegue de nuevas técnicas aplicadas al ámbito agrícola: el desarrollo de las semillas transgénicas.

Aaren (2017) afirma que el concepto de bioeconomía implica mucho más que la explotación comercial de materiales biocientíficos y activos de conocimiento. El potencial económico de las ciencias de la vida no depende sólo de procesos biológicos (Taussig et. al. (2013), sino que requiere de políticas y regulaciones que faciliten la conversión de las ciencias de la vida en áreas de interés económico (Cooper, 2008; Aarden, 2017; Sunder Rajan, 2006; Aarden, 2017; Goven and Pavone 2015; Petersen and Krisjansen 2015)

Böcher et. al. (2020) señala que la limitación del concepto es que no cuestionaba las relaciones de poder económico subyacente. Por ello, Pavone (2017) afirma que las preocupaciones por el medioambiente y las críticas al modelo extraccionista, se convirtieron en una estrategia para aumentar el mercado, recuperar la competitividad y convertirse en un aspecto central de la agenda neoliberal. Sin embargo, la clave para entender cómo la biotecnología se convierte en una forma de bioeconomía está en el informe *Life Sciences and Biotechnology:a*

*strategy for Europe* (Pavone, 2012). Publicado por la Comisión Europea (2002), la búsqueda de competitividad y crecimiento económico adquieren mayor relevancia, por lo que Europa se encontraba ante una disyuntiva:

“O bien abrazar la bioeconomía y adoptar todas las medidas necesarias [...] para recuperar el liderazgo en innovación tecnológica y crecimiento económico o [...] aceptar un papel pasivo y soportar las consecuencias de ver estas tecnologías desarrolladas en otros países” (EU Commission, 2002:7).

A partir de este informe, la biomedicina se incorporó al ámbito de la bioeconomía y dado el coste de este tipo de innovaciones, hará falta movilizar recursos económicos e inversiones por parte del mundo científico, círculos empresariales y de la sociedad civil (Pavone, 2012). Para ello, serán necesarias nuevas políticas públicas que promuevan un acercamiento entre las empresas y los centros de investigación, la comercialización de los descubrimientos de la ingeniería genética y los procesos de manipulación de materia viviente (Pavone, 2012).

La biotecnología acabará por formar parte de políticas neoliberales que conseguirán no sólo impulsar la competitividad y el crecimiento, sino también identificar y premiar la buena ciencia, y penalizar el conocimiento inútil (Mirowski, 2011; Goven & Pavone, 2015; Sánchez Llorca, 2015). “Lo que se buscaba no era tanto la comercialización de la ciencia per se, sino más bien su incorporación al mercado como etapa fundamental para una sociedad más eficiente” (Pavone, 2012: 153). En esta fase, la *bioeconomía* se inserta en el neoliberalismo (Pavone, 2012) y se expande la economía basada en el conocimiento<sup>4</sup> (Lafuente, 2017) que ya no es sólo un proceso para extraer beneficios de recursos biológicos ni una forma alternativa de economía sostenible.

---

<sup>4</sup> Me refiero aquí a la denominada fase de *Roll Out*. Una etapa surgida tras el poco éxito de las políticas neoliberales aplicadas en los 80, como respuesta a la pregunta: cuál debería ser el modelo que reemplace al fordismo de los años 60. En la fase *Roll Out*, el Estado retoma la iniciativa. Pero esta vez, se centra en impulsar un modelo basado en la total incorporación de la ciencia y de la innovación en el mercado. Para ello, el Estado se ocupa de introducir las medidas públicas que fueren necesarias para que el nuevo modelo económico basado en la innovación y la comercialización de avances científicos, pudiese despegar. Surgía así la **economía del conocimiento** y el **estado de competición** (Pavone, 2012))

Parry (2007) señaló que la bioeconomía promueve la aproximación neoliberal en el uso de material biológico, así como de su información. A partir de *The Great Transformation* de Karl Polanyi (1944), Goven y Pavone (2015) sostuvieron que la bioeconomía debe entenderse como un proyecto político que facilitó la entrada de lógicas neoliberales en las ciencias de la vida, pero también en la conformación de subjetividades (Sánchez Llorca, 2015).

“The Bioeconomy [...] should be understood as a response to some of the most acute challenge facing the current neoliberal-capitalist accumulation regime. [...] Rather than thinking the bioeconomy as a description of some subset of economy activity, we regard it as a promissory construct that is meant to induce and facilitate some actions while deterring others; [...] to bring about a particular set of *political-institutional* changes that will shape the parameters of possible future action” (Goven & Pavone, 2015: 307).

Junto a las economías del conocimiento, la globalización y deslocalización, la medicalización y el nuevo rol del Estado, la bioeconomía se convierte en “una nueva forma de capitalismo que articula la investigación científica de lo “bio” con los mercados y los estados, expandiendo los espacios del capital privado y restringiendo los derechos de la ciudadanía a través del fomento de la innovación tecnológica y la generación de valor sobre aquello biológico que tiene que ver con lo humano” (Alvarez, 2018: 391).

#### **2.4. Del *Ontological Choreography* hacia la conformación de las Bioeconomías Reproductivas.**

La particularidad de las tecnologías reproductivas de fines del XX fue la variedad de procedimientos que permitieron -y requirieron- la presencia rutinaria de óvulos, embriones y espermatozoides tanto dentro como fuera de la clínica. Los gametos masculinos en particular, resultan fáciles de obtener y, además, fueron los primeros en utilizarse en la reproducción asistida. Sin embargo, la extracción, conservación y manipulación de óvulos humanos para la fertilización, conservación y manipulación de embriones, requiere de una mayor inversión de recursos (Thompson, 2005).

Thompson (2005) introdujo el concepto *ontological choreography* para referirse a la coordinación dinámica de aspectos técnicos, científicos, legales, relativos al género, al parentesco, las emociones, con aspectos políticos y económicos de las clínicas reproductivas. La coordinación de estos aspectos fue definida por Thompson (2005) como personal y política: todos estos elementos deben sistematizarse a fin de cumplir el objetivo, es decir, producir padres e hijos y todo aquello que sea necesario para su reconocimiento social.

“Reproductive technologies may aim to produce miracle babies, and yet they are irreducibly mundane. When they work, they make babies and parents. These kinds of apparent contradictions are a signature aspect of assisted reproductive technologies” (Thompson, 2005: 4)

Para *producir bebés* hará falta coordinar, en primer lugar, “the grafting of parts and the calibrating of time” (Thompson, 2005: 9) porque uno de sus elementos más importantes es el relativo a las propiedades y procesos que forman una cosa en las propiedades y procesos de otra:

“when body parts and instruments are mixed up to make a woman pregnant, the properties and processes of the instruments are annexed to the body parts in a way that makes a pregnancy become possible” (Thompson, 2005: 9)

En segundo lugar, existen diferentes cosas, así como tamaños, escalas, materialidades y propiedades en diferentes escalas de tiempo. En sociedades industriales modernas, se suele pensar que estas han fusionado el tiempo y “the heavenly bodies and imaginary shared spatiality to which they have reference” (Thompson, 2005: 10). Las *coreografías ontológicas* relativas al tiempo y su coordinación, se observan en los dispositivos para calibrar y coordinar los ciclos menstruales, los ciclos de los tratamientos.

“There is biological age—the so-called biological clock—which is linear, unidirectional, and nonrepetitive. There is the time of first-person selfhood, which runs backward to cohere the psycho- and physicobiographic precursors to the crisis of infertility, makes the space of the present, and runs forward to narrate the life course. And there are the different temporal histories that different groups of patients bring to the meaning of treatment” (Thompson, 2005: 11).

De tal manera que Thompson (2005) afirmará que las tecnologías de la reproducción representan la tendencia creciente de las personas a convertir problemas sociales en cuestiones biomédicas: la llamada *biomedicalización de la sociedad* (Thompson, 2005). Sostiene que, en algunos estados, la infertilidad es clasificada como una enfermedad del cuerpo, por lo que las tecnologías reproductivas exigen tanto innovación social como tecnológica para dar sentido a las relaciones biológicas y sociales que las TRA's forjan, a la vez que niegan.

Nikolas Rose (2007), al analizar los modos en que la biopolítica se expresa en sociedades contemporáneas, exploró la relación entre desarrollo biomédico y las exigencias de capitalización. Definió como *capitalización de la vida* la interrelación entre desarrollo biomédico, biotecnológico y sus mercados de financiación, investigación, producción y comercialización que redefinen la verdad científica. En un contexto caracterizado por la centralidad de la biotecnología y por una visión de la biología como campo de intervención, “[t]he laboratory has become a kind of factory for the creation of new forms of molecular life. And in doing so, it is fabricating a new way of understanding life itself”(Rose 2007a:13).

Lima & Álvarez Plaza (2019: 30) sostienen que “la intervención tecnológica de las ciencias de la vida sobre lo viviente” ha borrado “los límites entre “lo vivo” y “lo muerto”, entre lo humano, lo animal, lo orgánico e inorgánico (Webster, 2012); y el contexto en el que se gestó, es aquel del auge de los mercados y de políticas “que tienden a normalizar la “rareza de vivir” (Lima & Álvarez-Plaza, 2019: 30).

El desarrollo de la biotecnología ha generado una amalgama de políticas, regulaciones, infraestructuras y tecnologías que promueven la creación de biobancos y de bases de datos a partir de material y células humanas (Aarden, 2017; Waldby, 2011; Kinkorova, 2016). Debido a que los elementos centrales de la reproducción -gametos y embriones- “became separable from any particular body, mobilized around circuits of laboratories, clinics, and other bodies” (Rose, 2007: 14). En efecto, Tupasela (2017) explica que los países nórdicos se han involucrado en un intento a largo plazo de movilizar y utilizar las poblaciones, sus muestras biológicas e información sanitaria, para la investigación médica que implica la organización de bases de datos a gran escala (Bauer, 2014; Nordforsk, 2014; Frank, 2000; Tupasela, 2017; Waldby 2011). En ellos, los tejidos, células,



fragmentos de ADN, se vuelven visibles, comodificados, transportados entre laboratorios, “their properties transformed, their ties to a particular individual organism, type, or species suppressed or removed” (Rose 2007a: 15).

El excedente de gametos favorece la consolidación de las *tissue economies* (Waldby 2006; Waldby and Cooper 2008; Waldby, 2011) organizada en torno a la extracción, circulación, intercambio y distribución, almacenamiento y “recalibration of biological material” (Waldby, 2011) procedente de seres humanos, de gametos “sobrantes” no utilizados en ciclos reproductivos y, por tanto, congelados (Almeling 2007, 2009; Shanley 2002; Pavone, 2017; Rose, 2007). Las *tissue economies*, la creación y la apropiación del valor biológico plantea el interrogante sobre cómo estas economías derivan en *bioeconomías reproductivas* (Waldby, 2014; Pavone 2017).

La reproducción asistida se ha convertido en el centro de las plataformas tecnológicas de economías de tejidos –*tissue economies*– (Waldby, 2002; Waldby, 2014; Waldby & Mitchell, 2006). En ella se intercalan pruebas genéticas de diagnóstico pre-implantacional, la investigación con células madre y la fertilización in vitro (O’Riordan & Haran, 2009), además de la creación de biobancos nacionales (Waldby & Mitchell, 2006; Waldby, 2011; Aarden, 2017) cuya finalidad es hacer el conocimiento científico más productivo (Tupasela, 2017). Al respecto, Hoeyer (2016) sugirió que vivimos la emergencia de una época en la que se intensifica el proceso de obtención de datos procedentes de seres humanos de la mayor calidad posible y de la mayor cantidad de personas disponibles (Hoeyer, 2016; Tupasela, 2017). Ese material biológico y reproductivo procedente de terceros se engloba dentro de la *bioeconomía reproductiva*, definida por Lafuente (2017) como economías vivas y de lo vivo, para enfatizar en la manera en que estas tienen de reproducir personas, subjetividades y relaciones de poder. Dentro de esta forma de bioeconomía, la donación de óvulos ocupa un papel central y el concepto es utilizado por Lafuente (2017; 2019) para analizar y mostrar las relaciones que tienen lugar en las clínicas durante la producción y reproducción de bebés (Lafuente & Pérez-Orozco, 2020).

A partir del concepto *tissue economies*, Waldby (2002) desarrolló el de *bio-valor* que refiere al valor productivo que adquieren los tejidos del cuerpo. Rajan (2006)

desarrolló el concepto de *biocapital* para describir aquello que Cooper (2008) definió como modo de producción post-fordista (*a post-fordist mode of production*). Ambos conceptos, *biocapital* (Rajan, 2006), *biovalor* (Waldby & Mitchell, 2006), al que añadimos el de *surplus value* (Cooper, 2008), permiten pensar los modos en que biotecnología y economía se han entrelazado (Tupasela, 2017).

Thompson (2005) comparó y contrastó el modelo biomédico de reproducción con aquellos que se hayan sobre la base del modo de producción capitalista. Analizó cómo en torno a la *reproducción biológica*, se entrelazan significados personales, políticos y tecnológicos de la reproducción. Expuso cinco áreas de transformación que explican la aparición de la bioeconomía de la reproducción. En primer lugar, sostuvo que allí donde una vez el trabajo produjo cosas generadoras de ganancias y los trabajadores eran alienados de estas, ahora son los cuerpos los que reproducen cosas que generan ganancias, además de ser alienados de los beneficios de su reproducción (Thompson, 2005). En segundo lugar, mientras que el objetivo central de la economía capitalista es la acumulación del capital, en la “biomedical mode of reproduction”, el objetivo es el “capital promissory” (Thompson, 2005: 249).

“For biomedicine, capital has a constitutively promissory core, depending on such things as the reproduction of life, and the development of future cures, rather than capital being accumulated, as is more typical in capitalist enterprises” (Thompson, 2005: 11).

Desde un enfoque similar, Blázquez (2005) hablaba de *taylorización del parto* para mostrar cómo en el ámbito hospitalario prima el interés en el producto final más que en el proceso, se produce una división del trabajo en tareas, se formaliza el control del tiempo y la mujer se despersonaliza (Crespo, 2015). González de Chávez (1994) subrayaron la productividad como eje principal en torno al cual se articulan las tareas sanitarias en detrimento de factores emocionales.

Catherine Waldby y Melinda Cooper han analizado el trabajo en el ámbito clínico referente a donaciones de material biológico (Cooper & Waldby, 2014; Waldby & Cooper, 2008). Para ello, retoman las tesis formuladas por Thompson (2005) y mantienen el concepto *biomedical mode of reproduction* para afirmar que, en la

reproducción asistida subyace una lógica industrial de producción de células humanas en la que se aliena al sujeto proveedor. Sostienen que, aunque el énfasis se centra en los beneficios que conlleva su investigación para la producción de órganos humanos, las ambigüedades presentes en el desarrollo de la tecnología reproductiva derivan en un control y manipulación del cuerpo femenino, expropiando a las mujeres de su agente reproductor y de la carga simbólica implícita (Waldby & Cooper, 2010). Sarah Franklin (2006; 2013) y Waldby & Cooper (2020) coincidirán en que esta característica es la que distingue el mercado global de la bioeconomía reproductiva de otros tipos emergentes de bioeconomías y desde la década de 1970, parte de los logros de investigación biomédica, son una “disaggregation and a redistribution of reproductive processes generally—genetic processes, cellular replication and tissue cultures, embryogenesis, etc.” (Waldby, 2011: 2). Esa desagregación y redistribución conlleva efectos para el cuerpo de las mujeres, por lo cual, “it raises a series of complicated questions about how to understand the biopolitics of the relationship between, particularly, young women when we're talking about stem-cell research and reproductive labor, and biomedical research and biomedical industries, more generally” (Waldby, 2011: 3).

Desde esta perspectiva, se trata de un tipo de economía mediada por cuestiones de género: dada la peculiar interacción entre el trabajo reproductivo – *reproductive work*– y la capacidad regenerativa –*regenerative labor*– (Waldby and Cooper 2008), las mujeres soportan la mayor parte de la carga social y económica, enfrentan riesgos sanitarios, sociales y económicos, pero rara vez son las principales receptoras de los beneficios económicos producidos (Pavone, 2017; Waldby and Mitchell 2006; Waldby and Cooper 2014).

Lo *industrial* también está presente en el análisis de Thompson (2005) cuando afirma que la biología molecular convierte la vida en cosas más o menos estándares que funcionan. Es decir, la biología molecular hace que la reproducción sea productiva “in an industrial sense” (Thompson, 2005: 253). En las clínicas reproductivas “over the last twenty years, there has been considerable standardization as well as innovation and constant pressure to perfect technique and improve results” (Thompson, 2005: 253).

Ambos factores –la producción industrial de células humanas, el papel que cumplen las mujeres al interior de la medicina reproductiva y la labor regenerativa de sus cuerpos–, es lo que permite situar a la reproducción asistida dentro de las *bioeconomías reproductivas* y conforman su núcleo de valor (Pavone, 2017; Waldby & Cooper, 2008; 2010). De manera más específica, Waldby & Cooper (2014) sostienen que el valor mercantil de las *bioeconomías reproductivas* se genera a través de desplazar el riesgo hacia individuos poco organizados y protegidos y de su incorporación al mercado de prácticas reproductivas que décadas atrás se limitaban a dominios no remunerados relacionados con el parentesco (Waldby & Cooper, 2014). Esto es lo que Waldby & Cooper definen como *clinical labor* (2014).

Otro factor que explicaría la transformación hacia una bioeconomía de la reproducción consiste en que, si la producción capitalista se maximiza mejorando los índices de eficiencia y productividad, la reproducción biomédica amplifica sus ganancias por el éxito de un procedimiento y su reproductividad -que no tanto por ser eficiente- (Thompson, 2005). Si en el modo de producción capitalista, un embrión puede ser una vida sagrada a la vez que un subproducto desechable de la producción, en el *biomedical mode of reproduction*, el embrión es el centro de todos los cuidados y procedimientos extremos iniciados desde la donación hasta su implantación, descarte o uso para la investigación (Thompson, 2005). Ello que conducirá a Thompson a afirmar que “far from being a reckless or brave new world, this mode of reproduction demands a new world of extreme care” (Thompson, 2005: 12).

Desde esta perspectiva, el embrión humano sería la clave para entender la introducción de lo reproductivo dentro de lógicas internas de la economía. Ello es debido a que el embrión humano “has its own characteristic systems of exchange and value, notions of the life course, epistemic norms, hegemonic political forms, security, and hierarchies and definitions of commodities and personhood” (Thompson, 2005: 248). El proceso de manipulación y conservación de embriones es analizado por Thompson (2005) como el reflejo de una tensión entre lo sagrado y lo profano. Al interior de las TRAs, los embriones son tratados como ‘proto-

personas' o incluso como 'personas plenas' por algunos y en determinados momentos, cuando son conservados por ciertos equipos.

“This is in line with the logic that increasingly makes fetuses subjects of legal and affective personhood as the gravid uterus has been rendered successively more transparent [...] The expectation that an embryo produced in a clinic might lead to a pregnancy and become a baby is crucial in ART clinics, whether or not attributions of embryonic personhood are involved. For both patients and practitioners, clinical practice is based around maximizing the chances of establishing a pregnancy” (Thompson, 2005: 250).

El estatus oscilante entre lo sagrado y lo profano de los embriones humanos, es la característica definitiva del *biomedical mode of reproduction* por cuanto involucra producción y reproducción como partes integrales de la economía (Thompson, 2005).

## **CAPÍTULO III: DEMOGRAFÍA, ECONOMÍA Y TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS:**

### **¿Hacia prácticas neoliberales del desarrollo y aplicación de tratamientos reproductivos?**

“La vida puede ser moldeada bajo cualquier forma concebible. Dime los detalles que desees para un perro o para un hombre...y si me cedés el control del medio en que se mueven y tiempo suficiente, vestiré tus sueños con carne y hueso... Un sistema industrial razonable tratará de situar a los hombres, a los árboles, a la piedra y al acero, en el sitio más adecuado para sus naturalezas y los pulirá con el mismo cuidado que otorga a los relojes, a los dínamos eléctricos y a las locomotoras con el fin de que lleven a cabo un servicio eficiente”

*(Donna Haraway 1995:71)*

### **3.1. Introducción.**

“When the number on your fertility speedometer reads 35, or maybe the needle’s pushing 40, 41, 42... the scream in your head can be so damn loud that you might not hear their whisper of understanding anyway” (Jody Day, 2011: s.p).

Cada año miles de usuarios-as en redes sociales se hacen eco de las preocupaciones de muchas mujeres en torno a las dificultades para conciliar proyectos familiares –y con ello la posibilidad de procrear– con la vida profesional y laboral. Se trata de una situación que ha llevado a muchas mujeres a postergar –incluso suprimir– el proyecto de maternidad. Un ejemplo paradigmático de ello, es el *Club de las NoMo*: mujeres de diferentes partes del mundo que expresan su decisión de no ser madres y sus preocupaciones ligadas a la ausencia de maternidad, a través de la Asociación *Gateway Women* (Day, 2019; Luengo, 2017). En una plataforma virtual creada por Jody Day en 2011, bajo la premisa “nosotras

no queremos ser madres, pero estamos aquí. Nosotras importamos, nosotras contamos y nosotras revolucionamos” (Luengo, 2017: s.p) remarcaron la necesidad de replantear la forma en que se conciben los roles asignados a las mujeres y enfatizaron la conveniencia de quitar el estigma o la censura social sobre aquellas que no son madres, ya sea por elección, por complicaciones fisiológicas o por factores económicos.

“¿Cómo es posible que miles de millones de mujeres en el mundo [...] quieran tener hijos?”, cuestiona Beatriz Gimeno, filósofa y activista social que, en eventos públicos, ha expresado la necesidad de “construir un discurso que ponga en duda la maternidad” (Mucientes, 2017: s.p).

Al interior del Club de las NoMo, comparten la premisa de que preguntar y/o cuestionar a las mujeres por sus proyectos reproductivos es incómodo porque constituye una intromisión en sus vidas privadas –que puede resultar dolorosa para aquellas que por distintos motivos no pueden concebir–. Desde la perspectiva del Club de las NoMo, el problema subyacente a los cuestionamientos sociales en torno a proyectos reproductivos reside en que estos parecen negar las capacidades de las mujeres para decidir qué hacer con sus respectivos cuerpos: “¿Cómo se atreve [...] a decirme lo que debo no hacer con respecto a la maternidad y a mi propio cuerpo?”, cuestionaba la actriz Margott Robbie (28 años) tras escuchar en múltiples ocasiones la pregunta “¿cuándo vais a tener un bebé?” (Castells, 2019: 2).

La ausencia y la postergación de la maternidad en muchas mujeres, es hoy un eje central en la agenda política de la España contemporánea. Desde enfoques distintos, las principales agrupaciones políticas españolas<sup>5</sup>, en los debates

---

<sup>5</sup>Si bien hay más agrupaciones políticas que incluyen en su agenda el debate en materia de género, igualdad y feminismo, aquí me refiero sólo a los partidos con mayor visibilidad mediática y política del país –y que han mostrado una postura clara sobre el tema en los debates– poco antes de las elecciones del 10 de noviembre: el PSOE, PP, Podemos y Ciudadanos. Podemos y PSOE coincidieron en la necesidad de equiparar los permisos de paternidad y maternidad para garantizar una creciente conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Podemos añadió a su propuesta, la instauración de permisos por nacimiento y cuidado igualitarios e intransferibles de 16 semanas para ambos miembros de la pareja. Por su parte, el PP señaló que pretendía “reducir la brecha por maternidad [...] aprobando incentivos fiscales para las empresas que contraten mujeres después de la maternidad” (López, 2019: 1). Por su parte, Ciudadanos habló de flexibilizar la jornada de trabajo por cuidado de hijos y familiares, así como bonificaciones de la Seguridad Social a las mujeres que se incorporen al trabajo tras la maternidad (López, 2019).

efectuados a propósito de las elecciones generales de noviembre de 2019, anunciaron que centrarían parte de sus esfuerzos en crear una legislación que facilite la conciliación laboral, personal y familiar para que “nadie se vea forzado a elegir entre una opción u otra” (Lería, 2019: s.p).

En este capítulo, reviso el tejido social y político, es decir las políticas (Ginsburg & Rapp, 1991) y la gobernanza reproductiva (Morgan & Roberts, 2012; Morgan, 2019) que enmarcan -condicionan- las decisiones reproductivas en que surgen, se desarrolla y amplía el uso de técnicas de reproducción asistida –TRAS en adelante– en la España contemporánea.

En primer lugar, presento una breve introducción al contexto reproductivo español. A través de la descripción de tendencias demográficas españolas y su comparación con Europa, hago una lectura crítica de los datos estadísticos proporcionados por la Sociedad Española de Fecundación, Eurostat y la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología –en adelante, ESHRE por sus siglas en inglés– cuyos datos son difundidos usualmente por la prensa nacional. El modo en que son presentados permite la reflexión sobre la manera en que estos se inscriben dentro de prácticas discursivas que refuerzan la visión de la reproducción como resultado de decisiones individuales que, como señalaron Ginsburg y Rapp (1991) ocurren sólo en los cuerpos de las mujeres. Por ello, retomo la discusión conceptual elaborada por Almelling (2015) y su redefinición de la reproducción como un proceso biológico y social multidimensional en el que se entremezclan distintos niveles analíticos que van desde factores individuales –identidad, experiencia y construcciones sociales en torno al cuerpo– hasta lo institucional –el poder del estado, la medicina, normas culturales y desigualdades sociales– (Almelling, 2015).

En consecuencia, sitúo el contexto reproductivo de la España actual en el marco de infecundidad “estructural”, acuñado para España y ampliamente analizado por Marre (2009; 2012 en Briggs *et al.*, 2012) y retomado por Comas d’Argemir *et al.* (2016) y Alvarez (2017). Un fenómeno resultado de hechos sociales particulares como el desigual acceso al mercado laboral (Alvarez, 2017; Gálvez, Rodríguez-Modroño & López 2020, Horwitz & Myant, 2015; Marre, 2009), la ausencia de la maternidad en la agenda y el debate feminista (Marre, 2012 en



Briggs *et al.* 2012; Marre, 2012; Valiente, 2003), la ausencia de políticas públicas de apoyo a la maternidad (Álvarez, 2017; Bernardi 2005; Comas d'Argemir, Marre & San Román 2016; Salido & Moreno, 2007), la desigual participación masculina en las tareas domésticas y en la gestión del cuidado (Abril *et. al.* 2015; Álvarez, 2017; Comas D'Argemir, 2015; 2016; Martínez *et. al.* 2011) y la maternidad como elección o estilo de vida (Álvarez, 2018; Beck.Gernsheim, 2011; Marre, 2012; Valiente, 2003).

En segundo lugar, presento brevemente el contexto de las TRAs en España, su auge, expansión e importancia actual. Para ello, presento datos estadísticos generales y los sitúo en relación con el análisis del turismo reproductivo vs *cross-border reproductive care* (Désy & Marre, 2021; Culley *et. al.* 2011; Inhorn & Patrizio, 2018; Nahman, 2016; Neri *et. al.* 2016; Shenfield *et. al.* 2010; Speier, 2016).

### **3.2. El contexto demográfico en Europa y España como ejemplo paradigmático.**

“El mundo es cada vez mayor y nosotros somos cada vez más pequeños”

Jean-Claude Juncker (Sánchez, 2019: s.p)

Con esta frase, Jean-Claude Juncker –presidente de la Comisión Europa– se lamentaba por las proyecciones demográficas presentadas por Eurostat (Sánchez, 2019). Según Eurostat, para el año 2050 la Unión Europea –sin el Reino Unido entre sus miembros– representará el 5% de la población total (Sánchez, 2019). Meses después, el diario *El Mundo* (Heredia, 2020) resumía un estudio publicado en *The Lancet* (Vollset *et. al.* 2020) por el Instituto de Métricas y Evaluaciones de Salud (IHME) de la Universidad de Washington que, en síntesis, anunciaba que, a fines de siglo, la población mundial se reduciría en más del 50% (ESHRE, 2020; Vollset *et al.*, 2020; Mestres Domènech, 2019). Desde Naciones Unidas proyectan un descenso continuo y global en las tasas de fecundidad a lo largo del siglo XXI, y preveen que llegará a situarse en 1.9 hijos por mujer hacia el año 2100 (UN Population Division, 2020) Aunque el descenso en las tasas de fertilidad es un fenómeno globalizado, los países con el mayor índice de contracción demográfica

serán Japón -cuya población de 128 millones de habitantes hasta el 2017, se reduciría a 60 millones en el 2100-, Tailandia -de 71 a 35 millones de habitantes, España -de 46 a 23 millones-, Italia -de 61 a 31-, Portugal -de 11 a 5 millones- y Corea del Sur -de 53 a 27 millones- (Vollset, y otros, 2020).

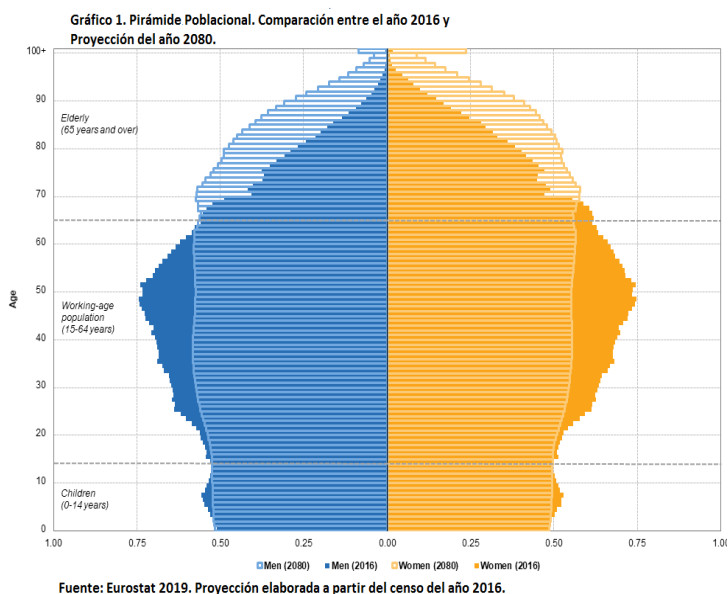
Este descenso poblacional tendría repercusión económica. España e Italia pasarían de ser la décimotercera y la novena potencia –respectivamente–, a la vigésimoctava y vigésimoquinta posición en la lista de potencias económicas globales (Heredia, 2020; Vollset et al., 2020). Uno de los factores que señalan las proyecciones demográficas es la permanencia de bajas tasas de nacimientos y el continuo descenso de la tasa de fecundidad que hasta el 2017 se situaba en Europa en 1,59 hijos por mujer en edad fértil (Eurostat, 2019; Sánchez, 2019). El siguiente gráfico de Eurostat (Eurostat, 2019) elaborado con datos correspondientes al 2017, presenta a través de dos pirámides superpuestas, los cambios poblacionales de Europa, divididos por edad y sexo, experimentados en 2016 y su proyección para 2080.

Las pirámides del Gráfico 1 muestran: 1) un aumento del índice de envejecimiento. Según el informe de Eurostat, la población con más de 80 años duplicará la cifra de 2016 en 2080 pasando de 27,3 millones de personas a 66,1 (Eurostat, 2019). Este incremento sería consecuencia de bajas tasas de mortalidad, sumadas a las bajas tasas de natalidad. 2) El número de nacimientos se mantendría bajo -1,59 hijos por mujer–, con lo cual, no habría crecimiento demográfico exponencial (Eurostat, 2019). 3) Como resultado de ambos factores, la población en edad de trabajar se reduciría y, en consecuencia, “aumentará más la carga de las personas en edad de trabajar para mantener la población dependiente” (Eurostat, 2019: XXX). Finalmente, se prevé el aumento de mujeres centenarias – con respecto a la población masculina–.

Dentro del panorama de envejecimiento poblacional generalizado en el continente europeo, los países del sur de Europa no solo tienen la proporción más baja de hijos-as por mujer sino que, además, estas tienen su primer hijo-a más

tarde. Malta, España, Chipre, Italia, Grecia y Portugal tenían en 2017 índices inferiores a 1,4 hijos por mujer (Eurostat, 2019a).

Un artículo (Sosa Troya, 2019) basado en los informes del Instituto Nacional de Estadísticas de España, informaba que, en una década, los nacimientos en España habían caído casi en un 30% y que el número de mujeres que tenía su primer hijo con 40 años o más, había aumentado en un 63% (Sosa Troya, 2019). Asimismo, el



artículo añadía que 2018 había tenido un saldo negativo entre nacimientos y muertes –al igual que 2015 y 2017– año que en España sólo hubo 4,85 millones de nacimientos, un índice de hijos por mujer de 1,25 y “uno de cada cinco niños tenían una madre inmigrante” (Sosa Troya, 2019). Desde 1976, España ha pasado de ser el país europeo

con las tasas más altas de fecundidad –2.8 hijos por mujer–, a convertirse, en la actualidad, en el segundo país europeo con los índices más bajos<sup>6</sup> (Desy & Marre, 2021; Eurostat, 2019; Marre, 2009; Marre, San Román & Guerra, 2018). La tasa promedio de fecundidad en España, es de 1,3 hijos por mujer: una cifra inferior a la de 2,1 hijos/as por mujer necesaria para la reposición demográfica que a la vez supone un desequilibrio demográfico (Alvarez Mora, 2017).

La baja tasa de fecundidad se debe, en parte, al aumento de la edad en que las mujeres españolas –y las del sur de Europa en general– tienen su primer hijo: a partir de los 31 años (Eurostat, 2019). Cuanto mayor es la edad promedio de la mujer, menores son las posibilidades de aumentar la descendencia debido a la reducción del ciclo reproductivo (Álvarez Mora, 2017; Schmidt *et. al.* 2012) dado que desciende el número de folículos ováricos y la calidad de los ovocitos (Schmidt *et. al.* 2012; ESHRE, 2005). Ambos fenómenos fisiológicos que afectan los niveles

<sup>6</sup> De acuerdo con las estadística publicada por Eurostat, Malta encabeza la lista del índice más bajo de fertilidad en Europa, con un promedio de 1,26 nacimientos por mujer (Eurostat, 2019).

de fertilidad femenina, se producen a partir de los 35 años de edad (Brugo-Olmedo et al. 2003; Nelson et. al. 2013; Van Balen et. al. 1997).

La Organización Mundial de la Salud define la infertilidad como una enfermedad “del sistema reproductivo que se caracteriza por la no consecución de un embarazo clínico tras 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin anticoncepción” (SEF, 2011: 19; Vander Borgh & Wyns, 2018). Afecta a ambos miembros de la pareja: en un 30% de los casos la causa es femenina, en otro 30% es masculina, en un 25% es mixta y un 15% de origen desconocido (de la Fuente-Bitane, Gómez de Segura, & Salvador, 2020).

### **3.3. En busca de la fertilidad perdida: demografía, economía y estado**

Una de las causas principales de la infertilidad femenina –cuando no se trata de factores genéticos, ni de enfermedades autoinmunes, quimioterapia, cirugías de ovario, etc–, es la edad de la mujer<sup>7</sup>. En algunos estudios, se establece que a partir de los 35 años de edad se inicia el descenso de la reserva ovárica y, por tanto, también de las facilidades para obtener un embarazo (Brugo-Olmedo et al. 2003; Nelson et. al. 2013; Schmidt et. al. 2012 Silvestris, Lovero, & Palmirotta, 2019; Vander Borgh & Wyns, 2018). En todo caso, a partir de los 40 años de edad, las posibilidades de éxito no sólo se reducen significativamente, sino que, además, se incrementa el riesgo de padecer problemas durante el embarazo como preeclampsia, hipertensión y diabetes. A ello se suma un mayor riesgo de anomalías cromosómicas en el feto, a la vez que se duplica la incidencia de abortos espontáneos<sup>8</sup> (Brugo-Olmedo et al. 2003).

---

<sup>7</sup>“The prevailing concept of fertility decline assumes that the age-dependent loss of fertility is determined by the continuous depletion of oocytes stored in both ovaries during fetal life, leading first to a decreased fertility and then to its subsequent expiration a decade later at the onset of menopause. In addition is well established that oocyte quality also deteriorates with advancing reproductive age besides premature recruitment of follicle, increasing ovulatory disorders, reduced ovulatory frequency and impaired luteal phase, all leading to reduced conception rates” (Vander Borgh & Wyns, 2018: 3).

<sup>8</sup>El principal efecto de la edad sobre la capacidad reproductiva de las mujeres reside en la edad del óvulo. A mayor edad del óvulo, menor es su capacidad para completar las divisiones celulares –primera y segunda meiosis–. La consecuencia es que, el número de cromosomas resultante es defectuoso. “Además de la calidad del óvulo, la edad también afecta la cantidad de folículos disponibles para la ovulación” (Brugo-Olmedo, Chilik & Kopelman, 2003: 230).

Cuando se trata de infertilidad masculina, Inhorn & Patrizio (2015) señalaron la falta de información precisa sobre el número de hombres infértiles, pese a que se estima que contribuye a cerca de la mitad de los casos observados de ausencias de hijos. En general, se la atribuye a deficiencias testiculares (Vander Borght & Wyns, 2018), pero cada vez son más frecuentes los estudios que ligan la infecundidad masculina con factores ambientales: tabaquismo, alcoholismo y contaminación ambiental (Silvestris, Lovero, & Palmirotta, 2019). Silvestris, Lovero, & Palmirotta (2019) señalan que factores ambientales como el estrés laboral, la falta de equilibrio nutricional, el consumo de tabaco, el deporte de alta intensidad y las dietas recurrentes, reducen los índices de fecundidad tanto en hombres como en mujeres. En estas últimas, el consumo de tabaco puede generar el declive acelerado de la reserva ovárica, además de abortos espontáneos, mientras que en hombres se reduce la producción de espermatozoides con morfología normal (Silvestris, Lovero, & Palmirotta, 2019). El desbalance nutricional y el exceso -o la falta excesiva- de peso puede acarrear anormalidad en la función ovárica al igual que en la producción de esperma. El estrés, especialmente en mujeres, al presentar síntomas asociados con la ansiedad y la depresión, puede alterar la maduración ovocitaria. Purewal et. al. (2018), en un estudio efectuado con 2002 pacientes, encontraron mayores tasas de concepción en aquellos casos en que no había cuadros de depresión y ansiedad.

Con respecto a la infecundidad masculina, Vander Borght & Wyns (2018) señalan que desde 1976 hasta 2009 se ha producido un descenso global en el volumen del semen (de 443.2 a 300.2 millones), pero también en la calidad: sólo el 26% del esperma tenía una morfología normal en 2009 cuando en 1976 ese porcentaje ascendía al 67%. En cuanto a la distribución geográfica de la evolución de la calidad del esperma, identificaron a Norteamérica y Europa como las regiones más afectadas, entre otras razones por la exposición perinatal a dioxinas, tóxicos que actúan como disruptores endocrinos limitando el comportamiento de las hormonas femeninas durante el embarazo (Vander Borght & Wyns, 2018). En España, según un estudio del Instituto Marqués, más del 57,8% de los jóvenes españoles tiene un semen de calidad inferior a los parámetros establecidos por la OMS (López, 2019).

En septiembre de 2019, la BBC de Londres publicaba un artículo titulado: *El Cuento de la criada: ¿es posible un futuro de infertilidad global como el de la popular serie?* (BBC, 2019). Una pregunta semejante a la que formuló en 2006 el director mexicano Alfonso Cuarón en el film *Children of Men*, para una sociedad que no había visto a un recién nacido en 20 años, sumida en el caos económico y abocada a desaparecer por el envejecimiento poblacional agudo, al mismo tiempo que mantenía campos de concentración para encerrar a inmigrantes indocumentados. *The Handmaid's Tale* (Miller, 2017) basada en la obra de Margaret Atwood (1985) mostró un mundo distópico, marcado por la infertilidad de la mayor parte de la población femenina por lo que aquellas aún fértiles, son esclavizan para procrear. Al igual que en el Londres apocalíptico descrito por Cuarón (2006), la infertilidad generalizada de Gilead –la sociedad hipotética de Atwood (1985)– se produce en la confluencia de catástrofes ecológicas, decrecimiento demográfico agudo –reducción del número de hijos– y crisis económicas y sociales (Miller, 2017; Atwood, 1985) ante las cuales para que el estado conserve su hegemonía económica y política, sus dirigentes organizan a las mujeres en tres grupos diferenciados (Miller, 2017; Atwood, 1985):

- 1) las amas infértiles, compañeras de los altos dirigentes políticos que se ocupan de organizar el hogar y gestionar la crianza de los niños y niñas;
- 2) las criadas fértiles esclavizadas para procrear, útiles para la sociedad en la medida en que pueden engendrar; y
- 3) las “martas” estériles, hábiles para el trabajo doméstico.

Ante la pregunta de si algo semejante puede ocurrir, el artículo de la BBC (2019) respondía que sí debido a causas ambientales que podrían generar un desequilibrio en la salud de generaciones actuales y futuras:

*“Existen entre 90.000 y 100.000 químicos que no han sido analizados a fondo y de ellos entre 1.500 y 2.000 podrían tener efectos que perturben el sistema endocrino y esos se encuentran en productos que usamos día tras día: plásticos, artículos de aseo o muebles”, afirmaba la neurocientífica Helen Pattisual (BBC, 2019).*

Con relativa frecuencia la prensa recuerda la persistencia de un problema macroestructural que la demografía cada cinco años -aproximadamente- expresa numéricamente: las bajas tasas de natalidad que se traducen en un envejecimiento poblacional y en la reducción a largo plazo de personas en edad de trabajar. El problema de la reducción de población activa y del incremento del envejecimiento afecta a la organización económica del estado. Pese a que la población extranjera incrementó ligeramente las tasas de natalidad en España a inicios de siglo –en el 2002 el número de hijos por mujer era de 2.05 y en el 2010, se redujo a 1.64– (Serrano-Martínez & García-Marín, 2013), España registra tasas de nacimiento de 1,3 hijos por mujer– (Alvarez Mora, 2017; Marre & Alvarez, 2021). El impacto económico del desbalance demográfico se expresa en: 1) La ausencia de reemplazo generacional mínimo reduce el tamaño de la fuerza laboral, a la vez que eleva la carga fiscal sobre la organización para el pago de pensiones y jubilaciones (Domínguez et. al. 2017; Herce et. al, 2017; López-Martínez & Marín-López, 2020; Serrano-Martínez & García-Marín, 2013). López-Martínez & Marín-López (2020) añaden que la menor participación de la mujer en el mercado laboral y la extensión de la jornada a tiempo parcial junto a interrupciones de la vida laboral, también afectan al sistema de pensiones. Fallas semejantes en el sistema público, repercuten en menor liquidez económica en los hogares que disminuyen el consumo (Serrano-Martínez & García-Marín, 2013). 2) Dado que cada grupo poblacional tiene pautas de consumo diferenciales, la productividad de la economía puede verse afectada debido a la reducción de las tasas de empleo en grupos de edad más avanzado y su repercusión directa en el PIB total de la economía (Mestres Domènech, 2019), la mayor aversión al riesgo a la hora de iniciar inversiones y la reducción de incentivos para adoptar cambios tecnológicos (Maestas, Mullen, & Powell, 2016; Ozimek, DeAntonio, & Zandi, 2018).

El desequilibrio demográfico es, por tanto, percibido como un riesgo para el mantenimiento del sistema económico del país, pero también, para la organización social: ¿cómo afrontar el pago de pensiones en un futuro en el que la mayor parte de la población supera los 60 años y en el que los índices de población activa son insuficientes? Serrano-Martínez & García-Marín (2013) señalaron que, desde determinados sectores políticos, las respuestas se dirigieron hacia la inmigración favoreciendo el ingreso temporal de determinados inmigrantes para equilibrar la

pirámide demográfica. Los resultados han sido insuficientes: pese a que “la población inmigrante en España es de las más altas de toda la Unión Europea” (Serrano-Martínez & García-Marín, 2013: 127), los índices de desempleo son muy elevados. A ello hay que sumar, la contracción de los saldos migratorios de extranjeros frente al aumento de las salidas de españoles al exterior, mientras las políticas migratorias restrictivas se intensifican (Serrano-Martínez & García-Marín, 2013). Domínguez-Fabián, del Olmo & Herce (2017) sugieren que la Seguridad Social debe reinventarse para asegurar la vejez, lo que no implica aumentar la edad de jubilación hasta los 80 y 90 años. En su lugar, proponen la creación de un sistema mixto que opere en dos etapas y que tome en cuenta un período de vida activa que va desde el inicio de la vida laboral hasta el momento de la jubilación (Domínguez-Fabián, del Olmo, & Herce, 2017). El sistema mixto propuesto por Domínguez-Fabián et al. (2017) consiste en que a lo largo de la vida activa se realicen cotizaciones tanto al sistema de Seguridad Social -que aportará las pensiones generadas por un sistema de reparto-, como a la industria del seguro que generará una renta financiera que se encargará de “asegurar rentas vitalicias a partir de una jubilación libremente elegida por los trabajadores” (Domínguez-Fabián et. al. 2017: 6).

Pese a las cifras proporcionadas por la demografía, existe una paradoja remarcada por Inhorn & Patrizio (2015) acerca de que un 95% de adultos en el mundo manifiesta un deseo expreso de tener descendencia. En el contexto español, Álvarez Mora (2017) señaló que, pese a que cada vez es mayor el número de mujeres sin descendencia o que sólo tiene un hijo, “la mayoría de las mujeres [...] tienen hijos/as, aunque menos de los que quisieran” (Álvarez Mora, 2017: 19). De manera más específica, los resultados del INE a partir de datos obtenidos en el 2018 (INE, 2019) revelan que un 83,4% de las mujeres de 30 a 34 años con hijos, retrasaron el nacimiento de su primer hijo entre dos y cinco años respecto a lo que consideraban ideal (INE, 2019: 6). En cuanto a los motivos más comunes que explican el retraso de la maternidad, están las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar (INE, 2018). En cuanto al deseo de descendencia, al 62,1% de las mujeres sin hijos de entre 30 y 34 años les hubiera gustado tener un hijo/a y al 41,8% que tuvieron sólo uno les hubiera gustado tener más (INE, 2018). En la misma línea sustentada por Álvarez Mora (2017), el Informe de Castro *et. al.* (2018;



2020) revela que las preferencias reproductivas, pese haber descendido hasta niveles muy bajos, el número de hijos deseados se mantiene en torno a dos, tanto en hombres como en mujeres, en la mayoría de los países europeos

A partir del concepto “fecundidad ideal” –las preferencias sobre el número de hijos deseados– vs fecundidad real –el número de hijos que finalmente se tiene–, el Informe de Castro *et. al.* (2018) revela: 1) en Europa, la tendencia generalizada es la de tener al menos dos hijos. Sólo Irlanda, Estonia y Finlandia expresan un deseo por un número mayor de descendientes. 2) En España la edad considerada como la más apropiada socialmente para tener hijos es de 27 años de edad, pese a que en la práctica, se ha observado un elevado índice de mujeres que tienen su primer hijo a partir de los 35 años de edad. 3) España es el país europeo con la mayor distancia entre *fecundidad real* (1,3) y *fecundidad ideal* (2,1) (Castro *et. al.* 2018). Esto da como resultado el denominado *child gap* (Bernardi, 2003, 2005) o el *fertility gap* (Philipov, 2009), es decir la diferencia entre los hijos-as que se tienen y los que se quisieran tener.

### **3.3.1. Las Tecnologías Reproductivas en España**

En un contexto semejante, las tecnologías reproductivas adquieren singular relevancia y se convierten en una herramienta útil para la planificación de la maternidad/paternidad. Como factores que explican su expansión global están el aplazamiento de maternidad y el incremento de tasas de infecundidad (Marre *et. al.* 2018; Pavone, 2018), la disminución en el número de adopciones internacionales, debido a las adopciones domésticas efectuadas en los países de origen de los niños y a la implementación de políticas más restrictivas en esos mismos países (Marre, San Román & Guerra, 2018), el descenso generalizado de la fecundidad a nivel global (UN Population Division, 2020) y el incremento del número de personas solteras y de parejas homosexuales que acceden a las TRAs (Pavone, 2018).

Los TRAs no sólo se utilizan como un medio para revertir casos de infertilidad ligados a la edad de la mujer o a la calidad espermática sino también para pacientes oncológicos y parejas serodiscordantes –en las que el hombre es seropositivo–. Dado el incremento de mujeres jóvenes diagnosticadas con cáncer en edades

reproductivas (Castillo, 2013; Patrizio et. al., 2005), la biotecnología permite preservar el tejido ovárico que consiste en extirparlo y criopreservarlo antes del tratamiento oncológico -para protegerlo del efecto de los fármacos, para su uso posterior (Castillo, 2013). En el caso de parejas serodiscordantes, desde hace dos décadas los avances en medicina han permitido una mayor supervivencia del afectado y su reproducción mediante técnicas de doble lavado de los espermatozoides. La aplicación de esta técnica se basa en los resultados de varios estudios que hallaron que no son los espermatozoides el principal reservorio del VIH, sino que es el semen (Marina *et al.* 2002; Hernández Núñez, Ledesma Martín-Pintado, & Navarro Gómez, 2003).

La novedad y utilidad de las técnicas de reproducción asistida desarrolladas en la década de 1970, crearon la necesidad de regular la práctica. En España, esta necesidad se materializó por primera vez el 22 de noviembre de 1988 con la primera ley de Reproducción Humana Asistida (Ley 35/1988) para dar opciones médicas que traten esterilidad humana (Álvarez-Plaza, 2008). Dicha ley permitía, entre otras cosas, fecundar un número ilimitado de ovocitos y conservar el excedente de embriones que no se hubieran transferido al útero, una situación que se modificó en 2003 por la Ley 45/2003 para establecer un límite a la fecundación de óvulos, que pasaron a ser tres -en lugar del número ilimitado regulado en la ley anterior- (Álvarez Plaza, 2008). En tanto el personal clínico consideraba que la limitación a tres ovocitos reducía las posibilidades de obtener un embarazo, ello derivó en un nuevo cambio legislativo (RD 1720/2004) que permitía superar los límites de fecundación de ovocitos. En el 2006 emerge la Ley 14/2006 que permite el uso de todas las técnicas de reproducción asistida, excepto la subrogación, la clonación y la selección sexual de embriones (Álvarez Plaza, 2008). Desde el año 2017, el Ministerio de Sanidad anunció la creación del Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (SIRHA) que contendría un registro de donantes, de actividades y resultados de los centros, así como de un registro de los centros y servicios de reproducción humana asistida (Ministerio, 2017). Aunque la Ley de 1988 exigía la creación de un registro de donantes, aún está en “fase de implantación” (Nova, 2021). Según señalaba el Ministerio (2017), el registro tendrá una lista de los donantes de todos los centros médicos establecidos en el territorio y “cumplirá con los requerimientos europeos en materia de codificación de las

donaciones” (Nova, 2021). La propuesta de crear el registro nacional de donantes se debe a la aprobación del Decreto Ley 9/2014 en el que se trasponen las directivas de la Unión Europea en materia financiera, mercantil y sanitaria (BOE 126, 2017) que impone un código europeo único que otorgue información sobre la donación y el producto para la “trazabilidad de las células y los tejidos humanos” (BOE 126, 2017: 42824).

La legislación española vigente<sup>9</sup> contenida en la Ley 14/2006 regula la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida, su uso en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, mientras existan garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y en la utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados (Ley 14/2006), permite el acceso a parejas con problemas de fecundidad, parejas con problemas de esterilidad debido a complicaciones médicas -como cáncer o VIH-, mujeres solteras y parejas homosexuales femeninas. En este caso, las clínicas aplican el método ROPA -a partir de la recepción de óvulos de la pareja que, una vez fecundados con donante, son transferidos a la pareja-. Este método permitiría compartir, legalmente, la filiación (Gallardo-Román et. al. 2020) si la pareja se casa debido a que en España no está permitida la donación abierta sino anónima. Si la pareja lésbica no ha contraído matrimonio, entonces serán incluidas como *mujeres solas*, por lo que a solo una de ellas se le reconoce legalmente la maternidad (Álvarez-Plaza, 2008: 31).

En cuanto a los tratamientos reproductivos que constituyen la oferta central de las clínicas privadas, resumo los más comunes observados en la clínica y reportados en los informes de la Sociedad de Fertilidad Española (SEF, 2018):

***Inseminación Artificial (IAC)*** que puede realizarse con semen de la pareja o con semen de donante (IAD).

---

<sup>9</sup> A lo largo de los capítulos de la tesis, me referiré a determinados artículos de la legislación española concernientes a la donación de gametos. En el capítulo 4, me refiero las exigencias legales para la ovodonación. En el capítulo 5, resumo la conceptualización legal de la ovodonación. En el capítulo 6, sintetizo las normas legales concernientes al número de hijos admitidos por donante, así como el decreto de trasposición que impone la creación de un registro nacional de donantes de gametos.

Para llevarla a cabo, es indispensable que el recuento de espermatozoides móviles progresivos sea superior a los 3 millones. Previo a la inseminación, la mujer es estimulada con gonadotropinas para obtener 1 o 2 folículos de tamaño adecuado. El número de inseminaciones varía según el centro, pero se recomienda realizar 4 ciclos de inseminación (Barranquero-Gómez et. al. 2020). Se realiza mediante una cánula intrauterina que deposita el semen en el fondo uterino. Se pueden realizar un total de 4 ciclos IA con semen de la pareja y hasta 6 cuando se recurre a un banco de donantes (Barranquero-Gómez et. al. 2020; SEF, 2011).

- **Fecundación in vitro (FIV)**: Para esta técnica se requiere la unión de ambos gametos –espermatozoides y óvulo– en el laboratorio. Los embriones resultantes son transferidos al útero para la gestación. Al igual que en la IA, en esta técnica también pueden utilizarse óvulos procedentes de donantes (Martínez-Moro et. al, 2020).

Para llevar a cabo esta técnica, hace falta: 1) Obtención de ovocitos. Hay mayor éxito de las TRAs cuando se estimula el ovario de forma continua para aumentar su respuesta. Tras el proceso de estimulación, se procede a la extracción de ovocitos para su fecundación. Dado que al inicio del desarrollo de esta técnica había dificultades para congelar los ovocitos –y también el semen–, en su fase inicial de desarrollo, se hacían transferencias en fresco. Es sólo a partir del desarrollo de la vitrificación de ovocitos, que es posible preservarlos más tiempo (Martínez-Moro et. al, 2020).

A partir de 1992, a la FIV se sumará: **la Fecundación in vitro con Microinyección Intracitoplasmática ICSI (FIV/ICSI)** (SEF, 2011). Creada inicialmente para tratar casos de esterilidad masculina como una baja concentración de espermatozoides (oligozoospermia), baja movilidad (astenozoospermia) o escasez de espermatozoides con morfología adecuada (teratozoospermia), se ha difundido singularmente porque asegura mejores índices de éxito. Tras inseminar los ovocitos, los embriones resultantes son transferidos (Rodrigo, Trolice, Rogel-Cayetano, & Montalvo-Pallés, 2018).

Finalmente, está el **Diagnóstico genético preimplantacional (DGP)**, considerada como la técnica más novedosa. No está exclusivamente dirigida a

parejas infértiles, sino a aquellas que “poseen un riesgo elevado de transmitir a su descendencia una determinada enfermedad” (López Gálvez & Moreno García, 2015: 1; Martínez-Moro et. al., 2020). El proceso consiste en realizar una ICSI para luego analizar las células de los embriones obtenidos y separar a aquellos que presenten anomalías. “El objetivo final [...] es la selección de embriones libres del rasgo genético asociado al padecimiento de una enfermedad. [...] Pero también] con el fin de seleccionar [embriones] cuyo perfil genético sea el más próximo a uno determinado”. De esta manera, es posible aumentar la probabilidad de tener “un hijo apto como donante en casos de familias con descendientes afectados por enfermedades graves que tiene como único tratamiento la donación de células, tejidos u órganos” (Martínez-Moro et. al., 2020; SEF, 2011: 48).

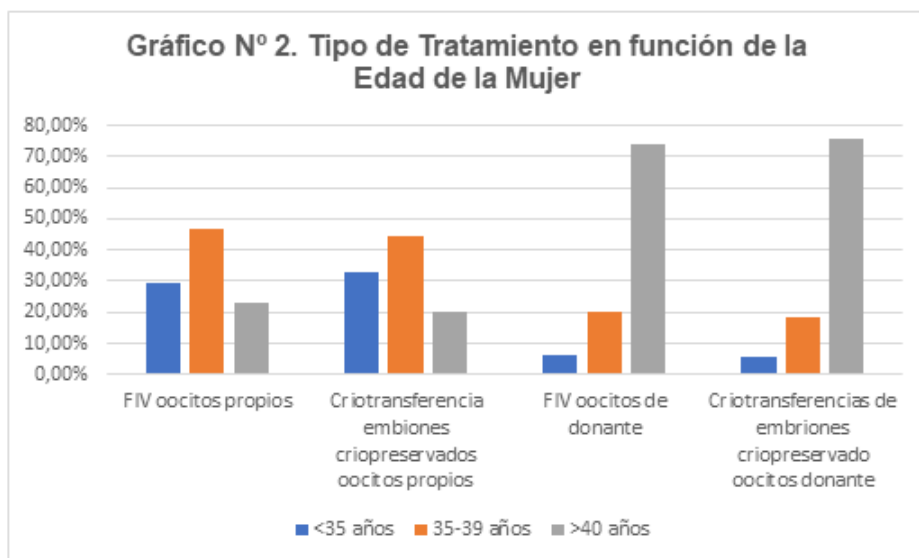
En Europa, España es el país con el mayor número de clínicas privadas que ofrecen tratamientos de reproducción asistida y el que tiene el mayor número de tratamientos en el continente (140,909) (De Geyter, Calhaz-Jorge, Kupka et al. 2018; Wyn et al. 2020, seguido por Rusia (121,232), Francia (104,773) y Alemania (99,226) (Wyns et. al. 2020).

De acuerdo con el informe anual de la SEF (2018) y las declaraciones del coordinador del informe, Fernando Prados, recogidas por el Ministerio de Sanidad (2020), hasta el 2018 un 9% (37.094 niño/as) de los nacimientos en España son resultado del uso de TRAs. Al respecto, Fernando Prados -coordinador del último informe de la SEF (2018)- recogidas por el Ministerio, señala que una de las paradojas que se repite cada año, es que “a pesar de que los nacimientos globales decrecen en nuestro país, aumenta el número de niños que nace gracias a un tratamiento de reproducción asistida” (Ministerio de Sanidad, 2020). Desde la SEF (2018) los datos estadísticos sobre reproducción asistida en España reflejan las siguientes cifras:

<b>Tabla 1. Resultados Globales de Fecundación <i>in vitro</i> en España, 2018.</b>	
<b>Ciclos totales</b>	149.337
<b>Transferencias</b>	103.762
<b>Gestaciones (% por transferencia)</b>	43.194(41,6%)
<b>Abortos (% por gestación)</b>	9.467 (21,9%)
<b>Partos (% por transferencia)</b>	31.225 (30,1%)
<b>Gestaciones de evolución desconocida (% por gestación)</b>	2.502 (5,8%)
<b>Recién nacidos (nacidos/parto)</b>	34.646 (1,1%)
Fuente: SEF (2018), pág. 42	

La **Tabla 1** es una síntesis general del total de tratamientos reproductivos efectuados en España en el año 2018. No distingue entre tratamientos efectuados con donación de óvulos, frente al de esperma o aquellos que utilizan gametos propios. Esta misma tabla muestra datos que se acercan más a lo comentado en los blogs y en algunos libros publicados por mujeres que han recurrido a las TRAs: de las 149.337 transferencias efectuadas en España, el 42% derivaron en gestación y el 30% se concretó en un parto. Estos datos, reflejan un ligero incremento con respecto al año 2017 (SEF, 2017) tanto en el número total de tratamientos, transferencias y partos (Ministerio de Sanidad, 2020). Si se observa el tipo de práctica, el uso de ovocitos vitrificados procedentes de donantes, es la técnica más habitual dado que flexibiliza los tratamientos de ovodonación y facilita la sincronización con la receptora (SEF, 2018). El tipo de tratamiento aplicado varía en función de la edad de la mujer. En el mismo informe (SEF, 2018) se señala que, a mayor edad, mayor porcentaje en el uso de ovocitos de donantes (Gráfico 2). El informe estadístico de la SEF (2018) revela además que sólo un 24% de los ciclos iniciados en las clínicas reproductivas en España se realizaron en mujeres con edades próximas a los 35 años (26,119), mientras que el 76% restante se realizó en mujeres a partir de los 35 años (38,7%: 42,117) y que superaban los 40 (37,2%:

40,511)<sup>10</sup> (SEF, 2018: 50). La edad de la mujer determinó el tipo de tratamiento aplicado (SEF, 2017), tal y como puede observarse en el Gráfico 2.



Fuente: SEF, 2018, pág. 50

En cuanto al número de centros médicos en España que realizan tratamientos de reproducción asistida, el informe de la SEF (2018) revela que la cantidad de clínicas privadas que funcionan en el país, supera a los centros públicos. Concretamente, señalan:

- 1) Hasta el 2018, la cantidad de clínicas privadas ascendía a 221 y representa el 70,6% del total de las clínicas en el país (313). En el Registro de Actividad publicado por SEF (2018) están incluidos todos los centros debido a la obligatoriedad de su participación para la elaboración del informe. Los centros públicos suman un total de 92, constituyendo un 29,3% del total (SEF, 2018).
- 2) Del total de clínicas privadas, las comunidades autónomas con el mayor número de clínicas de reproducción asistida son: Andalucía (47 privadas y 15 públicas), Cataluña (35 centros privados frente a 10 públicos) y Madrid (32 privadas y 12 públicos). A estas tres comunidades, le siguen la Comunidad Valenciana (24 centros privados y 18 públicos), País Vasco (12

<sup>10</sup> Hay un total de 1347 personas cuyas edades no fueron anotadas y que el informe excluye del cálculo porcentual por edades.

centros privados y 4 públicos), Galicia (10 privados y 4 públicos) y Murcia (10 privados y 1 público) (SEF, 2018).

Pese al mayor número de centros privados en la comunidad de Andalucía, Cataluña es la comunidad líder por el número total de ciclos de reproducción asistida realizados: 36.114 (24,2%) ciclos totales, el mayor número de todo el territorio español (SEF, 2018). Le siguen Madrid con 30.266 ciclos (20,3%), la Comunidad Valenciana (23.003 ciclos, 15,4%) y Andalucía (21.115 ciclos totales, 14,1%). El total de ciclos de TRAs realizados en España ascendía a 149.337 en 2018 (SEF, 2018).

Existen diferencias en las políticas de acceso a los TRAs en las clínicas privadas y los centros públicos con relación a la cantidad de intentos permitidos y el límite de edad de acceso a los TRAs. Toda mujer mayor de 18 años, independientemente de su estado civil y orientación sexual, puede acceder a la reproducción asistida en un centro público (Ramírez & Escobar, 2019) para realizar hasta cuatro inseminaciones artificiales conyugales hasta los 38 años y tres ciclos de FIV hasta los 40 años (CREA, 2019; Ramírez & Escobar, 2019) siempre y cuando no se haya tenido un hijo biológico en común sano o existan contraindicaciones médicas (Ramírez & Escobar, 2019). Mientras que en los centros públicos, el límite de edad son los 40 años, las clínicas privadas reciben a mujeres con edades superiores (Gráfico 3).

Vicenzo Pavone (2012; Tober & Pavone, 2018) señaló que la reproducción asistida es uno de los aparatos tecnológico-económicos que mayores ingresos generan a las empresas privadas a nivel global (Tober & Pavone, 2018). Tober & Pavone (2018) señalan que, en Estados Unidos, “las empresas de inversión y los analistas de renta variable estiman que la industria de la fertilidad [...] estaba valorada aproximadamente en tres-cuatro billones de dólares en ingresos en 2015” (Tober y Pavone, 2018: 4). En el contexto español, López Gálvez & Moreno García (2015) estimaron que sólo en 2013, esta industria generó aproximadamente 600 millones de euros.

En España, el volumen de ingresos económicos que generan las TRAs se estimaba en 530 millones de euros anuales en 2016. Una cifra cuya proyección



futura se prevé al alza (Caldentey, 2017) debido al aumento global del número de tratamientos y de clínicas privadas (De Geyter, Calhaz-Jorge, Kupka et al. 2018; Mouzon et. al. 2020). Algo similar ocurre en Europa, donde no sólo ha aumentado el número de clínicas privadas que realizan TRAs, sino también el número de tratamientos los que, desde 2011, han experimentado un incremento del 19% (a nivel global la cifra total de tratamientos asciende a 1,149,817, sin incluir los datos de China).

En todo caso, las cifras de ingresos estimados en España, al parecer responden al volumen de tratamientos reproductivos que realiza anualmente y a sus costes. La Tabla 1 contiene los precios orientativos proporcionados por cuatro clínicas de Barcelona -Fundación Dexeus, Clínica IVI, Clínica Eugin y Barcelona IVG- en sus páginas web<sup>11</sup> en 2020. En Barcelona hay un total de 36 clínicas privadas cuya información, si bien podría generar un cuadro más completo de los precios estimados de cada tratamiento, no siempre aparece de manera pública en las webs. Por tanto, el criterio de selección ha sido añadir únicamente los datos de aquellas clínicas que han publicado oficialmente los costes de los tratamientos. Estas clínicas, además, se caracterizan por una fuerte presencia mediática en la ciudad y en redes sociales. El coste final para cada persona o pareja dependerá de sus necesidades, así como del número de intentos que realice. Sólo una de las cuatro clínicas proponía un programa de embarazo con donación de óvulos que incluye tres ciclos de tratamiento:

---

<sup>11</sup> He resumido aquí los tratamientos más comunes, de acuerdo con la estadística de la SEF (2018), haciendo énfasis en el tema central de la tesis, la ovodonación. Los precios se expresan en euros.

**Tabla 2: Tipos de Tratamiento y variación de precios según clínicas en BCN.**

<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>	<b>RECOMENDACIONES GENERALES</b>	<b>CLINICA</b>	<b>TASAS DE ÉXITO</b>	<b>PRECIOS</b>
<i>Fecundación in Vitro (FIV) (óvulos propios)</i>	Endometriosis	Barcelona a IVF	82% en ≤ 35 años.	4970
	Esterilidad de origen desconocido		60% entre 39 y 42 años	
	Obstrucción Trompas de Falopio			
	Enfermedades hereditarias	IVI	70% (1 intento)	4995
	Edad avanzada		95% (3 intento)	
	Incompatibilidad inmunológica	DEXEUS	80% global acumulada	4900
<i>FIV con ovodonación</i>		EUGYN	93% (según N° intentos y edad)	Desde 4790
			64% en ≤ 35 años	
	Enfermedades genéticas	Barcelona a IVF	82% en general.	6980
	Fallas ováricas	DEXEUS	83% global	4950
	Anomalías cromosómicas		64%	("Basic". 1 transferencia)
Edad superior a 43 años			6950 (Plus, 2 transferencia)	
		IVI	80% (1 intento)	7295
			99,2% (3 intentos)	
		EUGYN	59% (en 1 intento)	Desde 6770
			93% (en 3 intentos)	
			83% (en 2 intentos)	
<i>Programa de embarazo con donación de óvulos (3 ciclos)</i>	Edad inferior a 50 años	Barcelona a IVF	82% en general.	16860
	Ausencia de patologías uterina, tubárica u ovárica.			
	IMC inferior a 30			
<i>FIV (semen donante)</i>	Mujeres solas	EUGYN	93% (varía según N° intentos y edad)	Desde 5115
	Azoospermia			

	Anomalías cromosómicas en esperma		64% en menores de 35 años	
<i>FIV (doble donación)</i>	Alteraciones ováricas Alteraciones cromosómicas Azoospermia	EUGYN	83% (en 2 intentos) 59% (en 1 intento)	Desde 7345
<i>FIV GENETIC (FIV + DGP)</i>	Mujeres +35 años Dos o más abortos por causas desconocidas Anomalías cromosómicas Bajo recuento de espermatozoides	IVI	74%	7995
<i>Inseminación artificial</i>	Mujeres solas alteraciones en espermatozoides Alteraciones en cuello uterino Esterilidad de origen desconocido	Barcelon a IVF	Entre el 20 (pareja) y el 25% (donante)	765
		DEXEUS	15% según edad de la mujer	995
		IVI	45% (semen pareja) 55% (semen donante)	840

Fuente: Realización propia a partir de datos obtenidos de páginas web de las clínicas revisadas: BARCELONA IVF - <https://barcelonaivf.com/es/tratamientos/precios->, IVI - [https://ivi.es/precios-y-financiacion/-](https://ivi.es/precios-y-financiacion/), Dexeus - <https://www.dexeus.com/reproduccion-asistida/inseminacion-artificial->, y EUGIN - [https://www.eugin.es/precios/-](https://www.eugin.es/precios/).

Durante la etnografía, uno de los aspectos observados fue que los precios de un TRA con ovodonación oscilaba entre los 4500 euros por una FIV con óvulos propios, 8500 FIV Genetic-que incluye FIV y diagnóstico genético preimplantacional- y 16000 euros FIV con donación de óvulos. La variación dependía del número de ciclos realizados, de las circunstancias personales de cada paciente –necesidad o no de doble donación, o de DGP, por ejemplo–. En todo caso, en la Tabla 2 se puede obtener una idea general de a cuánto pueden ascender los tratamientos reproductivos a los que habría que añadir costes asociados a viajes y medicación, especialmente en casos de pacientes que residen en el exterior.

### **3.4. Turismo reproductivo, Exilio Reproductivo, Cross-border reproductive travel.**

Como he señalado en el epígrafe 3.4, España es el país con el mayor número de TRAs en Europa (De Geyter, Calhaz-Jorge, Kupka et al. 2018; Wyn et al. 2020), además de ser el que más ciclos con óvulos donados realiza en el continente (De Geyter *et al.*, 2018). Pero no todos estos tratamientos fueron realizados por mujeres españolas o con residencia en el país. Del total de 149.337 ciclos realizados en España, un total de 15795 se aplicaron a mujeres residentes en otros países europeos: el 45,7% provenía de Francia, seguido por Italia, con un 22,5% (SEF, 2018)<sup>12</sup>. Según el informe publicado por la SEF (2018), las razones por las que estas mujeres acudieron a clínicas españolas, son múltiples, desde la prohibición de la donación de ovocitos en el país de origen (3,5%), el costo de los tratamientos (2,1%), la percepción de una mayor calidad médica en España (2,7%), listas de espera (1,5%) o políticas de exclusión en sus países de origen (2,9%) (SEF, 2018). No se conocen las razones para asistir a un centro español en un total del 85,9% de los casos (SEF, 2018).

La circulación global de personas con finalidades reproductivas es un fenómeno ampliamente analizado desde las ciencias sociales (Deomampo, 2016; Désy & Marre, 2021; Inhorn, 2011; Nahman, 2016; 2018b; Nygren *et al.* 2010; Pennings, 2002; Pande, 2010; Perry, 2015; Roberts & Schepers Hughes, 2011; Smietana et al. 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010). Marcia Inhorn (2011) resume las principales causas que explican la movilización de personas en busca de tratamientos reproductivos: 1) prohibiciones por razones éticas y religiosas; 2) Falta de disponibilidad de este tipo de tratamientos por carencias de equipos, tecnología experiencia y dominio (Inhorn, 2011), así como ausencia de donantes de óvulos, de esperma o de embriones tal y como ocurre en Alemania (Bergmann, 2011; Speier, 2016). 3) Concepción negativa de los tratamientos al no existir información clara sobre los riesgos que conlleva su aplicación para la salud; 4)

---

<sup>12</sup>A estos países, se suman Reino Unido, con un 4,4% del total de los TRAs con donación de óvulos y Alemania, con un 4%. Porcentajes menos representativos muestran países como Portugal (0,2%), Marruecos (0,9%), Guinea Ecuatorial (0,3%), Otros países (15,4%) (SEF, 2018: 52).

restricciones legales resultantes de la categorización de los individuos: orientación sexual, estatus marital, límites de edad (Matorrás, 2005; Whittaker & Speier, 2010; Speier, 2016); 5) políticas de compensación económica que pueden afectar la biodisponibilidad de donantes (Cohen, 2005; Nahman, 2018)—lo que se traduce en largas listas de espera, en los sistemas públicos—; 6) restricciones económicas y percepciones sobre la calidad de los servicios médicos (Deomampo, 2016).

La movilización global de personas en búsqueda de tratamientos reproductivos, ha sido conceptualizada de diferentes maneras: desde *turismo reproductivo*—*reproductive tourism* o *fertility tourism*— (Knoll E. M., 2012), *viaje reproductivo* —*reproductive travelling*— (Penning, 2002), pasando por *exilio reproductivo* —*reproductive exile*— (Matorrás, 2005; Inhorn & Patrizio 2009) hasta *cross-border reproductive travel* (Whittaker & Spier, 2010; Speier, 2016; Nahman, 2018; 2016).

Cada uno de estos conceptos muestra las múltiples formas en que pueden ser pensados los procesos reproductivos. Desde las ciencias sociales —y en particular, desde la antropología— el concepto *turismo reproductivo* ha sido criticado porque conduce a interpretaciones erróneas (Deomampo, 2016; Inhorn, 2015; Inhorn & Patrizio, 2009; Matorrás, 2005; Nahman, 2016; Pennings, 2002; Roberts & Scheper Hughes, 2011; Storrow, 2005; Whittaker & Spier, 2010) como creer que este tipo de viajes por cuestiones reproductivas implica necesariamente el cruce de fronteras nacionales (Pennings, 2002) hasta afirmar que subyace en ellos una razón recreacional (Inhorn, 2015; Inhorn & Patrizio, 2009; Pennings, 2002; Whittaker & Spier, 2010). El equívoco en el uso del concepto reside en que permite pensar en un afán hedonista que niega la ansiedad, el miedo, la esperanza y el dolor, a menudo implícitos en la vivencia de los tratamientos reproductivos (Inhorn, 2015; Storrow, 2005; Whittaker & Spier, 2010). Los *viajeros reproductivos* no están conformes con la denominación. Inhorn & Patrizio (2009) explican que uno de los resultados de su investigación transnacional —que incluyó entrevistas a más de 125 personas en más de 50 países— fue el malestar que el concepto “turismo reproductivo” generaba entre las entrevistadas. Ellas veían en él una especie de “mockery of infertility people’ suffering” que desdibuja las subjetividades (Inhorn & Patrizio, 2009: 905; Inhorn, 2015). De esta manera, se minimizan o invisibilizan las

desigualdades que impiden el acceso a los tratamientos en los países de origen y que obliga a viajar a otros destinos que ofrecen precios más accesibles, así como sortear las prohibiciones y restricciones de los sistemas de salud pública. En países como Estados Unidos, el alto costo de los tratamientos suele ser una limitación. Tal y como refleja Deomampo (2016), una de las razones por las que las parejas entrevistadas viajaron hasta la India en búsqueda de una subrogación –con óvulos propios y/o donados–, fue la económica.

Resultado de estas observaciones, Matorrás (2005) sugirió el concepto *reproductive exile* para subrayar las falencias y las desigualdades de acceso a los tratamientos de fertilidad en sus propios sistemas médicos. Inhorn & Patrizio (2009) defendieron la pertinencia del concepto porque da cuenta de las múltiples dificultades, obstáculos y aprehensiones económicas, sociales, legales y prácticas –definidas como *arenas of constraint* por Inhorn & Patrizio (2009)– que obligan a desplazamientos globales en busca de TRAs.

En contraposición, Speier (2016) afirma que el término *turismo* como calificativo de los viajes reproductivos, no debe descartarse del todo. Coincide con Knoll (2012) al afirmar que “tourism is an analytic term that captures the complexities of various kinds of peaceful movements across borders” (2012: 265). Por tanto, “the notion of reproductive tourism therefore captures new forms of choice and consumerism in health care that tend to undermine the distinction between tourism and health care” (Knoll, 2012: 267).

Whittaker & Spier (2010) cuestionan el uso del término *exilio* para conceptualizar el fenómeno. Utilizan el concepto de *cross-border reproductive travel* para describir e integrar la variedad de personas en busca de este tipo de tratamientos (Désy & Marre, 2021; Culley et. al. 2011; Inhorn & Patrizio, 2018; Nahman, 2016; Neri et. al. 206; Shenfield et. al, 2010; Speier, 2016). A partir de un trabajo de campo realizado en Tailandia, Estados Unidos y la República Checa, Whittaker & Spier (2010) exploraron las contradicciones, los nuevos imaginarios y los dilemas que afrontan las parejas en busca de un TRA con óvulos donados, FIV, ICSI, PGD y subrogación. Whittaker & Spier (2010) afirmarían que, pese a que la noción de “exilio” evoca una dislocación del hogar, de la familia y de todo aquello que resulta conocido –consecuencia de la movilización internacional–, resulta

inexacta. Los *viajeros reproductivos* –*reproductive travelers*– pueden volver a sus hogares y para muchos, el destino no es del todo desconocido. Ya sea porque han viajado al lugar previamente o porque uno de los miembros de la pareja tiene algún tipo de vínculo con el país elegido, lo cierto es que un número significativo son “expatriates returning to their countries of origin for treatment” (Whittaker & Spier, 2010: 371).

En la clínica, el perfil de parejas que acudían en busca de TRAs, era heterogéneo. En algunos casos, se trataba de parejas de origen español residentes en otros países del mundo, pero también parejas conformadas por dos extranjeros volvían a Barcelona para iniciar el tratamiento. En otros, había un conocimiento previo del país y la existencia de redes familiares. Es el caso de Juan (48 años) y Rocío (41 años)<sup>13</sup>, ambos ingenieros comerciales españoles que vivieron más de 15 años en Australia, pero en tanto Juan tenía un diagnóstico de VIH y en los últimos dos años de convivencia, Rocío propuso tener un hijo, la enfermedad de Juan, el conocimiento de lo legal, la confianza en el sistema médico español y el precio de los tratamientos les hizo volver a Barcelona –ciudad natal de Rocío– e iniciar la búsqueda de un tratamiento reproductivo. Otras historias se asemejan más a la de Stefano (45 años, ingeniero, italiano) y Mercedes (42 años, dependienta, ecuatoriana) de quienes seguí en el tiempo la historia. Residentes en Milán, acudieron a diferentes clínicas en Barcelona para realizar un TRA con ovodonación a donde la pareja viajaba porque, además de tener más opciones reproductivas, Mercedes tenía un amplio grupo de amigos y familiares porque residió en la ciudad más de 20 años. Para Stefano –que sólo conocía la ciudad por vacaciones– en la decisión estaban implícitos aspectos de índole moral:

*“Vengo de una familia tradicional del sur de Italia. Para ellos, lo más importante es que el primogénito, tenga una descendencia y yo soy ese primogénito. Mi familia no puede enterarse de que mi mujer no puede darme*

---

<sup>13</sup>Aunque mi investigación no se centró en receptoras, durante la experiencia en la clínica presencié varias charlas entre el personal del departamento de psicología y las receptoras, previa autorización de todas las partes implicadas (capítulo 1). Todos los comentarios y testimonios citados a continuación, fueron obtenidos en el contexto de la clínica, excepto en el caso de Stefano y Mercedes, a quienes conocí por redes de amigos y conocidos.

*hijos de manera natural. No lo verían como parte de la familia. Y si ella confiaba en las clínicas de Barcelona, entonces lo haremos allí” (Stefano, 45 años, italiano).*

En las conversaciones con Mercedes y Stefano, la confianza en el sistema sanitario español se expresaba a partir de comparaciones con otras clínicas privadas europeas. Al preguntarles si consideraron otras opciones en Europa, además de la clínica en Barcelona, Mercedes fue tajante al decirme: *“No quiero ir a Europa del Este. Aquí (en España) tienen buenos médicos. Pero allá, no sé cómo son las clínicas, ni qué calidad de tratamientos ofrecen y no conocemos el idioma, ni cómo enterarnos de nada. Además, ¿qué clase de donantes tendrá esta gente? ¿No es en el Este donde hay un alto grado de alcoholismo?”.*

La pareja visitó algunas clínicas de Barcelona e iniciaron varios ciclos que no tuvieron el resultado esperado. Los días invertidos en la ciudad eran gestionados con discreción. Una de las amigas más próximas de la pareja la denominó *la misión de James Bond* y culpó a la ansiedad generada por el esfuerzo, los resultados negativos de todos los tratamientos.

### **3.5. Esperanzas compartidas, frustraciones vividas**

Otro factor determinante en la expansión de los TRAs reside en la sensibilización mediática sobre el éxito de sus tratamientos que “hace que las parejas retrasen la búsqueda de embarazo [...] y las conciben como una solución que supera todos los límites para la procreación” (López Gálvez & Moreno García, 2015: 245)

Bader (2013) presentó el caso de la divulgadora científica Miriam Zoll y autora del libro “Cracked Open: Liberty, Fertility and the Pursuit of High-Tech Babies” (2013), como ejemplo de las frustraciones derivadas de esfuerzos fallidos por tener un bebé a través de fecundación in vitro (IVF) y donación de óvulos (Bader, 2013; Brody, 2016). Zoll señaló haber sido influida por los mensajes difundidos en la prensa y en la televisión de celebridades que conciben a edades avanzadas -la fotógrafa Annie Leibovitz -52 años-, Geena Davis -48-, Courtney Cox -43-, etc. (Bader, 2013). Estas historias reforzaron su idea de la maternidad no sólo como



algo posible en edades maduras, sino también como algo fácil de obtener (Bader, 2013), pero en la práctica la realidad se tornaría muy distinta.

“Year after year, the headlines and cultural messages screamed out: ‘Relax and sit back. You’ve got science on your side,’” Zoll writes. “I’d believed that technology had finally eclipsed Mother Nature and that my biological clock didn’t matter as much as it used to” (Zoll en Bader, 2013).

En una línea similar, el testimonio de un ginecólogo de la Seguridad Social Española, recogido en la obra de Álvarez Plaza (2008) ejemplificaba esta situación a través del relato etnográfico de una mujer de 60 años que acudió a un hospital público en busca de un tratamiento de fertilidad. Tras la visita, recibió la noticia de que su edad era muy avanzada para intentarlo. La mujer consideró un agravio la respuesta del médico quien al respecto, comentó:

*“Estas mujeres hace unos años no venían, sabían y aceptaban que, por su edad, no podían quedarse embarazadas. Ahora no lo aceptan y exigen que las sometan a un tratamiento sin pensar en las consecuencias. Ven embarazos en famosas muy mayores y... creen que todo es fácil y posible. Se debería dar una información veraz y no hacer creer a la gente que una mujer de 60 años puede quedarse embarazada” (Álvarez, 2008: 80).*

Para aquellos casos en los que la infertilidad está más ligada a la edad y no tanto a enfermedades crónicas o a problemas congénitos, las promesas de las tecnologías reproductivas facilitan una reorganización de las trayectorias vitales que Zoll (2013) grafica explícitamente:

“We would spend so many years in college, so many years in graduate school; hopefully, we would find a mate early on, but even if we didn’t we could build our professional standing and income knowing that we could rely on science to help us become mothers in our late thirties or early forties. ... To later learn that the vast majority of reproductive technologies do not, in fact, result in live births is a tragedy” (Zoll en Bader, 2013).

Cuando los resultados no son los esperados, las parejas efectúan múltiples tratamientos que, en el caso de Miriam Zoll, abarcaron un total de seis años (Bader, 2013) durante los que realizaron cuatro FIV, dos con ovodonación (Brody, 2016).

¿De dónde emergen estas esperanzas y expectativas de las que hablan Zoll (2013) y el médico entrevistado por Álvarez (2008)? Zoll, una vez más, dirá que la confianza generalizada en las TRAs reside en el énfasis constante en subrayar los niveles de éxito de los tratamientos, dejando del lado sus fallos (Bader, 2013).

A partir del concepto *political economies of hope* (Rose & Novas, 2005), Speier (2016) explica cómo websites y páginas de brokers reproductivos centran sus esfuerzos en la generación de altas expectativas –*hope*– con respecto a las tecnologías reproductivas:

“brokers lure North Americans who desperately want a baby with the promise of white donors, a European vacation and top-notch health care. Couples choose to follow the path of reproductive travel make decisions based on complex notion of kinship, health care, and what constitutes a vacation” (Speier, 2016: 7).

Tanto Speier (2016) como Nahman (2013) coincidirán en que es la “esperanza” –*hope*– la base sobre la que se construye la promesa de conexión biológica y transmisión fenotípica con al menos uno de los miembros de la pareja cuando se ofrecen TRAs con donación de óvulos. Ambas coincidirán en que la publicidad de las clínicas está pensada para reforzar el imaginario social de altos niveles de éxito de la tecnología reproductiva a la vez que ofrece conexión biológica y la posibilidad de *elegir* las características más deseables para el futuro descendiente (Speier, 2016; Nahman, 2013).

Los relatos recopilados por Speier (2016) –como también los analizados por Deomampo (2016)–, muestran a parejas que se comportan como consumidores que eligen entre un amplio abanico de opciones –de clínicas en función de precios, legislación y políticas sanitarias y en ocasiones, hasta de donantes–, para concretar un TRA (Speier, 2016). Al respecto, Nahman (2013) afirmaba que la elección neoliberal es una falacia sobre la supuesta autonomía que tienen las mujeres a la hora de concretar sus planes reproductivos. En realidad, dicha elección –basada

en expectativas creadas a través de la publicidad– es “the story of how globalization and capitalism work on people” (Nahman, 2013: 55).

En Barcelona, no todas las clínicas coincidirán en las tasas de éxito de sus tratamientos. Todas las páginas web analizadas, señalan que dependerán de la cantidad de ciclos realizados y de la edad de la mujer. Todas proporcionan porcentajes variados según tipo de tratamiento (Tabla 2), información que se obtiene solo tras una revisión en función de cada TRA. Sin embargo, si solo se toma como referente lo que afirman algunos de los centros médicos en sus páginas de presentación general, la mayoría coincidirá en unas elevadas tasas de éxito. IVI (2019) afirmaba, por ejemplo, que el “90% de los pacientes [que realizan un TRA en su centro médico] quedan embarazadas”. En la web de la misma clínica, afirman que el 97% de sus pacientes, los recomiendan debido a la “atención personalizada y acompañamiento en todas las fases del tratamiento” (IVI, 2019). EUGIN, por su parte, sostendrá tasas de éxito superiores al 93% “en todos los tratamientos” efectuados, debido al uso de “tecnología de última generación respaldada por la ciencia y aplicada por un equipo de especialistas de alto nivel”. En la página web de DEXEUS, a través de un vídeo explicativo, uno de sus médicos explica que la “tasa acumulada de embarazo” oscila entre el 60-70%, pero si se trata de FIV con ovodonación, los porcentajes se incrementan hasta entre el 80 y 90% (Dexeus, 2019), (Tabla 2). Todas las páginas webs de los centros revisados, coinciden en que el uso de óvulos donados es la técnica más eficaz para obtener un embarazo.

Desde la SEF (2018) informan que el indicador más relevante de las tasas de éxito es el registro de parto único: “no tiene ninguna relevancia una alta tasa de gestación si esta va acompañada de un elevado número de abortos o de gestaciones múltiples” (SEF, 2018: 59). Dado que los datos registrados por cada centro son anuales, la SEF (2018) explica que “no nos es posible estudiar el posible éxito final de un ciclo de estimulación ovárica”, por lo que recomiendan valorar “las tasas de parto por transferencia realizada” (SEF, 2018:59). Según los cuadros estadísticos del informe, las tasas de parto para FIV/ICSI con ovocitos frescos propios, es del 25,80%, mientras que las tasas de parto para FIV/ICSI con ovocitos frescos de donante es del 41,4%.

Las circunstancias particulares de los pacientes que determinan un mayor o menor éxito de los tratamientos remiten a la calidad de los embriones transferidos que puede verse alterada por diversos factores. En las mujeres, el principal factor que afecta a la calidad del óvulo es la edad. En los hombres, la calidad seminal puede verse alterada desde hábitos asociados al consumo de tabaco, el alcohol y la obesidad hasta la presencia de agentes tóxicos en el medioambiente (Brugo-Olmedo *et. al.*, 2003; Inhorn & Patrizio 2015; Lafuente, 2017; Silvestris, Lovero, & Palmirotta, 2019).

### **3.6. ¿Por qué cada vez tenemos menos hijos en España?**

Mills *et. al.* (2011: 848) se preguntaban: “¿why do people postpone parenthood?” Parte de la respuesta a esta pregunta reside en una mayor eficacia de los métodos anticonceptivos, el incremento del nivel educativo de las mujeres, así como su incorporación creciente al mercado laboral, además de un cambio en los valores sociales (Mills *et. al.* 2011). Tras la introducción y disponibilidad de la píldora –y de otros métodos anticonceptivos– a partir de 1960 (Te Velde *et. al.* 2012), se aplazó la edad de maternidad tanto en Europa como en Estados Unidos, especialmente en grupos sociales con mayor nivel educativo (Mills *et. al.* 2011; Te Velde *et al.* 2012). Este fenómeno es definido como “transición del retraso” (*postponement transition*) (Alvarez Mora, 2017; Balbo *et. al.* 2013; Kohler *et. al.* 2002; Mills *et al.* 2011) y se tradujo en un decrecimiento de la natalidad en todo el mundo (Alvarez Mora, 2017). Castro *et. al.* (2020) señalan que la transición de un régimen demográfico hacia una baja mortalidad y fecundidad “es un fenómeno universal que acompaña al proceso de modernización socioeconómica” (Castro, 2020: 9). Para este grupo de investigadores, la atipicidad del fenómeno no reside tanto en su existencia global, sino en la constatación de índices de fecundidad más próximos a 1 hijo por mujer (Castro *et. al.* 2020). El punto más álgido se dio hacia fines del siglo XX en que Italia y España llegaron a tener tasas de fecundidad por debajo de 1,3 hijos por mujer (Álvarez Mora, 2017), un fenómeno social de proporciones sociales globales definido por Inhorn & Patrizio (2015) como infecundidad involuntaria.

A nivel global, se estima que la infecundidad -entendida como el número de niño/as que no se tienen y no como la incapacidad biológica para tenerlos (Álvarez, 2017; Bote & Martínez-Martínez, 2019)- afecta a un número aproximado de 186 millones de personas, la mayor parte de las cuales reside en países desarrollados (Inhorn & Patrizio, 2015; Vander Borght & Wyns, 2018). Es complejo determinar las cifras exactas de personas afectadas debido a que el criterio a partir del cual se define la infertilidad es heterogéneo: hay quienes establecen 1 año como período máximo de intentos versus 5 años (Inhorn & Patrizio, 2015), a que hay diferencias sustanciales entre las estadísticas a gran escala versus los estudios epidemiológicos de infecundidad y a que las unidades de análisis no suelen ser precisas (Inhorn & Patrizio, 2015). En ese sentido, las preguntas formuladas por Inhorn & Patrizio (2015) acerca de ¿por qué la infecundidad se ha convertido en un problema sanitario en el mundo, especialmente para los países de escasos recursos económicos? y “*what are the gender effects of infertility and are they changing over time?*” (Inhorn & Patrizio, 2015: 413) parecen continuar sin respuesta.

Una de las dificultades para analizar y entender el fenómeno de la infecundidad reside en que la disponibilidad de anticonceptivos en un amplio número de países en el mundo condujo a pensar la reproducción y la maternidad como resultado de elecciones racionales reproductivas y del deseo individual, especialmente en los países occidentales (Desy & Marre, 2021; Inhorn & van Balen, 2002; Marre et al., 2018). Kreyenfeld & Konietzka (2017), por ejemplo, han señalado que en los debates públicos se afirma que el incremento en el descenso de la fecundidad se debe al individualismo y al egocentrismo de las sociedades occidentales. Sin embargo, la ausencia de información –o su inexactitud– sobre el descenso de las capacidades reproductivas de la mujer debido a la edad (Lampic et al., 2006; Peterson et al., 2012), ha incidido en reducciones de las tasas de embarazo, lo que ha redundado en un aumento del uso de TRAs.

Ginsburg & Rapp (1991), señalaron los diferentes modos en que el deseo y la decisión de la maternidad –el cómo y el cuándo– están mediadas por factores económicos, políticos, sociales, culturales y tecnológicos. Una idea que es retomada por las mismas autoras (Ginsburg & Rapp, 1995) y desarrollada

posteriormente por Morgan & Roberts (2012) a partir del concepto *reproductive governance* para analizar cómo los sujetos y sus prácticas reproductivas se enmarcan en procesos sociopolíticos y económicos concretos. Las decisiones reproductivas, aunque en apariencia son íntimas y personales, en realidad son “sugeridas” por racionalidades políticas, sociales y económicas que regulan, disciplinan y organizan los cuerpos (Ginsburg & Rapp 1991; Morgan & Roberts, 2012; Whittaker, 2015).

Sobre la base de la antropología de las emociones, Imaz (2007) señaló que los sentimientos maternales suelen aparecer como naturalizados y homogeneizados, normativizando sentimientos con relación a la maternidad (Crespo, 2015; Imaz, 2007), de manera que a aquellas que no cumplen las exigencias sociales, se las acusa de *malas madres y desnaturalizadas* (Imaz, 2007; Crespo, 2015). Por ello el deseo y las decisiones son tomadas sólo a partir de lo que socialmente es posible desear y decidir, de lo que es definido como *razonable* o *responsable* (Krause & De Zordo, 2012). Álvarez Plaza (2008) señaló que las técnicas de reproducción asistida “están sustentadas por el discurso de la maternidad, y a su vez, lo reafirman, contribuyendo a definir la esterilidad como un estigma, en tanto que se postulan como solución médica de una función biológica fallida” (Álvarez Plaza, 2008: 36).

Almelling (2015) y Morgan & Roberts (2012) retomaron la propuesta de Ginsburg & Rapp (1995), enfatizando la influencia de los contextos reproductivos en las subjetividades de las personas. Álvarez Plaza (2008) señalaba que histórica y socialmente, la esterilidad se imputa sólo a las mujeres, mientras que a los hombres, sólo la impotencia. Por ello, Álvarez Plaza (2008) y Almelling (2015) señalaron la ausencia de los cuerpos y la reproducción masculina en la antropología de la reproducción y propusieron el abordaje comparativo de las experiencias de las personas en torno a lo reproductivo. De esta manera, una de las primeras investigaciones desarrolladas por Almelling (2007; 2009) se centrará en cómo el género y la clase social redefinen los modos en que es conceptualizada la donación de gametos (Almelling 2015; Daniels & Heidt-Forsythe, 2012; Haylett, 2012; Keehn et al., 2015; Whittaker&Spier, 2010). En sus estudios sobre donación de gametos, Almelling (2007; 2009a; 2011b) comparó los modos diferenciales en que las clínicas estadounidenses reclutan, comercializan y compensan a lo/as

donantes de gametos, concluyendo que el valor de las células reproductivas es moldeado por el género de quien dona. Junto al género y la clase social, la antropología revela cómo la *raza* funciona como mecanismo de categorización diferencial de las personas al interior de los tratamientos reproductivos (Alvarez-Plaza & Pichardo-Galán, 2018; Deomampo, 2016; Haylett, 2012; Nahman, 2018; Roberts, 2009; Spier, 2016; Tober, 2005; 2017; Viera, 2018; Whittaker & Spier, 2010; Whitakker, 2015). Además de las contingencias y limitaciones económicas, legislativas y sociales que moldean las experiencias reproductivas (Álvarez, 2017; Inhorn, 2009; Inhorn & Patrizio, 2015; Kreyenfeld & Konietzka, 2016; Marre et al., 2018; Mills et. al. 2017; Peterson et al. 2012; Roberts, 2015; 2012; 2016; Spier, 2016; van Balen & Inhorn, 2002), a menudo también derivan en recorridos transnacionales de adopción (San Román & Marre, 2013; Marre, 2007; Howell & Melhus, 2007) y de tratamientos médicos (Horsfall & Lunt, 2006). Cómo describir y analizar la variedad de personas que, como resultado de constreñimientos sociales, políticos y/o legales, emprenden travesías en busca de TRAs? Inhorn (2011) resumió este tipo de movilización internacional como el resultado de prohibiciones éticas y religiosas (Inhorn, 2011), falta de biodisponibilidad de donantes de gametos debido a políticas de compensación restrictivas (Désy & Marre, 2021; Nahman, 2018; Speier, 2016), de concepciones negativas sobre este tipo de tratamientos, restricciones legales resultado de políticas discriminatorias en términos de orientación sexual, estatus marital, límites de edad (Matorrás, 2005; Whittaker & Speier, 2010; Speier, 2016).

Aunque la estadística de Eurostat (2020) muestra un panorama generalizado de desempleo en el continente europeo, los países con mayor afectación (un 50%) fueron Grecia, Italia, Eslovaquia, España, Francia, Portugal, Bulgaria, Alemania y Rumanía. Las tasas de desempleo de larga duración alcanzaron el 84.4% en regiones como Mayote (Francia) y el Peloponeso en Grecia (75%). En el caso español, el último informe del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) señala que la tasa de paro se situaba en el 15,25% y su grado de afectación en función del género, varía según la edad: entre los mayores de 25 años, la tasa de paro en mujeres se situó en un 17% mientras que en hombres fue de un 13%. Entre los menores de 25, los índices de paro son similares: 35% y 33% respectivamente (INE, 2019).

El informe publicado por ClosinGap<sup>14</sup> (2020) revela que la pandemia COVID-19 agudizó el paro femenino (con unas tasas del 16,72% frente al 14,13 de los hombres), aumentando la brecha de género. Otro de los efectos de la Covid-19 sería que las mujeres tienen más probabilidades de perder su empleo debido a que un número significativo está vinculada a los empleos más afectados por la crisis sanitaria, tales como la hostelería, el comercio y el servicio doméstico. Además, afirman que el teletrabajo multiplica las responsabilidades y tareas de cuidado en el hogar dificultando así la conciliación profesional y familiar (ClosinGap, 2020).

Según los datos del INE (2020), la brecha salarial de género se incrementa con la edad: en el 2018, “pasa de un valor de 4,6 entre los trabajadores de 25 a 34 años, hasta un valor de 18,2 en el tramo de trabajadores de 55 a 64 años” (INE, 2020: s.p). En cuanto al sector ocupacional, los valores más elevados se corresponden con las actividades sanitarias y servicios sociales (22,3); en segundo lugar, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) sitúa al sector del comercio al por mayor y al por menor (19,8) y en tercer lugar, constan las actividades científicas y profesionales (18,7) (INE, 2020)<sup>15</sup> Vale remarcar que, pese a estas cifras, según el INE (INE 2020), el valor total de la brecha de género en España (11,9) es inferior que en la Unión Europea (15).

Las mujeres siguen teniendo menor presencia en cargos directivos (Torres Menárquez, 2015). El informe de El Corte Inglés (2020) revelaba que un 37% de mujeres ocupaban puestos de responsabilidad. Tras el análisis de 158 entidades públicas y de 13 departamentos de la Generalitat, el estudio presentado por el Observatori Dona, Empresa i Economia de la Cambra de Barcelona (ODEE, 2020) reveló que sólo un 24% de los cargos directivos eran ocupados por mujeres. En la

---

<sup>14</sup> ClosinGap es una plataforma integrada por Merck, Mapfre, Vodafone, Repsol, Melià Hotels Internacional, L'Oréal España, Bankia, etc. Tiene su origen en Healthy Women, Healthy Economies, y la empresa de ciencia y tecnología Merck, figura como su principal promotora. Se centra en la realización de estudios estadísticos para analizar el impacto económico las desigualdades de género existentes. Disponible en: <https://closinggap.com/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-pandemia-agudiza-el-paro-femenino-y-aumenta-la-brecha-de-genero/>

<sup>15</sup> Una publicación digital de Antena 3, señalaba, a propósito del Día Internacional de la Mujer, que ellas tendrían que ganar 28,6% más para igualar el sueldo de los hombres. Madrid es la comunidad más desigual con un desfase de 7700 euros y Canarias la más igualitaria (2500 de diferencia). Disponible en: [https://www.antena3.com/noticias/economia/brecha-salarial-huelga-marzo-mapa-brecha-salarial-espana\\_202003025e64b53b1eff86000105b60e.html](https://www.antena3.com/noticias/economia/brecha-salarial-huelga-marzo-mapa-brecha-salarial-espana_202003025e64b53b1eff86000105b60e.html)



Generalitat las cifras se acercan más a la paridad (48%). Sin embargo, un hecho frecuente -revela el mismo estudio- es que, a medida que aumenta la importancia del cargo, disminuye la presencia de mujeres (Escriche-Rivas, 2020; ODEE, 2020). De manera que, en el Govern, están presente principalmente en cargos asesores y eventuales (58%) (Escriche-Rivas, 2020; ODEE, 2020). En la misma línea del estudio publicado por Marre (2009), las mujeres encuestadas por la ClosinGap (2020) achacaban a la maternidad y a las tareas de cuidado las dificultades de ascenso y permanencia laboral (Torres Menárquez, 2015).

Las desigualdades de género se expresan en múltiples esferas de la vida social, desde el acceso y las oportunidades de ascenso diferenciales en el mercado laboral, pasando por la distribución y gestión del cuidado al interior de las familias, hasta la visión y presión que desde la sociedad se ejerce sobre las mujeres con respecto a la maternidad. Un ejemplo de ello es el testimonio de Pilar Manchón, directora de un departamento de Intel Corporation –una de las más importantes compañías de electrónica actuales–. Tras acudir a una entrevista de trabajo, un inversor le preguntó *“cómo podía sentirse seguro al destinar parte de su dinero a un proyecto liderado por una mujer divorciada y con un niño”* (Torres Menárquez, 2015: s.p.). En la misma línea, la Presidenta del Círculo de Empresarios -madre de 6 niño/as- afirmó que “no contrataría mujeres de entre 25 y 45 años” ya que si se les ocurre quedarse embarazadas, *¿qué hacemos con el problema?*” (Público, 2014: s.p). En ese mismo período, la Presidenta también era partidaria de pagar una categoría salarial inferior al salario mínimo interprofesional, para trabajadores menos cualificados; es decir, los jóvenes sin cualificación porque “no valen para nada” (Público, 2014: 1).

Estos factores son relevantes para entender la imposibilidad de muchas mujeres para tener descendencia cuando consideran que cuentan con las condiciones para ello y, por tanto, deben recurrir a distintas formas de asistencia reproductiva, generalmente a partir de la participación de otras mujeres, lo que fue definido por Marre (2009) como infecundidad estructural, un concepto acuñado inicialmente para referir a quienes no pueden tener descendencia por razones biológicas o fisiológicas, personas solas, parejas del mismo sexo y personas con determinadas condiciones médicas como ausencia de útero, ovarios o vagina en el

caso de las mujeres o de producción de semen en el caso de los hombres, entre otras. Una imposibilidad que, como también señaló Marre (2009) se agrava cuando no se busca su reparación a través de políticas públicas de apoyo a la maternidad que permitan a las mujeres “imaginar, iniciar y desarrollar proyectos de maternidad” (Alvarez Mora, 2017) debido a “la ausencia de servicios públicos para atender la pequeña infancia” que faciliten la conciliación laboral (Comas d’Argemir *et. al.*, 2016: 15) así como a personas dependientes. Álvarez & Marre (2021) señalarán al respecto que, para algunas mujeres en España, el único modo de conciliar trabajo y familia, es contratando a otra mujer a las que se les paga un salario inferior al que ellas mismas ganan, mientras que, para otras, las abuelas son la única opción viable. Como resultado, las tareas de cuidado terminan recayendo sobre las familias –de manera general–, y sobre las mujeres –de forma particular–. Pamela Stone, profesora de sociología, en una entrevista para la prensa (Torres Menárquez, 2015) afirmó:

*“Si hay que buscar un culpable, es la propia sociedad. Las mujeres se sienten presionadas no solo por sus parejas, sino también por las instituciones y las empresas. Se da por hecho que ellas se harán cargo en mayor medida de los hijos y de las obligaciones de la casa”* (Torres Menárquez, 2015: s.p).

Esta frase de la profesora de sociología, Pamela Stone, resume la manera diferencial en que la sociedad asume cómo se posicionan hombres y mujeres frente a las tareas de cuidado (Comas D’Argemir D., 2016). La feminización de este tipo de tareas se observa también en instituciones de servicios de ayuda a domicilio, en donde no se cuestiona la vocación de las mujeres para el cuidado, al contrario de lo ocurrido con los hombres (Roca, 2019).

Desde la antropología, Comas D’Argemir (2014) explicó que existe una estrecha conexión entre cuidado, sexualidad y parentesco. La sexualidad, asociada a la biología, ha servido históricamente para explicar las diferencias entre seres humanos; mientras que el parentesco “proporciona el lenguaje de la genealogía para ubicar a las personas en funciones y obligaciones diferenciales” (pp. 168). De ahí deriva la división del trabajo, así como las formas de dar y recibir asistencia (Comas D’Argemir, 2014).

Almeling (2015), en una revisión conceptual del término *reproducción*, recuerda que en las últimas seis décadas, los estudios sobre género han sido útiles para desnaturalizarla, y para centrar el debate sobre qué es social y qué es natural en el ámbito reproductivo. Ortner (1974) analizó cómo a partir de las diferencias sexuales se definen posiciones y los roles sociales. El género ligado a la biología se traduce en la asociación de rasgos que dotan a las mujeres de unas cualidades instintivas que les proporcionan capacidades especiales para el cuidado (Comas D'Argemir, 2014; Ortner, 1974). En su tesis doctoral, Mireia Roca (2018) afirmaba la existencia de una segregación horizontal que se traduce en la asociación directa de este tipo de actividad como parte inherente a las mujeres. En todo caso, la asociación ha sido útil para remarcar la existencia de dos esferas económicas claramente diferenciadas y separadas: la productiva –lo público, delimitado por la presencia del mercado– y la reproductiva –concerniente a lo privado, invisibilizado, aparentemente fuera de la esfera mercantil, circunscrita sólo a la familia–(Carrasco, 2017; Lafuente, 2017; Roca, 2018).

A partir del análisis de los círculos de reciprocidad de Marcel Mauss (1923), Comas D'Argemir (2014) agrega que el sentido de obligación moral guía la ética del cuidado. Pero, tomando en cuenta que los dones (Mauss, 1923) no son actos voluntarios ni desinteresados, “la obligación moral respecto a los cuidados está desigualmente repartida entre hombres y mujeres, así como entre la familia, el estado y el conjunto de la vida social” (Comas D'Argemir, 2014: 178). Sin embargo, el problema reside en que históricamente, se han convertido en la entrega afectiva que las mujeres dan a la familia, con el enorme desgaste de energía que eso supone (Carrasco, 2017) a la que Hochschild (2000) denominó *plusvalía emocional*. No obstante, Comas D'Argemir (2014) matiza que el desarrollo del capitalismo neoliberal ha derivado en cambios sustanciales en la formación de las familias, muchas de las cuales están conectadas con las luchas de las mujeres por igualdad salarial, social y política. La mayor participación de las mujeres en el ámbito público resquebraja la división sexual del trabajo, derivando en la denominada “crisis de los cuidados” (Hochschild, 1995; Mandell, 2010) que visibilizó su dimensión social a la vez que impuso la necesidad de repartir este tipo de tareas ya sea hacia el mercado o hacia el estado (Comas D'Argemir, 2014). Sin embargo, la “ausencia de políticas de captación por parte de las organizaciones y políticas de igualdad efectivas por

parte del estado” deja al azar la inserción de los hombres en este ámbito (Roca, 2018: 145). Por ello, Comas D’Argemir (2014) propone trascender la división sexual del trabajo y focalizarse en la distribución social de los cuidados que abarca a las instituciones estatales -a través de políticas públicas, prestaciones y el tiempo-, el mercado -a través de empresas especializadas-, las asociaciones comunitarias. De esta manera, se pretende analizar “la articulación de las dimensiones de género con las de clase y también con las étnicas” y, por tanto, “analizar hasta qué punto la redistribución de los cuidados modifica las pautas de género y se vincula a cambios en la organización de la producción y de la reproducción, es decir, a la transformación de la sociedad y de sus estructuras de desigualdad” (Comas D’Argemir, 2014: 170; Roca, 2018).

### **3.7 Conclusiones**

A partir de la revisión de los informes demográficos más recientes, publicados por instituciones europeas acreditadas, a lo largo de este capítulo, he expuesto una síntesis del contexto social en el que se enmarcan las decisiones reproductivas en España. Para explicar el porqué de los bajos índices de nacimientos en España, así como de las proyecciones poco alentadoras de los estudios demográficos, he utilizado el concepto de *infecundidad estructural* (Marre, 2009; 2012; Comas d’Argemir et. al., 2016; Álvarez, 2017) como el resultado de la intersección de factores estructurales -como la clase social y las relaciones de género- y coyunturales -acceso al mercado de trabajo, al cuidado y a la conciliación- que definen las experiencias reproductivas. A través de la perspectiva analítica proporcionada por Marre (2009), remarco aspectos como las desigualdades de género en el acceso al mercado laboral, las crisis económicas que dificultan la independencia los/as jóvenes del núcleo familiar -y por ende, el inicio de proyectos familiares-, la escasez de políticas públicas que apoyen la maternidad, así como la desigual gestión de las tareas del cuidado, son parte de las explicaciones al descenso en las tasas de fecundidad en España.

A ello se suman los cambios en torno a la vivencia de la sexualidad derivados de la mayor disponibilidad de anticonceptivos, del aborto y de lo que Joan Bestard

(2003) denominó la pérdida del valor absoluto de la maternidad y la paternidad. Entiendo la afirmación de Bestard (2003) no como una negación del valor social que tienen la maternidad y paternidad, sino como indicio de que su ausencia ya no se traduce en aislamiento social, al menos, no en sociedades industrializadas. Como señalé en la introducción de este capítulo, la emergencia de grupos como el Club de las NoMo, pero también la no maternidad como elección, son aspectos que configuran el escenario reproductivo global.

Al mismo tiempo, los informes del Instituto Nacional de Estadística remarcan que, pese a los bajos índices de natalidad en España, sigue presente el deseo de más hijos de los que realmente se llegan a tener. Por tanto, es importante señalar los diferentes modos en los que el deseo y la decisión de la maternidad -el cómo y el cuándo-, están determinados por el contexto económico, social, cultural y tecnológico del que forman parte las personas.

En este sentido, uno de los aspectos más recurrentes tanto en los informes estadísticos de la Sociedad Española de Fertilidad como del INE, es que las mujeres, en promedio, tienen su primer hijo a los 31 años de edad. Si, como se ha señalado, a partir de los 35, desciende la reserva ovárica y la calidad del óvulo y, por ende, las facilidades para obtener un embarazo (Brugo-Olmedo et al. 2003; Nelson et. al. 2013; Schmidt et. al. 2012 Silvestris, Lovero, & Palmirotta, 2019; Vander Borcht & Wyns, 2018) se plantea una disyuntiva entre la edad -en términos de fisiología reproductiva- y la edad social, en el sentido de cómo es percibida socialmente una etapa en la que se suelen definir proyectos profesionales, laborales y personales. En las investigaciones centradas en receptoras de gametos, una constante es la sensación de duelo ante la imposibilidad de utilizar sus óvulos, además de la necesidad de dotar de nuevos significados a la experiencia y vivencia de la maternidad (Crespo, 2015; Désy & Marre, 2021; Mehl, 2011; Bestard, 2009).

En las clínicas reproductivas, tal y como lo muestra el informe de la SEF (2018), el 76% de las mujeres que recurrieron a tratamientos reproductivos en el país, tenían edades a partir de los 35 años -y el 37% a partir de los 40-. Este tipo de porcentajes revela a partir de qué edad las mujeres están iniciando sus proyectos reproductivos, pero también las dificultades que las condujeron a las clínicas: los múltiples intentos a través del coito que no derivaron en gestación.

En este sentido, las técnicas de reproducción asistida emergen como una opción viable para la reproducción independientemente de factores como la edad de la mujer, enfermedades oncológicas, constreñimientos médicos de índole diversa o la condición sexual y social. En este sentido, la legislación española de reproducción asistida puede considerarse como inclusiva dado que no excluye a parejas homosexuales, mujeres solas ni personas con constreñimientos médicos a la vez que no restringe la compensación de donantes -aspecto que desarrollaré en el capítulo 4- por lo que las clínicas reproductivas tienen un margen para asegurar la biodisponibilidad.

En España, a diferencia de lo observado en Estados Unidos, sí existen centros públicos que permiten acceder a este tipo de tratamientos, pero las condiciones de acceso podrían excluir a aquellas mujeres que requieran de ovodonación para gestar lo que se traduce en una mayor relevancia de las clínicas privadas que funcionan en el país: no sólo abarcan más del 50% total de los centros registrados en España (SEF, 2018), sino que son ellos los que concentran la mayor cantidad de tratamientos realizados en el país y en el continente (Wyns et. al. 2020). Al mismo tiempo, los precios de los tratamientos en los centros privados -que en promedio oscilan entre los 8 mil y 10 mil euros- también podrían implicar una limitación de acceso. Si bien las clínicas privadas constituyen una opción, el valor total a pagar por un tratamiento, podría convertirlos en una alternativa exclusiva para determinados grupos sociales, especialmente cuando se trata de procedimientos que requieren técnicas más complejas o que implican varios ciclos de estimulación -un promedio de 3 (SEF, 2018)- para garantizar no sólo el embarazo, sino también el parto.

De ahí que el análisis del contexto social en el que emergen los diferentes modos de pensar, desear y decidir sobre la maternidad sea fundamental para entender cómo se definen los proyectos reproductivos al interior de la sociedad. Las publicaciones demográficas revelan el papel económico, social y geopolítico que tiene la reproducción. Desde la prensa, la narrativa parecería centrar los esfuerzos en las mujeres, en lo que parecería una responsabilidad de las mujeres hacia la economía nacional y su posición política. En este sentido, las decisiones reproductivas parecerían ser obligaciones morales que refuerzan la maternidad

como obligación social de las mujeres. Al mismo tiempo que, desde ciertos sectores del feminismo se remarca la necesidad de estrategias políticas y públicas para la conciliación laboral y familiar. Pero también de trascender la división sexual del trabajo y centrarse en la distribución social de los cuidados que abarca a instituciones estatales, el mercado y las asociaciones comunitarias, enfatizando en el papel de la sociedad para su gestión, dada su relevancia en la reproducción de la sociedad.

## CAPÍTULO IV: EN BUSCA DE LA DONANTE PERFECTA

### 4.1 Introducción.

El uso de óvulos donados es cada vez más frecuente en los TRAs (Sauer, 2018). En los últimos años, España –junto a Estados Unidos– se ha convertido en uno de los principales destinos reproductivos (Marre et. al. 2018; Tober & Pavone, 2018; Speier, 2016). No sólo es el país europeo con el mayor índice de tratamientos con gametos donados (De Geyter, Calhaz-Jorge, Kupka et al. 2018; Wyn et al. 2020) sino también el principal proveedor de óvulos en Europa (Degli Espositi & Pavone, 2019; Shenfield et. al., 2010; Pennings et. al. 2014), especialmente a Italia, donde clínicas de fertilidad y bancos de óvulos reciben alrededor de 2.779 óvulos y 235 embriones anuales procedentes de España (DegliEspositi & Pavone, 2019; Ministry of Health, 2017).

En la distribución y producción de ovocitos “hay más demanda de óvulos que donantes [...] El número de mujeres que necesitan una donante [...] aumenta cada año. Eso ha provocado un desequilibrio entre la oferta y la demanda [...]” (Fernández, 2017: s.p). Así resumía un artículo publicado online (Fernández, 2017) la entrevista realizada al presidente de la SEF. La escasez de óvulos no es una observación reciente. En el 2014, (MacPherson, 2014) publicaba que pese a que en el último lustro, sólo en Cataluña el número de donantes de óvulos se había incrementado un 80%, aún persistía una carencia de óvulos disponibles que permitieran satisfacer la cada vez mayor demanda de tratamientos reproductivos en Europa (Keehn et. al., 2015; Waldby & Cooper, 2010). Todo ello da cuenta de la importancia de las mujeres que acuden a las clínicas para *donar* sus óvulos. De ahí que la búsqueda y selección de mujeres jóvenes –que cumplan con los requisitos y las exigencias de las clínicas– para ser donantes, se convierte en un aspecto fundamental para los centros médicos y en el que influye no solo la legislación vigente en el país, sino también las políticas establecidas por cada una de las clínicas y las expectativas de los *padres y/o madres de intención*. No todas las mujeres que acuden a las clínicas son aceptadas: deberán pasar por un criterio de selección estricto según exponen las webs de los centros reproductivos. Al



respecto, Molas (2019) se preguntaba ¿qué significa una selección estricta en el contexto de la ovodonación y cómo reaccionan las donantes ante estos criterios?

El título de este capítulo surge de la interrogante acerca de quiénes son las donantes de óvulos en Barcelona. A la vez, conlleva al análisis de los distintos ejes que redefinen los procesos de selección y/o admisión de donantes o *taming* (Molas & Perler, 2020).

En este capítulo analizaré las políticas de admisión y exclusión de donantes en la clínica de reproducción asistida. Tomando como punto de partida la publicidad, conjugaré los relatos de las donantes con la experiencia etnográfica y los testimonios del personal clínico junto con los comentarios expresados por receptoras de óvulos. Las narrativas de cada uno de los actores implicados revelan una imagen más compleja de los procesos de admisión y exclusión de donantes de óvulos, que trasciende parámetros clínicos.

En primer lugar, exploro cómo es construida la imagen de las donantes a través de la publicidad emitida por diferentes centros privados de reproducción asistida de Barcelona, para luego situarla en relación con la narrativa clínica. En segundo lugar, articulo los testimonios de las donantes, sus representaciones sobre quiénes son las donantes perfectas que pongo en relación con los testimonios del personal clínico sobre a quiénes se admite y a quiénes se excluye. A partir de este relato, expongo estadísticamente quiénes son las donantes de óvulos a través de su perfil sociodemográfico y sus características físicas tras el análisis de la información extraída de la base de dato de la clínica.

Finalmente, un último epígrafe de este capítulo está dedicado a la revisión conceptual en torno al significado social de la búsqueda de similitudes fenotípicas en la construcción de los vínculos de parentesco (Bestard & Marre, 2004; Bestard & Orobítg, 2009; Howell & Marre, 2006; Marre & Bestard, 2009; Parry, 2015; Wade, 2009; 2012); así como el papel que adquieren los conceptos de raza y nación en el contexto de la reproducción asistida (Álvarez Plaza, 2008; Finkler, 2010; Nahman, 2016; 2018; Rose, 2007; Thompson, 2005; 2006; Wade, 2009). Partiendo de la pregunta sobre quiénes son las donantes de óvulos y cómo son percibidas y construidas socialmente, retomo el análisis de Álvarez Plaza (2008) en que planteó

la existencia de una asimetría en el sistema de donación de gametos. Por ello, analizo el fenotipo -junto a características descriptivas de raza, nivel educativo y nacionalidad- como principios organizativos que definen las prácticas de admisión y exclusión de donantes de óvulos.

#### **4.2. *Picturing Donors* o la construcción social de la donante perfecta.**

“¿Quiénes son las donantes de óvulos? [...] El perfil mayoritario son universitarias, amigas de otras donantes para las que el proceso ha sido una buena experiencia o mujeres que han tenido un aborto provocado y desean ayudar” (Institut Marquès, 2021: s.p)

“Mujer de entre 18-33 años, sana, que no padezca obesidad ni ninguna enfermedad de transmisión sexual [...] con gran dosis de solidaridad y altruismo [...] muchas vienen recomendadas por otra amiga que ha donado óvulos en nuestro centro” (Alba González en CRA Barcelona, 2021: s.p)

Ambas frases forman parte de información que dos centros de reproducción asistida proporcionan acerca de la ovodonación. Escogí estas frases porque ejemplifican las diferentes maneras en que se pretende dar respuesta a la pregunta de ¿quiénes son las donantes de óvulos? Sin embargo, el lenguaje escrito no es el único que expresa cuál es el perfil de la donante que se busca y difunde desde las clínicas de asistencia reproductiva.



Imagen Nº 7. Clínica F. Año 2020

La primera vez que vi un afiche publicitario sobre donación de óvulos, la imagen protagonista era la de un hombre joven que decía “tú que puedes hacerlo, dona óvulos”. Aquel era uno de los afiches publicitarios que se repartían en la ciudad y en el transcurso de la investigación, su presencia recurrente en autobuses, restaurantes universitarios y estaciones de metro –en la estación Universitat, por ejemplo– me llevó a centrarme en la construcción de las donantes de óvulos a partir de la imagen. Desde entonces, esas prácticas promocionales han cambiado. Desde hace años, una parte de la publicidad se distribuye a través de redes sociales como Facebook y blogs (Molas, 2016). Algunas clínicas, en sus páginas webs, han creado una sección dedicada a la publicación de testimonios de receptoras, así como de donantes. La imagen N°7 que da inicio a este epígrafe proviene de una campaña publicitaria difundida en la web de la clínica Fertilab, en el área “Ser Donante”. Desde la web de Fertilab (2021: s.p), explican que “ser una ChicaDon es algo más que ser donante de óvulos [...] es formar parte de la gran familia de Fertilab”. Las chicas Don son descritas como mujeres de 18 a 34 años que quieren “experimentar la satisfacción de dar” sus óvulos (Fertilab, 2021: sp.). En el capítulo 6 analizo el uso del *don* como concepto a partir del cual se estructura la práctica. Por ello, dado el eje de este capítulo, me remitiré sólo a los textos que modelan la construcción social de su imagen a nivel social.



Imagen 1. Año 2016



Imagen 2. Año 2016



Imagen 3. Año 2017



Imagen 4. Año 2017



Imagen 10. Año 2019



Imagen 11. Año 2018

Las imágenes expuestas son solo una muestra del tipo de publicidad observada en el período de 2015 a 2020. Las modelos de estas campañas son jóvenes, blancas, de ojos claros, cabello castaño o rubio. Algunas tienen aspecto de estudiante que en la imagen N° 2, se representa con el uso de una mochila. Al preguntar sobre este aspecto en la clínica, una de las administrativas explicó que “la publicidad está pensada para atraer a un tipo de público concreto: si queremos estudiantes universitarias, debemos poner el foco en ellas, por eso se los distribuye en las facultades y se buscan rostros con los que este tipo de perfil pueda identificarse”. En una línea semejante, durante una charla en la clínica, el director de Márketing remarcó la importancia del tipo de publicidad y su lugar de distribución para la búsqueda de un perfil concreto de donantes: “tenemos un exceso de óvulos sudamericanos que luego no es fácil utilizar. Necesitamos más españolas, preferentemente universitarias, así que tenemos que centrar la campaña en ellas.

Tenemos que centrarnos más en las Facultades.” Al momento de aquella conversación en 2015, la publicidad que promovía la ovodonación se realizaba por radio y en redes sociales (Blogs femeninos y Facebook), además de los afiches distribuidos en facultades universitarias.



Imagen 12. Año 2020.



Imagen 13. Año 2017

Aunque mi primer contacto con la ovodonación, fue a través de *flyers* que circulaban en la universidad, al preguntar a las donantes sobre su primer contacto, las respuestas se diversificaban: la mayoría de las entrevistadas en la clínica explicaron que tuvieron conocimiento de la ovodonación a través del *boca a boca*, es decir, mujeres que habían donado y animaban a otras a hacerlo. En otros casos fue la radio y otras mencionaron los afiches o pósters diseminados por la ciudad. A partir de ahí, habían iniciado la búsqueda en las páginas webs de las clínicas para obtener más información sobre la ovodonación.

En todo caso, las donantes intercalaban en sus explicaciones, el uso de websites, círculos y redes sociales como una vía para obtener mayor información sobre la clínica, pero también del proceso de la ovodonación.

En el testimonio del director de Márketing citado, era necesario centrar la campaña en un perfil de mujeres para estimular y consolidar la búsqueda de un perfil concreto de donantes. Dicho perfil, se observa en parte, en los afiches promocionales situados al inicio de este epígrafe: mujeres jóvenes, blancas, de aspecto caucásico.



Lorena, una donante argentina de 25 años, comentaba: “Parecen salidas de un anuncio de cremas antiedad más que donantes. ¿Has visto qué caras tienen? Yo creo que son imágenes de ordenador”. Lorena se refería al afiche N°1. Lo mostré para preguntar su opinión sobre el lenguaje publicitario en torno a la donación de óvulos, pero fue ella quien hizo hincapié en el aspecto físico de las modelos de la publicidad. Algo similar dirá Laura (20 años, colombiana), al señalar que “son niñas perfectas a las que no se les ve ni el poro; yo no sé si salieron de un comercial de compresas o de uno de cremas antiedad”.

Al inicio de la investigación, el perfil mostrado -requerido- en los *afiches* era uniforme. Sin embargo, a finales del año 2016 comenzaron a aparecer otros – Figura n° 5-, publicados por una de las clínicas de Barcelona.



Imagen N°5. Clínica D. Año 2016

La imagen de mujeres con distintas características fenotípicas me llevó a preguntar el porqué de este cambio en el perfil publicitario. Al igual que constataba lo que parecía un cambio en los fenotípicos de las modelos en las campañas publicitarias de cosméticos y en las revistas de moda la ciudad, ahora parecía observar una orientación semejante en las publicidades de las clínicas. Ante ello me preguntaba qué había cambiado en la búsqueda de donantes de óvulos. Por qué ahora el *target* parecía más diverso. Al preguntar a las



Imagen N°6. Clínica B. Año 2020

Dra. A. (psicóloga, 60 años) y Dra. B (ginecóloga, 44 años) sobre este aspecto, sus respuestas se centraron en la diversidad de pacientes que con la que trabaja la clínica. La Dra. A. señaló que “tenemos conexión con clínicas en América Latina

pero también tenemos canales de distribución a Asia y África.” ¿En América Latina?, pregunté. “Sí, estamos ampliando nuestra cobertura en países como Panamá y Argentina. Hasta allí se movilizan pacientes de diferentes países de la región, donde el perfil fenotípico es más diverso.”



Imagen 8. Año 2020



Imagen 9. Año 2017



Imagen Nº 24. Año 2021.



Imagen Nº 25. Año 2021

La aparente diversidad de las modelos de los afiches publicitarios de algunas clínicas privadas reproductivas de Barcelona en el año 2016, sin embargo, no parece haberse mantenido. En julio de 2020 y en enero del 2021, revisé nuevamente las páginas de las clínicas de la ciudad y al parecer, prevalece el aspecto caucásico en sus modelos (imágenes Nº 7, 8, 11, 12 y 24). Algo similar,

observó Ana Molas (2016) en su tesis sobre donantes de óvulos en España. Tras una revisión de las imágenes publicitaria de las donantes en redes sociales como Facebook e Instagram, Molas (2016) halló que la mayor parte de mujeres representadas son jóvenes (que no superan los 25 años, probablemente), predominantemente blancas y por el uso de ciertos complementos y su vestimenta, representarían todas a la clase media.

Además del aspecto físico de las donantes también están aquellas imágenes promocionales de los TRAs con bebés posiblemente resultado de las FIV –ya sean con óvulos o espermatozoides donado–, dirigidos a todas aquellas mujeres que inician un tratamiento reproductivo o que acaban de ser madres.



Imagen N° 24. Clínica D. Año 2017.



Imagen N° 25. Clínica D. Año 2020.



Imagen 22. Clínica I. Año 2021

## Reproducción asistida

Encuentra aquí todos los detalles sobre los tratamientos de reproducción asistida.





Imagen N° 23. Clínica B. Año 2021.



Imagen N° 27. Clínica D. Año 2021

Speier (2016) retomó el concepto “tourist imagination” –desarrollado por Crouch, Jackson & Thompson (2005)– para analizar la importancia que tienen los medios de comunicación para generar movilidad reproductiva y cómo esa comunicación está mediada por cuestiones de género. Speier (2016) analizó la publicidad de las websites de brokers de clínicas reproductivas para señalar que, a través de paisajes idílicos, de bebés blancos –de ojos azules– y sonrientes, a la vez que de clínicas y testimonios de pacientes con resultados exitosos, se crean fantasías que constituyen el motor central de la movilidad reproductiva y se convierten en parte activa de sus viajes dado que “both tourism and media text are enmeshed with innumerable flows of cultural events, contexts, desires and feeling” (Crouch, Jackson & Thompson, 2005; 12).

Partiendo de la descripción oral y escrita con respecto a los donantes de gametos, Álvarez Plaza (2008: 68) remarcaba que, en los discursos de los médicos y donantes de óvulos, estos son descritos como españoles universitarios. Ser universitario, “aporta un barniz altruista”, por cuanto parece tener menor necesidad de dinero mientras que la juventud transmitiría “la idea de salud y fertilidad” (Álvarez Plaza, 2008: 68). La descripción de Álvarez Plaza (2008) coincide con la representación visual de las donantes que, intercaladas con las de las parejas

receptoras y de los niños/as concebidos con gametos donados, representarían algo más que al tipo de donante de óvulos buscado. ¿Qué evocan aquellas imágenes promocionales de donantes, niños/as y receptoras? Y más allá de su construcción publicitaria, ¿cómo son las donantes y qué implica ser donante?

#### **4.3. La donante como categoría neutra. La racionalidad jurídica y la objetividad clínica en los procesos de selección.**

Los comentarios de las donantes a propósito del aspecto físico, me llevaron a preguntar: ¿cómo se realiza el proceso de admisión de donantes? En varias ocasiones, escuché a las receptoras formulando la misma interrogante al personal del departamento de psicología.

Si se toman como referencia los *flyers* promocionales de la clínica, el proceso se resumía en: 1) Tener buen estado de salud psicofísica; 2) Tener más de 18 años y menos de 35; 3) No tener antecedentes médicos familiares; 4) No poseer piercings ni tatuajes en los seis meses previos a la donación (Anexo 1). Esta explicación solía estar en el reverso de los *flyers*. Sin embargo, en las páginas web –y esto varía en función de la clínica– se añaden requisitos como: 4) Realizar la donación de manera anónima y altruista; 5) No ser adoptada pues limita el control de los antecedentes familiares; 6) Tener reglas regulares.

El artículo 5, inciso 6 de la Ley Española de Reproducción Humana Asistida 14/2006, señala que las condiciones para ser donante de gametos –femeninos y masculinos– son: 1) Tener más de 18 años; 2) Buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar que deberá probarse a través de “un protocolo obligatorio [...] que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar [...] que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia” (Jefatura del Estado, 2006: 8).

Como es posible observar en las páginas webs de las clínicas de reproducción asistida que funcionan en la ciudad, sus políticas parecen seguir los mismos parámetros establecidos por ley. No obstante, en la práctica la selección y admisión de donantes podría adquirir mayor complejidad lo que se evidenciaba en

las expresiones y actitudes del personal de la clínica.

Al preguntar sobre el sistema de admisión de donantes de óvulos, las trabajadoras de la clínica repetían una síntesis de los requisitos estipulados por la ley. Si reformulaba la pregunta, las respuestas adquirían otros matices:

- Investigadora: Si una mujer cumple con los requisitos de edad y salud, ¿significa entonces que ya puede donar?
- Auxi, recepcionista 1: No necesariamente. Hace falta que sean disciplinadas con los tratamientos y hay algunas por ahí que las ves venir y sabes que no seguirán el protocolo y después es un problema para nosotros.
- Amparo (24 años), pasante de psicología: Tienen que estar bien de la cabeza, se les aplica un test y si vemos que hay algo raro, las entrevisto a ver qué me dicen y según eso, se ve.
- Merche, recepcionista 2: Otro problema son las gitanas, vienen con toda la familia y todos quieren –y pretenden saber del tema–, además de que son vulgares y pueden traerte problemas. Es difícil tratar con ellas. A estas chicas, por muy monas que sean y por muy sanas y fértiles que estén, preferimos descartarlas, no vaya a ser que tengamos complicaciones futuras.

La ley establece un buen estado de salud psicofísica como condición. Pero, ¿cómo esto es interpretado desde la clínica? ¿Qué tipo de procedimientos o protocolos se establecen? Durante el trabajo etnográfico, el elemento común fue la observación de los procedimientos de selección como un proceso fragmentado que avanzaba en etapas. Algo similar había constatado en las entrevistas realizadas a las donantes.

En primer lugar, la mujer que aspira a *donar* sus óvulos contacta con la clínica. Todas las donantes entrevistadas habían cumplimentado un formulario disponible online en el que daban sus datos para ser contactadas posteriormente. También comentaron haber recibido una llamada telefónica en un lapso no superior a 4 días. En esa llamada, les preguntaron el nombre, la fecha de nacimiento, grupo

sanguíneo, fecha aproximada de la última menstruación y su regularidad. Tras ello, se concretaba una entrevista en día usualmente coincidente con el momento de la llegada de la siguiente regla:

“No entendí por qué me dijeron de ir en 20 días. Pensé que tenían a muchas más como yo en la cola. Pero me pareció bien porque al menos ya se habían puesto en contacto conmigo”, me explicó Lorena (25 años, dependiente) tras preguntarle por sus primeras interacciones con el personal de la clínica. Una vez dentro del centro, estuvo en la sala de espera, un pequeño espacio al que sólo acceden las mujeres que quieren donar óvulos donde, sentada y ojeando la revista *Hola*, esperaba su turno para ser atendida. Antes de ingresar y ver a las enfermeras, debía leer y firmar un acuerdo de confidencialidad y responder a las preguntas de un test psicológico elaborado por el equipo de psicología del centro cuyas preguntas se centraban en:

- 1) Antecedentes familiares de depresión, esquizofrenia, paranoia, enfermedades mentales, diabetes y problemas cardiológicos.
- 2) Calidad y tipo de relaciones sociales establecidas con padres, amigos, familiares cercanos y con una posible pareja.
- 3) Hábitos de consumo de alcohol, café, drogas y cigarrillos, además de frecuencia en el consumo de todas estas sustancias.
- 4) Características fenotípicas propias y posibles diferencias con sus antepasados directos.
- 5) Problemas policiales por conducta y disciplina.
- 6) Motivación y temores en torno a la ovodonación.

En el departamento de psicología, me explicaron que la presencia de cualquiera de estos trastornos, invalidaba a una posible donante. A la depresión, casos de esquizofrenia y paranoia, se sumaban también la bipolaridad, antecedentes de suicidio. En la experiencia en la clínica, observamos muy pocos casos en los que se presentara cualquiera de estas complicaciones. Y en la base

de datos sólo había cinco casos señalados como “prohibición para donar” debido a antecedentes psicológicos.

Lorena explicaba con cierta incredulidad las preguntas del cuestionario psicológico. Laura, que donó en 2 ocasiones, era más explícita en sus críticas: “Que cuánto café bebo a la semana? ¡Qué voy a saber! Lo normal, supongo. No creo que eso revele mucho sobre mí, pero no sé si a ellos eso les parece importante”. Lorena se quejaba de lo que ella consideraba una obviedad: “¿qué es eso de si yo veo gente y cosas que nadie más ve? Si respondes que sí a eso, no sólo es obvio que estás loca, sino que además eres idiota (risas)”. Sofía (24 años, camarera), por su parte explicaba:

“había una pregunta sobre las enfermedades de mis abuelos. No sé de qué murieron porque yo aún ni nacía. No se qué enfermedades hereditarias hay en mi familia. Yo supongo que todo el mundo está bien porque nunca escuché nada raro en casa, aunque después de la cita, sí le pregunté a mi mamá que me explique bien de qué había muerto el abuelo y ella me dijo: le dio un infarto.”

Comentarios como los de Lorena, Lucía y Sofía no eran extraños en las donantes. En general, todas las mujeres que entrevisté –tanto en la clínica como fuera–, percibían la historia médica de sus familiares como limpia, sin mayores complicaciones. Muy pocas subrayaron en el test “esquizofrenia” y/o “depresión” y en ese caso, solían ser descartadas del sistema.

Había otras respuestas que despertaban las alarmas del departamento de psicología, las concernientes a sus relaciones familiares, su estado anímico y el uso de medicamentos para dormir. En ocasiones, algunas donantes decían haberse sentido deprimidas en momentos puntuales, que mantenían muy poco contacto con los padres y que alguna vez tuvieron un problema con la policía. En casos así, se las ponía en contacto con el departamento de psicología en donde se les pedía una explicación adicional:

-Amparo, pasante de psicología: Utilizamos ese tipo de información para hacernos una idea de su estado emocional, pero también del tipo de persona. Imagínate alguien con problemas con la policía: ¿tendrá

antecedentes? ¿Qué fue lo que originó el incidente? Esta chica [una mujer aspirante a donante que acababa de salir del despacho] acaba de contarme que hace años estuvo en una fiesta en la que hubo una pelea y acabaron llamando a la policía. Ella dice que no tuvo nada que ver con eso, pero decidí que era mejor dejarla fuera del sistema porque no me inspiró confianza.

La mujer a la que hacía referencia Amparo tenía 30 años, un ligero sobrepeso y estaba en el paro. Explicó que el altercado policial se debió a que un amigo de su novio empezó a pelearse en el bar, pero que pronto la discusión terminó en una batalla campal porque se fueron incorporando los amigos de cada grupo para defender a los implicados. Cuando la policía llegó al lugar, la mujer estaba separando a su novio del cuerpo de otro.

En otra ocasión, a Amparo y a mí nos sorprendió la explicación de Jeanette, de 24 años, estudiante de bellas artes en la Universidad de Barcelona. Por teléfono, nos la habían descrito como “una chica mona pero rara” y al responder que sí tuvo problemas con la policía años atrás, que tomó medicamentos para la depresión y el insomnio, fue enviada al departamento de psicología. Al conocerla, observo que Jeanette tenía una parte de la cabeza rapada, una línea gruesa de eyeliner en los ojos y una especie de trenza teñida de color verde sobresalía de su nuca. Las uñas pintadas de negro, falda corta y botas militares. Cuando Amparo le preguntó qué tipo de problema había tenido, la respuesta de Jeanette fue inesperada:

“Sufrí una violación hace cinco años. Yo volvía a mi casa después de estar con mis amigas en un bar. Eran como las 11 de la noche cuando un tipo me asaltó, me llevó detrás de un contenedor, y me forzó. Después, me metí en casa y se lo conté a mi compañera de piso. Llamamos al 911. Luego fui a la Policía. Me preguntaran cómo iba vestida y qué hacía sola a esas horas. Llevaba unos vaqueros, unas deportivas y un jersey. Me sentí fatal, frustrada y con mucha rabia. Me hice los exámenes médicos. Nunca encontraron al agresor. A raíz de eso, tenía pesadillas, no me sentía segura en la ciudad. Ese fue mi problema con la Policía y como tenía miedo, decidí mudarme a Barcelona.”

Jeanette fue aceptada como donante de óvulos. Sus respuestas en el

cuestionario en general, eran las habituales dentro del contexto de la clínica. Pregunté a la Jefa del Departamento de Psicología si había muchos casos como el de Jeanette, que afirmaba haber sido víctima de una agresión sexual, a lo que me respondió: “Suele ser más frecuente de lo que te piensas. Y en la mayoría de los casos, todas han experimentado cuadros clínicos como el de esta chica. Lo que buscamos es que al momento de la donación, haya estabilidad emocional. Aún así, les ofrecemos ayuda psicológica, si fuera necesario y mientras hacen el tratamiento hormonal.”

Una vez más en la sala de espera, mientras las posibles donantes respondían los cuestionarios, una de las recepcionistas observaba y se fijaba en sus movimientos, en sus gestos, en su corporalidad. A partir de allí, juzgaría si debía ser observada con mayor atención por el equipo de psicología o las propias enfermeras. Esta era una práctica frecuente. Ellas funcionaban como un primer filtro y durante el tiempo que estuve en la clínica, en varias ocasiones me llamaron para que asistiera a las entrevistas a aquellas que les resultaban extrañas por alguna razón. *Lo extraño* refería a comportamientos considerados inapropiados. Durante la estancia, la lista de este tipo de actitudes abarcaban muestras corporales de impaciencia –movimiento tembloroso de las piernas, comerse las uñas–, falta de cuidado en la vestimenta –aspecto desaliñado, suciedad, roturas en las prendas o descuido en el estilo– y en la presentación estética –desde el uso de colores estridentes en la ropa, hasta la presencia de uñas postizas y de esmaltes brillantes–, uso excesivo de maquillaje, tatuajes, cortes de cabello y peinados considerados agresivos –una cresta mohicana, por ejemplo, o una cabeza rapada total o parcialmente como la de Jeanette–.

-Investigadora: ¿cuáles son esos detalles que hay que observar para saber si pueden o no ser aptas?

-Auxi, recepcionista 1: No siempre es algo exacto y no siempre es fácil acertar, pero una se fija en el comportamiento: si parecen nerviosas o con muchas prisas. No me gustan las que son muy insistentes porque parece que el favor te lo hacen ellas a ti. Luego está la forma en que están vestidas. Tienen que verse limpias, higiénicas. Es un todo: miras la ropa, la expresión, el movimiento, los gestos de su cara.

-Investigadora: ¿Y qué se hace si al final ves algo extraño?

-Auxi: Yo advierto a las de psicología por si ellas detectan algún problema de conducta. La última palabra no la tengo yo, así que sólo aviso.

-Investigadora: ¿alguna vez vivieron situaciones poco comunes con las donantes?

-Auxi: No, especialmente. Por regla general, son tranquilas. Salvo en alguna ocasión, con gitanas: no vienen solas y una vez, aparecieron las primas de una a la que ya la habíamos admitido e hicieron tremendo lío porque no se las dejaba ingresar y no se las atendía rápido, según ellas.

Merche: A veces son los novios los problemáticos. Cuando se enteran que la novia es donante, vienen aquí a tratar de buscar y de ver a la chica, y encima se enojan con uno porque no les dejamos pasar o porque creen que estamos haciendo algo inmoral.

En ocasiones, Auxi, la recepcionista, me llamaba para que separase a una donante de otra en momentos en los que había mayor afluencia y saturación en el área de enfermería ya que se procuraba que no coincidieran más de dos en la sala de espera, pero a veces surgían errores en la programación de las citas o había un incremento en el número de mujeres interesadas en donar.

Tras varios minutos en la sala de espera, si todo era correcto, la posible donante se trasladaba a otro despacho con una enfermera que la pesaba, medía y calculaba su índice de masa corporal. “Es importante que no tengan sobrepeso, así que nos fijamos que esté en unos baremos óptimos”. ¿Cuáles son esos baremos óptimos?, pregunté. “Que no estén por debajo de 18 IMC ni por encima de los 25 IMC. ¿Y si están con unos kilitos extras?, insistí. “A veces pasa, pero lo más común es que estén un poco por debajo del baremo; que estén un poco delgaditas. Sólo se lo comento, pero si la chica no tiene delgadez extrema y es apta para donar, lo hace igualmente”. También registraba el color de ojos, cabello y piel a partir del tono reflejado en el antebrazo, menos afectado por el sol y preguntaba si tenía algún familiar cercano –padres, abuelos y bisabuelos– con características fenotípicas distintas a la suya.



Tras registrar toda esta información en un programa informático, le explicaba qué es la donación de óvulos. Con unas diapositivas proyectadas en la pantalla del ordenador, le mostraba cómo funcionan los órganos reproductivos femeninos y hacía hincapié en los ovarios y en la técnica utilizada por la clínica para aumentar la producción de óvulos para luego extraerlos. Al final de la charla informativa, la enfermera le explicaba que había riesgos asociados a los tratamientos, mínimos y que su nivel de incidencia era inferior al 1%.

Estuve presente en algunas de estas entrevistas que sucedían con rapidez –no solían durar más de 10 minutos– en las que yo no hacía preguntas, sólo observaba mientras la enfermera se mostraba atenta y las primeras líneas que daban inicio a su discurso eran: “La donación de óvulos es un acto altruista que permite que otras mujeres puedan tener una familia”. Las últimas siempre estaban ligadas a las garantías sanitarias de la clínica debido a su innovación tecnológica y a la excelencia profesional por lo que, “estas complicaciones [hiperestimulación ovárica] sólo se dan en casos muy reducidos y nosotros contamos con todos los medios para evitarlos; nosotros cuidamos de ustedes”.

Tras la presentación de la Enfermera 1, la posible donante pasaba a una sala contigua con la Enfermera 2. Allí le tomaban una muestra de sangre y le realizaban una ecografía, previa comprobación verbal de que la mujer tenía la regla lo que daba sentido a las dudas iniciales de Lorena: la programación de la cita dependía del cálculo realizado con calendario del ciclo menstrual.

La razón por la que la ecografía intravaginal se realizaba durante el ciclo menstrual me la dio la enfermera: “necesitamos comprobar cuántos folículos produce al mes sin el tratamiento hormonal y cuando está menstruando es el mejor momento para saberlo”. Así que las mujeres se sentaban en una silla de uso ginecológico, la enfermera introducía una sonda y presionaba ligeramente el área en el que están los óvulos mientras observaba en un monitor los folículos, su producción por cada ovario, hacía un recuento y obtenía una fotografía. Con todo ello, tenían lo necesario para determinar si la joven tenía o no una producción normal de folículos en cada ovario. Durante la ecografía, también observaban ligeramente el útero, su posición, normalidad o posibles anomalías. Tras ello, hacían los análisis de sangre. Dado el objetivo de este capítulo, retomo y profundizo en estos aspectos en el

capítulo 6 en que analizo la experiencia corporal en la producción de óvulos y las interacciones entre el personal de la clínica y las donantes. No obstante, lo he comentado aquí para sintetizar los aspectos clínicos del proceso de selección que se resumen en: comprobación del estado de salud a partir del IMC, antecedentes de presencia o ausencia de enfermedades genéticas y de problemas psicológicos graves, caracterización fenotípica, muestras de sangre para cariotipado y recuento folicular. El cariotipado es útil para descartar anomalías cromosómicas y prever riesgo de enfermedades como el síndrome de Dawn. Días después de los análisis, los resultados estaban listos y, si no había novedades en todo el proceso, la aspirante estaba lista para donar. No obstante, llegar a este punto implicaba también implica haber pasado por otro filtro relevante, especialmente cuando la donante no es española: el fenotipo.

#### **4.4. “¡Yo soy la Donante Perfecta!”**

Era el mes de mayo de 2014. Sentada en una plaza ubicada en la zona alta de Barcelona, esperaba la llegada de Lucía (24 años, catalana), la primera mujer que accedió a contarme su experiencia como donante de óvulos. Habíamos intercambiado e-mails en múltiples ocasiones. Nos conocimos virtualmente en un blog llamado *enfemenino.com*. Nunca había visto su rostro ni había oído su voz. Tampoco tenía una imagen de cómo sería.

Una mujer alta, con la piel clara, el cabello castaño y los ojos verde-azulados se acercó a mí. Se identificó y preguntó mi nombre. Era Lucía. Nos sentamos en la terraza de una cafetería cercana. Ella había escogido el lugar, el día y la hora del encuentro. Me había citado en el barrio en el que están ubicadas muchas clínicas privadas de reproducción asistida: la zona alta de Barcelona, el barrio de Sarrià. Un sector caracterizado por el elevado poder adquisitivo de sus residentes reflejado en las edificaciones, plazas y en las cafeterías cercanas. No se percibía allí la mezcla de sonidos producidos por la circulación constante de autobuses urbanos, el clacson de los coches y de las bicicletas, las conversaciones en voz alta de cientos de transeúntes entremezclados con sirenas de ambulancia, camiones de bombero o coches de policías. Aquí, la ciudad parecía silenciosa.

Tan pronto nos sentamos, me dijo: “acabo de salir de una cita en la clínica. He empezado un nuevo tratamiento, y ya sabes, es mejor contar las cosas cuando aún están frescas”. Lucía se refería a su quinta donación de óvulos. En sus esfuerzos por convertirse en donante, Lucía había recorrido algunas clínicas de Barcelona. Le pregunté cómo las conoció. Me dijo que la primera vez que supo que podía donar sus óvulos, fue por un afiche publicitario. Revisó las condiciones principales: buen estado de salud psicofísico y tener menos de 35 años de edad. A raíz de ello, decidió buscar en internet información sobre la clínica y completar un formulario de información:

“al poco tiempo, me llamaron por teléfono y fui a la clínica, me explicaron en qué consistía el tratamiento, me hicieron algunas preguntas sobre mis antecedentes familiares y luego me dieron otra cita para hacerme las analíticas. Estaban encantados conmigo, así que lo supe desde el inicio, yo soy lo que ellos buscan” (Lucía, 24 años, catalana, dependiente).

Me intrigó la seguridad con la que Lucía me dijo “soy lo que ellos buscan”, así que pregunté: “¿a qué te refieres, qué crees que es lo que ellos buscan?” Lucía me miró, sonrió y gesticuló con la mano, trazando una línea imaginaria sobre su rostro y su cuerpo:

“Soy lo que ellos buscan: una mujer joven, española, alta, que mide 1.70, blanca, con los ojos azules. ¿Cuántas chicas has visto con ese perfil en la clínica? (...) Todos quieren tener un hijo con esas características. Conmigo –por así decirlo– tienen más garantías de que les salga guapo. Porque ya me dirás ¡qué familia española que pague por estos tratamientos quiere un hijo con pinta de sudamericano!”

No terminaba de comprender de dónde venían sus afirmaciones, así que insistí: “¿cómo lo sabes; cómo tienes la seguridad de que en las clínicas tienen un perfil de donante en particular más allá de las condiciones médicas?” Esta vez, ella estaba sorprendida por mi pregunta. Me miró, suspiró y respondió:

“¡Porque te lo dicen! Te hacen saber que tienes ojos bonitos, te dicen que eres el tipo de chica ideal para donar (...), te piden que sigas donando [te llaman para que vuelvas y siempre lo hice porque eran ellos los que me

insistían] y que traigas a tu hermana para que también done. (...) Yo no conozco a las receptoras, se que son europeas y creo que deben de tener mucha pasta para pagar estos tratamientos, así que es obvio que mientras más guapa eres, mejor”.

A raíz del comentario de Lucía, me propuse indagar más sobre ello y me sorprendía la conciencia que tenía de ello. Mantuvimos el contacto en el tiempo. Su testimonio, sus historias y opiniones las retomo a lo largo de esta tesis porque proporcionan una mirada amplia sobre la ovodonación y la experiencia de ser donante.

Tiempo después, y con una nueva entrevista pautada vía redes sociales, Andrea (27 años, argentina, camarera), contaba cómo su hermana fue rápidamente aceptada como donante de óvulos y cómo la instaban a repetir el proceso. Andrea describió el aspecto físico de su hermana y lo explicó como un elemento clave en el sistema de admisión de donantes:

“Si tienes la piel y los ojos claros, y si además no eres bajita, eres la donante ideal. Mi hermana mide 1.73, es muy blanca y tiene los ojos verdes; ella se parece a nuestra abuela que era italiana. Se entusiasmaron con ella tan pronto la vieron y le dijeron que era perfecta. Todos quieren chicas como mi hermana: bonitas, blancas y de ojos claros.”

Andrea intentó ser donante pero no pudo completar el proceso. Su hermana, en cambio, donó en cuatro ocasiones. Aunque había sido admitida en el sistema, ella creía que había una mayor preferencia hacia donantes con el tipo de características físicas que sí poseía su hermana.

Comentarios como el de Lucía y el de Andrea, no fueron los únicos a lo largo de la investigación. Tiempo después, en las entrevistas en la clínica, Sofía (24 años, camarera, española) se definió a sí misma como un “buen ejemplo del tipo de chica que buscan las clínicas”. “Soy pelirroja natural y tengo los ojos verdes, eso me hace más deseable y por eso he podido donar en varias clínicas en muchas ocasiones”. Sofía había donado en cuatro ocasiones y fue a la clínica para el chequeo rutinario porque había iniciado su quinto tratamiento hormonal para donar óvulos. Para el personal administrativo, Sofía resultaba *molesta* porque “viene con demasiada

confianza y siempre quiere ponerse a charlar con otras donantes”, se quejaba Auxi (42 años), una de las recepcionistas. En la sala de espera, Sofía intentaba conversar con otras mujeres jóvenes que también pretendían ser donantes de óvulos, mientras esperaba a ser atendida por una enfermera.

Para las donantes, una apariencia física que represente unos ideales de belleza particulares –que se traducen en piel y ojos claros, elevada estatura y aspecto europeo– las convertía en ideales, en donantes perfectas. Comentarios de esta índole se convirtieron en una constante en aquellas que ya habían donado en múltiples ocasiones y más tras haber visitado varias clínicas. Mujeres que habían quedado excluidas del sistema también hicieron comentarios semejantes, especialmente aquellas que creyeron ver en su aspecto físico, la causa principal de la exclusión. Es el caso de Belén (20 años, estudiante, colombiana), que tras varios intentos en diferentes clínicas, y no ser admitida en ninguna, expresó: “En una de las clínicas me dijeron que era muy bajita y que cuando encuentren una receptora con mi perfil, me llamarían”. ¿A qué crees que se referían con el perfil?, pregunté. A lo que Belén respondió: “supongo que alguien que se parezca más a mí, que parezca de mi tierra. Si hubiera tenido otra pinta, habría tenido más suerte... pero es que lo intenté como en cinco clínicas, y nada, ¡ni puto caso!, nunca me volvieron a llamar” ¿Otra pinta?, insistí. “Sí, ya sabes, uno ahí todo chiquito, morenito, colombiano prototipo... No como las de Medellín, no... que a veces la gente piensa que las colombianas nos parecemos todas a Shakira o a Sofía Vergara. ¡Qué bah! Yo soy del interior y allí uno es... diferente, ¿usted me entiende?” Belén mide 1,58, tiene la piel muy morena, el cabello liso, oscuro, los ojos marrones y los pómulos afilados. Sólo hizo la primera entrevista. Nunca le hicieron los análisis médicos.

En las conversaciones cotidianas con el personal clínico, los comentarios sobre el aspecto físico de las posibles donantes se entremezclaban con valoraciones estéticas de las receptoras y sus parejas, donantes e incluso hacia las propias becarias: “a esta gente no será difícil encontrarle una donante; ¿has visto que pinta más rara tenía ese señor?”; “nadie quiere un hijo Panchito, así que con estas chicas ni para qué perder el tiempo”<sup>16</sup>; “qué mona que eres tía, tú serías la

---

<sup>16</sup>Al igual que muchos comentarios incorporados en esta tesis, estos corresponden a conversaciones triviales en la cocina. En este caso, el comentario estaba dirigido a mí y a una de las becarias a propósito de la

donante perfecta, ¿no querrías donar tus óvulos y así ganarte unos eurillos extras?<sup>17</sup>”.

En los pasillos de la clínica, la llegada de algunas donantes con características particulares, generaban cierta expectativa:

-Auxi (administrativa-recepcionista): “¿Has visto qué mona es esta chica? No veas qué ojos tan azules tenía. Estaba un poco gordita, pero tenía una cara, que parecía una muñeca”.

En otro momento, se trataba de una mujer de origen brasileño, de un perfil al que no estaba acostumbrada a ver en la clínica:

- Merche (administrativa-recepcionista 2): “A veces te llegan unas... que parecen auténticas modelos. El otro día, por ejemplo, vino una chica súper alta, delgadita, los ojos verdes, la piel mulata, unos rasgos finísimos. Su madre era italiana y su padre era negro de Brasil. Vamos, estábamos encantados de que volviera”.
- Investigadora: ¿Y tienen parejas compatibles con ella?
- Auxi (recepcionista 1) y Dra. A: “Sí, ¡claro! Tenemos gente que viene desde otras partes del mundo, parejas mixtas italianas con el mismo perfil o si no, se distribuyen hacia nuestros asociados en otros países de América Latina”.

Ambas mujeres fueron aceptadas como donantes. Los óvulos que fueron extraídos con éxito de sus cuerpos fueron calificados como *preciosos*. Al inicio, creí que la clasificación de los óvulos estaba relacionada directamente con su calidad, pero tiempo después, observé que esta categoría era solo para aquellos que procedían de mujeres que resultaban atractivas para el personal de la clínica. Pese

---

pertinencia o no de hacer entrevistas a todas aquellas mujeres que acuden a la clínica para donar óvulos. El uso del término “Panchito” lo descubrí en la clínica y con él se referían a todos aquellos niños nacidos en España, hijos de mujeres latinoamericanas de aspecto amerindio.

<sup>17</sup>Este comentario lo hizo una de las recepcionistas a una becaria del departamento de psicología. La becaria, a quien llamaré Mariona (20 años), estudiaba una maestría en Psicología. Ella es rubia, alta (1.72 cm), de ojos verdes, delgada.

a los esfuerzos de las recepcionistas, después de aquella experiencia, ninguna de las dos donantes volvió a la clínica. Al menos no durante el tiempo en que estuve allí haciendo trabajo de campo. Llamar a antiguas donantes –cuyos casos habían sido exitosos–, era un trabajo habitual de las recepcionistas. Especialmente si el perfil se ajustaba a ciertos patrones estéticos y fenotípicos como piel y ojos claros, estatura promedio (a partir de 1.63) y aspecto europeo.

Más adelante, por las tardes, pude encontrar a algunas de aquellas mujeres que eran rechazadas del sistema de ovodonación. Muchas veces se trataba de mujeres dominicanas, ecuatorianas y peruanas que no solían pasar a la entrevista con la enfermera. Sólo rellenaban una ficha con sus datos personales y un cuestionario que sería finalmente archivado por las recepcionistas-administrativas. Este hecho se hizo evidente para mí por primera vez una tarde en la que esperábamos la visita de una posible donante. Se trataba de una mujer de 19 años, de origen dominicano y que fue excluida tan pronto ingresó a la clínica:

-Auxi, administrativa: “A estas chicas las excluimos del sistema porque con los dominicanos ocurre algo muy peculiar: es tan grande el nivel de mestizaje en ese país, que realmente no tenemos ni idea de cómo saldría un hijo de esta persona, independientemente del color de piel de la chica. No podemos garantizar nada a las receptoras y ¿qué se les dice si en lugar de un niño blanco, les sale negro, por ejemplo?”

Pese a la exclusión de la clínica, entrevisté finalmente a la mujer de origen dominicano. Nadie le comunicó que no había sido admitida como posible donante: “es mejor que no sepan el porqué, para que no estén prevenidas y quieran adaptar sus respuestas”, me comentaba una de las becarias estudiante de psicología. La exclusión general de donantes por el fenotipo o por cuestiones ligadas a aspectos psicológicos, se hacía de manera tácita con frases del tipo “gracias por tu colaboración, te llamaremos tan pronto tengamos una receptora que se ajuste a tu perfil”.

En todo caso, se pueden establecer ciertos paralelismos entre los comentarios expresados por las donantes en España durante las entrevistas, y aquellos reflejados en el documental de Diane Tober (2017) *The Perfect Donor*. En

el trailer promocional, una mujer joven inicia el relato explicando: “the agency had said: you probably get pick very fast because you’re blonde, you’re blue eyed and you’re whitey”. El documental inicia a partir de las narrativas de las donantes en Estados Unidos. En él, Diane Tober (2017) explora cómo son reclutadas las mujeres jóvenes para la satisfacción de la alta demanda de óvulos humanos para el mercado reproductivo. Desde la creación de perfiles sociales que recuerdan a *Facebook*, pasando por el tipo de mensajes que deben transmitir las posibles donantes para ser elegidas, categorizadas y valoradas.

Whittaker & Spier (2010) analizaron cómo las desigualdades económicas se expresan en los cuerpos de las mujeres de escasos recursos económicos que comercializan sus capacidades reproductivas a través de la subrogación y la donación de óvulos. El uso del concepto *cross-border reproductive travel* desarrollado en el capítulo 3 es utilizado por Whittaker & Spier (2010) para enfatizar en la mercantilización de los cuerpos reproductivos que reducen las labores afectivas del cuidado y del nutrir –*nurturing affective labor*– a un intercambio meramente económico. Cada parte del cuerpo estaría mercantilizado: los óvulos, el espermatozoides y los embriones. Todos ellos son caracterizados según el lugar de origen, las características de los donantes y el género (Whittaker & Spier, 2010). Ello derivará –afirman Whittaker & Spier (2010)– en una intensificación de la estratificación de la reproducción en la que grupos sociales determinados comercializan sus capacidades reproductivas a través de la subrogación y la ovodonación.

En Barcelona, las donantes no crean un perfil al que puedan acceder las receptoras. La interacción entre ellas y las receptoras está prohibida debido al anonimato de las donaciones. Por ello, la intermediación de la clínica se vuelve un factor crucial al momento de gestionar las expectativas, temores y deseos de las *familias de intención*, así como de las propias donantes. El cómo se produce esa negociación es lo que he intentado mostrar a lo largo de este capítulo.



#### 4.5. “Tengo una donante perfecta para ti”. Una comparativa entre la narrativa y el acto: características demográficas y fenotípicas de las donantes.

Una de las preguntas recurrentes entre las receptoras de óvulos es “¿cómo es la donante?”. En Estados Unidos, los *padres y madres de intención* eligen a las/os donantes a partir de las fotografías y la descripción que ellos hacen de sí mismas/os, en una página creada específicamente para ello. En los 90 minutos de duración del documental *The Perfect Donor* (Tober, 2017) aparecen mujeres jóvenes explicando el proceso de construcción de su imagen como donantes idóneas. Las fotografías con que se presentan han sido tomadas en un estudio. En ellas aparecen mujeres con amplias sonrisas, con rubor en las mejillas, sombras de ojos, máscara de pestaña y labios rojos. Una de las entrevistadas explica que, en la producción fotográfica, se utiliza el photoshop para mejorar la expresión del rostro. Daniels & Heidt-Forsythe (2012) definieron el proceso de selección de donantes como una reminiscencia de los concursos de belleza que “relies on images of modeling head shots and references to the grace, beauty, and “polite behavior” of potential donor” (Daniels & Heidt-Forsythe, 2021: 720). Algo similar observó Deomampo (2016) en algunas de sus entrevistas efectuadas en la India, durante su investigación sobre reproducción transnacional. En sus conversaciones con el director de un centro de reproducción asistida en Mumbai, Deomampo (2016), halló que las mujeres son categorizadas como “regular donors” y “diva donors” (Deomampo, 2016: 314). Las *regular donors* procedían del mismo lugar que las subrogadas: mujeres con bajo nivel educativo, consideradas como poco atractivas –de piel oscura, vestidas con atuendos típicos de la India–. En contraste, las *diva donors* eran aquellas con alto nivel educativo, consideradas muy atractivas –definidas como modelos de tez clara, ojos verdes, rasgos finos, vestidas al estilo occidental y algunas, con un aspecto ligeramente asiático– (Deomampo, 2016). Al igual que ocurre en el contexto estadounidense, la compensación es diferencial: las *diva donors* –en sus múltiples interpretaciones– ganan más.

La selección de donantes por parte de los *padres y madres de intención* no es exclusiva de países como Estados Unidos. El documental *La Teoría Sueca del Amor* (Gandini, 2016) analiza las consecuencias de las políticas estatales en torno

a la familia y la construcción de los vínculos sociales en Suecia. Al inicio del documental, Gandini (2016) muestra cómo es el proceso de selección de un donante de esperma para lo cual mujeres solteras ingresan a una plataforma virtual de una clínica de reproducción asistida. Allí acceden a fotografías, vídeos y mensajes de voz de los donantes en los que describen sus hábitos, intereses, nivel educativo, así como las motivaciones para donar. A partir de allí, la *madre de intención* hará *click* sobre el perfil que más le atraiga y en unos días recibirá una muestra de esperma del donante elegido, con un manual de instrucciones que le explicará cómo hacer la inseminación en casa.

En España, el contacto directo entre donantes y receptores está prohibido por ley. Por tanto, es la clínica la que debe garantizar el buen estado de salud psicofísica de los donantes, pero también es la encargada de buscar, seleccionar y hacer el *matching*<sup>18</sup> a partir de la búsqueda de semejanzas entre donantes y receptoras que deberán compartir el mismo tipo sanguíneo, color de cabello y de los ojos. En su página web, el Institut Marquès -a propósito de los tratamientos con ovodonación-, explica que llevan a cabo “el matching entre pacientes y donantes de una forma minuciosa y totalmente personalizada: es un médico quien realiza la selección teniendo en cuenta los rasgos físicos y psicológicos de ambas partes. Descubre nuestro nuevo matching de personalidad” (Institut Marquès, 2021). La clínica IVI, por su parte, ofrece en su página web un “BiometricScan” o “estudio de similitud facial para que la donante sea lo más parecida a la paciente utilizando última tecnología” que “permite medir las distancias biométricas de las donantes para ofrecer a las pacientes una selección ajustada” (IVI, 2021: sp). En una publicación online, Dexeus (2021) también “garantiza la máxima similitud fenotípica e inmunológica”, tomando en cuenta el color “del pelo, de ojos, rasgos, color de la piel, altura y peso y Rh” (Dexeus, 2021: sp).

El fenotipo refiere no sólo al color de piel, sino también a lo que el personal de la clínica denominaba como rasgos de la cara, forma de los pómulos y de la

---

<sup>18</sup>“*Matching*” es el término utilizado por el personal de la clínica para referirse a la asignación de donante a una receptora concreta. Es decir, refiere al proceso de emparejar a donantes y receptoras para la transferencia de óvulos.

nariz -en la misma línea de lo anunciado en la web de Dexeus (2021)-.

- Enfermera 1 (36 años): Es importante la similitud fenotípica, así que también miramos que tenga un aspecto más cercano al nuestro. Especialmente con las latinoamericanas. A veces tienen la piel clara, pero miramos los rasgos de la cara: la forma de los ojos, de los pómulos, que no tengan rasgos indígenas.

La importancia del fenotipo estaba presente también a la hora de anotar los datos identificativos de las donantes. Cuando las donantes accedían a la charla con la enfermera que les explicaba el proceso médico de la ovodonación, se les hacía una fotografía que se registraba en las bases de datos del centro médico. Junto a ella, había una serie de categorías preestablecidas que eran ser señaladas por la enfermera y que se pueden resumir de la siguiente manera:

Edad	Raza	Caucásica Oriental Negro Hindú	Subtipo	Blanca Hispano Mulato Negro Oriental Gitano Árabe
IMC y Peso	Color Ojos / Cabello		Tipo Sanguíneo	

Las receptoras también son clasificadas a partir del fenotipo y son las fotografías, junto con la descripción generales de la donante, lo que hace posible establecer el *matching*.

El proceso de emparejar donantes y receptoras no es neutro. Una charla realizada por la doctora que lideraba el área de medicina en la sección de ovodonación y que agrupó a intérpretes, personal del departamento de psicología y enfermeras, evidenció la complejidad a la hora de definir a qué grupo “racial” pertenece una donante:

Francesca, intérprete italiana (24 años): Cómo sé con claridad qué color de

piel tiene una donante. Veo sus fotos [de donante y receptora] y me hago una idea de su cara, pero lo que para mí sería una donante de tez clara, para mis compañeras no lo es. Y ahí es donde uno se lía, porque es difícil decir en qué gama de la paleta de colores está una chica.

Stefania, intérprete italiana (30 años): Entonces quizás deberían utilizar algo como lo que se usa en las tiendas de maquillaje que tienen los tonos de piel y según la coincidencia, defines de qué color es la chica: si es clara, oscura o media.

Francesca: No le vamos a poner a alguien una paleta de colores a ver en cuál coincide. ¡Eso sería una locura! Para mí, si la chica es como yo, la ubico en la categoría de blanca.

Enfermera 2, (32 años): Eso es porque eres del sur de Italia. Para mí, una chica con un tono similar al tuyo sería oscura, así que la pondría en la gama de mestizo y en observaciones, diría que es oscura.

La discusión en torno a cómo categorizar a una donante según el tono de su piel se extendió durante unos 20 minutos entre risas, bromas y discrepancias. Pero la pregunta formulada por una de las intérpretes ofrecía un fragmento de una escena común entre los encargados de hacer el *matching* en la clínica.

Las consultas de algunas receptoras sobre el aspecto físico de la donante eran comunes y se resolvían con expresiones del tipo: “quizás no consigamos una donante con una nariz respingona como la tuya, pero seguro encontraremos una chica que se parezca a ti, con tus mismos ojos y cuando tengas al bebé en tus brazos, lo verás totalmente como tuyo”.

Durante el trabajo de campo en la clínica, la observación de parejas internacionales era frecuente. La agilidad en las comunicaciones era un factor adicional que orientaba las decisiones en busca de tratamientos reproductivos,

como bien lo refleja Agnes<sup>19</sup> (receptora, sueca, 46 años, arquitecta) cuando comentaba en inglés:

“Vine aquí porque me prometieron una atención personalizada en inglés y porque además me garantizaron un tratamiento de calidad, una donante ideal en muy corto tiempo y un proceso médico sin riesgos” (Agnes, 46 años, Suecia).

Los médicos acababan de recomendar a Agnes el uso de óvulos donados, debido a su edad. Por ello, durante la entrevista Agnes (46 años), comentó: “Hay diferencias enormes en el físico de un sueco y de un español promedio. Si sus donantes son españolas, ¿qué garantías me ofrecen de que conseguirán una donante con mis características físicas? Porque no creo que vengan muchas suecas por aquí a donar óvulos”. La respuesta de la doctora fue “tenemos donantes de Europa del Este que se ajustan a tu perfil”.

Agnes rechazó esta propuesta porque desde su perspectiva, una donante de Europa del Este era problemática porque “ni son como nosotros y lo más probable es que haya sido o sea prostituta”. Las dudas de Agnes provocaron cierto malestar entre el personal de la clínica porque resultaban incompatibles con su búsqueda de maternidad. Tiempo después, Agnes volvió y la clínica le ofreció nuevamente la disponibilidad de donantes de Europa del Este porque “tienen la piel muy clarita como la tuya, son rubitas y algunas tienen los ojos azules”.

Las exigencias en torno al fenotipo persistían también en las parejas conformadas por personas de nacionalidades distintas. Al igual que otras *familias de intención*, Gina (peruana, 45 años, ingeniera) y Carlos (español, 52 años, empresario) preguntaron cómo era físicamente la donante y si era posible acceder a una fotografía. Gina estaba más interesada en que el bebé “se pareciera más” a Carlos, “que tenga sus mismos ojos y tono de piel”. Las características físicas de Gina poco tenían que ver con las expectativas de la clínica al momento de seleccionar donantes. Al describirla en la base de datos, en observaciones se la

---

<sup>19</sup>El testimonio de Agnes fue originalmente recogido en inglés. Estaba molesta porque los primeros informes médicos se los dieron en castellano. Ante la imposibilidad de comprender al personal que la atendió, fue derivada al departamento de psicología, al que acudió sin cita previa en busca de una explicación en inglés.

registró como “hispana, rasgos amerindios”. Para la clínica, la búsqueda de una donante que compartiera rasgos fenotípicos con esta pareja, podía abarcar una lista más larga de opciones. Al mismo tiempo, las preocupaciones de Gina sobre el proceso de selección de donantes se centraban en el comportamiento de las admitidas: “me interesa que sea una chica de bien, que tenga buenos valores morales”.

En la historia de Mercedes (46 años, dependiente, ecuatoriana) y Stefano (49 años, ingeniero, italiano)<sup>20</sup>, una pareja cuya historia pude seguir en el tiempo, se intercalaban la frustración por los resultados negativos de los tratamientos, con el interés y la posibilidad de elegir a su donante. Tras varios años y después de cuatro intentos con los tratamientos de reproducción asistida, comunicaron a todos sus contactos en Facebook, que acababan de tener un bebé. Habían transcurrido 4 años desde la primera vez que hablamos. Cuando pude preguntarles por el tratamiento a inicios del 2020, Mercedes me explicó que viajaron a su ciudad natal en Ecuador, Guayaquil<sup>21</sup>:

“Allí contratamos a una mujer para que nos done sus óvulos y a otra para que lo lleve en su vientre. Pudimos escoger a la donante: una linda Choneña, de las típicas<sup>22</sup>. Queríamos que se pareciera lo máximo posible a Stefano, ya sabes, para que su familia lo vea más como italiano. No fue fácil, pero al final conseguimos una donante perfecta para nosotros y como yo soy de allá no levantó sospechas mi ‘viaje vacacional’” (Mercedes, 46 años).

Un aspecto que quiero subrayar tanto en el comentario de Mercedes (46 años, Ecuador) y en el de Agnes (46 años, Suecia) es cuando ambas afirman que

---

<sup>20</sup> La historia de Mercedes y Stefano, ambos residentes en Milano, fue mencionada en el capítulo 3 con respecto a la decisión de iniciar un tratamiento en España. Conocí a esta pareja a través de amigos en común y en aquel momento, Mercedes tenía 42 años y Stefano 45. Aquí retomo su experiencia sólo por sus comentarios referentes a la selección de donantes.

<sup>21</sup> Ciudad portuaria, es la capital económica, de mayor densidad poblacional y extensión territorial. Allí se concentran las clínicas de reproducción asistida que funcionan en Ecuador.

<sup>22</sup> “Choneña” es el gentilicio de Chone, una ciudad de la costa ecuatoriana, de la provincia de Manabí, a pocas horas de Guayaquil. El estereotipo al que se refiere Mercedes es el de mujeres blancas, de ojos y cabello claros. En el país existe –y persiste– en el imaginario colectivo la idea de que las *choneñas* son las mujeres más atractivas del país por sus características diferenciadas con respecto a las mujeres del resto del territorio nacional. La gente de Manabí –y de Chone en particular– son percibidos como la evidencia clara de la presencia europea en Ecuador.

esperaban *la donante perfecta* o una *donante ideal*. Al preguntar a la Dra. A (Psicóloga, 60 años), me explicó que este tipo de comentarios no eran un hecho aislado, que las principales dudas expresadas por las parejas receptoras de ovodonación, se centraba en el proceso de selección de donantes realizado por la clínica:

“Al inicio, la mayoría tienen problemas para aceptar que deben recurrir a ovodonación y las envían aquí para que les expliquemos en qué consiste el proceso; las ventajas que tiene. Y cuando llegan, siempre preguntan quién es la donante, qué aspecto físico tienen; si pueden acceder a información sobre sus características físicas. Nosotros les explicamos el tipo de exámenes que les hacemos; que podemos garantizar que la donante no tiene ningún tipo de enfermedad hereditaria. Pero al final, la preocupación está en el fenotipo, en su nivel educativo y en su procedencia” (Dra. A. Psicóloga, 50 años).

La preocupación por el aspecto físico de la donante se centraba en las características fenotípicas: el color de la piel –de los ojos y del cabello–, la estatura; pero también en la personalidad y sus valores morales. Ante las dudas de las receptoras, la Dra. A utiliza el barro como metáfora para explicar que se hará el mejor esfuerzo en buscarles el mejor material, pero que al final son los padres quienes lo moldean. En un contexto de infertilidad, en el que se yuxtaponen deseos, frustraciones, limitaciones económicas, restricciones legales y exigencias sociales, ¿qué es una donante perfecta? ¿Cómo se construye y en base a qué premisas se la define?

La clínica garantiza la similitud fenotípica a los *padres y madres de intención* y utiliza las disposiciones legales como un medio para certificar su cumplimiento. También explican a las receptoras que ellas no pueden elegir directamente a su donante porque el contacto entre ambas partes está prohibido por ley, debido al anonimato. Por esta razón, Álvarez Plaza (2008) señaló que el sistema de donación de óvulos es racista desde su concepción legal al imponer la similitud fenotípica entre donantes y receptores, hasta la práctica en la que las mujeres son excluidas por razones externas a las condiciones de salud y genéticas.

En la Ley de Reproducción Asistida vigente, no sólo persiste la obligatoriedad de similitud fenotípica, sino que se autoriza la exclusión de un donante si sus características psicofísicas no son las adecuadas:

“Art. 5. *Donantes y contratos de donación.* [...] 6. [...] Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, [...] que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. [...] En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas (BOE-A-2006-9292: 9).

“Art. 6. *Usuarios de las técnicas.* [...] 5. En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante se semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso, el equipo médico correspondiente deberá procurar garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora” (BOE-A-2006-9292: 9).

Hay dos aspectos en legales que considero, deben señalarse: por una parte, la posibilidad de exclusión debido a condiciones psicofísicas no adecuadas y por otro, que en el art. 6 -titulado “usuarios de las técnicas” (BOE-A-2006-9292: 9)- se hable de donantes de semen y no de donantes de gametos. Esta aparente exclusión en la terminología, ¿implicaría acaso que la obligación de similitud fenotípica prima sólo en la donación de semen y que solo en su elección prima el criterio de anonimato? Al mismo tiempo, el término “psicofísico”, al incluir datos psicológicos y fenotípicos, parece decir tácitamente que una persona puede ser excluida del sistema de donantes por no reunir cualquiera de las dos exigencias: salud psicológica y características físicas. Ahora bien, en la clínica, la salud psicológica se establecía a partir de un cuestionario y -sólo en determinadas ocasiones-, de una entrevista que permitiera discernir la presencia o ausencia de algún trastorno emocional y el consumo de medicamentos y drogas. Pero, si nos



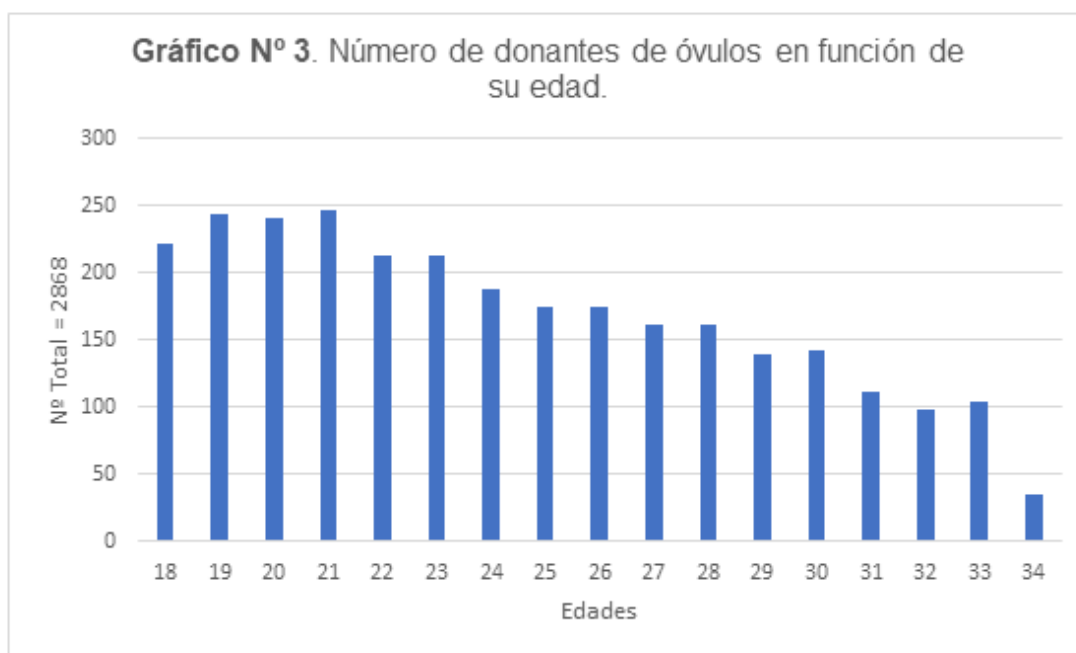
referimos a características fenotípicas, ¿cuáles serían aquellas no aptas para el sistema de ovodonación? ¿Las que la clínica determine en función del tipo de receptoras? ¿O las que la clínica considere más pertinentes? ¿En base a qué criterios se debería excluir a posibles donantes, más allá de aspectos médicos, genéticos y psicológicos?

Durante las entrevistas con las receptoras, se enfatizaba en la obligatoriedad legal de buscar una donante que se *les pareciera*, lo que abarcaba un rango considerable de opciones: las receptoras no eran sólo españolas, también eran de origen latinoamericano, europeas del Norte, de África del Norte, de Italia o de Francia por lo que la heterogeneidad en el perfil fenotípico también estaba presente en las receptoras de óvulos. Quizás por ello, en la práctica, algunas de las mujeres admitidas -aunque mayoritariamente eran españolas, como expongo en la tabla N° 5—también procedían de países de América Latina.

A nivel social, en la práctica, las mujeres disponibles para ovodonación no se ajustaban siempre a las expectativas de los *padres y madres de intención*, ni a las generadas por la clínica. Los datos socioeconómicos y fenotípicos de las donantes eran registrados en un programa informático. Durante mi estancia, pude reunir información concerniente al perfil social de donantes de la clínica y sistematizarlo en una base de datos. Los datos de las mujeres incluidas en el gráfico N° 3 y las tablas 3 y 4<sup>23</sup> tienen en común que fueron aceptadas para donar óvulos. En cuanto a la edad y la nacionalidad, extraje los siguientes porcentajes:

---

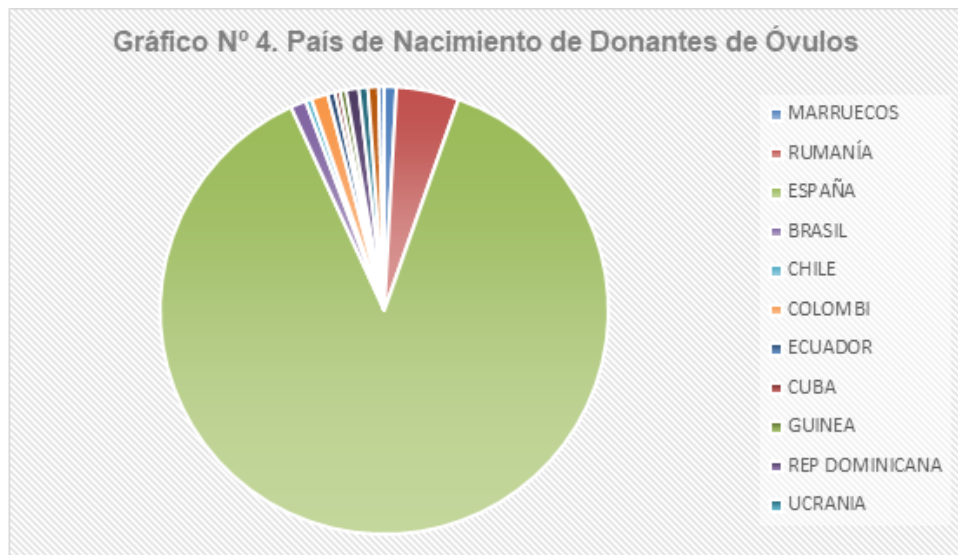
<sup>23</sup> Los gráficos N° 3, 4 y 5 junto a las Tablas N° 3 y 4 son de realización propia a partir del análisis estadístico de datos cuantitativos obtenidos en la clínica con datos obtenidos en el año 2017.



Fuente: Realización personal a partir de análisis estadístico de base de datos de la clínica. Datos procedentes del año 2017.

En el gráfico 3 puede observarse que la edad mínima es de 18 años, mientras que la máxima es de 32. La mayoría de las donantes tenían 21 años al momento de la donación. En el gráfico también es posible observar que el número de mujeres con edades entre los 19 (244), 20 (241) y 21 (247) años es similar. No obstante, se puede decir que hay una distribución progresiva que indica que, a mayor edad, menor número de mujeres participantes en el sistema de ovodonación. Las mujeres con 34 años sumaron un total de 35 personas.

El gráfico N° 4 es una síntesis de las principales nacionalidades registradas en la base de datos de la clínica. Sólo España como *país de nacimiento*, representaba el 84% (2413) de la muestra total (2868). A ella le seguían Rumanía con el 4% (124). Tras ella estaba Colombia (1,2% = 33), Brasil (1,1% = 31) y Marruecos (0,9% = 25). El 8,8% restante se distribuía entre una extensa lista de países que abarcaba a Ecuador, Cuba, Guinea Ecuatorial, República Dominicana, Ucrania, Rusia, Chile, entre otros.



Fuente: Realización personal a partir de análisis estadístico de base de datos de la clínica. Datos procedentes del año 2017.

En cuanto al fenotipo, la tabla N° 3 refleja las clasificaciones elaboradas por la clínica para distinguir a las donantes y elaborar el denominado *matching*. El uso de términos como *raza* y *subtipo racial*, así como las categorías expuestas son una transcripción literal de los términos utilizados en la clínica. Uno de sus elementos llamativo era el concerniente a la definición de *gitano* como subtipo racial, así como la inscripción de *mulato* -como categoría racial-. La tabla también refleja un hecho observado en la clínica: las mujeres procedentes de América Latina eran categorizadas como *hispanas* en caso de que tuvieran los ojos y cabello oscuro y el color de piel, también percibida como ligeramente más oscura. Las mujeres categorizadas como “caucásicas” pero procedentes de países de América Latina, tenían los ojos, el color de cabello y la piel más clara. “Se parecen más a nosotros”, explicaba una de las enfermeras, en referencia a las mujeres españolas.

Por el contrario, con las donantes nacidas y originarias de España, la categorización -más allá de las particularidades que se puedan observar en una fotografía, como la forma de la nariz o los ángulos del rostro-, era más clara: caucásica, blanca. Lo mismo ocurría con todas aquellas mujeres procedentes de otros países europeos. La categoría de *mulato* estaba reservada a población del Caribe latinoamericano -y también a aquellas mujeres con piel oscura, pero ojos claros-, mientras que la de *negro* se refería a población de origen africano.

**TABLA N°3: PAÍS DE NACIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS**

<b>SUBTIPO RACIAL</b>	<b>PAÍS NACIMIENTO</b>	<b>"RAZA"</b>				
		<b>BLANCO</b>	<b>MULATO</b>	<b>NEGRO</b>	<b>ORIENTAL</b>	
<b>ARABE</b>	ALEMANIA	1				
	ARGELIA	1				
	ARMENIA	2				
	ESPAÑA	21				
	MARRUECOS	24				
	<b>TOTAL</b>	<b>49</b>				
<b>CAUCÁSICO</b>	AUSTRALIA	1				
	EUROPA DEL ESTE ( Moldavia, Bielorrusia, Armenia, Kazajastán)	9				
	RUMANÍA	123				
	BULGARIA	9				
	RUSIA	10				
	UCRANIA	16				
	EUROPA CENTRAL	10				
	SUR DE EUROPA (Italia, Portugal, Grecia)	16				
	ESPAÑA	<b>2332</b>				
	AFRICA OCCIDENTAL	2				
	A. LATINA (Colombia, Ecuador, Venezuela)	22				
	ARGENTINA	20				
	BRASIL	10				
	<b>TOTAL</b>	<b>2580</b>				
	<b>GITANO</b>	ESPAÑA	22			
		RUMANÍA	1			
		<b>TOTAL</b>	<b>23</b>			
<b>HISPANO</b>	A.LATINA (región Andina: Bolivia, Chile, Venezuela....)	41				
	ECUADOR	10				
	COLOMBIA	21				
	CENTROAMÉRICA (México, Honduras...)	8				
	CARIBE (Cuba y Rep. Dominicana)	3				
	BRASIL	15				
	ESPAÑA	21				

	EUROPA		2		
	MONGOLIA		1		
	<b>TOTAL</b>		<b>122</b>		
	BRASIL				
<b>MULATO</b>	AFRICA (Camerún, Guinea)		1	4	
	COLOMBIA		6		
	CUBA		0	9	
	ESPAÑA			4	
	HONDURAS		0	6	
	PORTUGAL		0	1	
	REP.DOM		0	1	
	UCRANIA		0	22	
	VENEZUELA		0	2	
	<b>TOTAL</b>		0	2	
	LATINA		1	<b>57</b>	
<b>NEGRO</b>	A. AFRICA			6	
	ESPAÑA			12	
	<b>TOTAL</b>			7	
	CHINA	0		<b>25</b>	
<b>ORIENTAL</b>	ESPAÑA	0			2
	FILIPINAS	1			4
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>			<b>3</b>
					<b>9</b>

Fuente: Realización propia a partir del análisis estadístico de datos cuantitativos procedentes del registro de donantes de una clínica privada en Barcelona. Datos obtenidos en el 2017 expresados en números totales (no en porcentajes) sobre una muestra total de 2868 mujeres admitidas en el sistema de ovodonación.

Otra preocupación recurrente entre los *padres y madres de intención* era el coeficiente intelectual de las donantes, sus motivaciones para donar<sup>24</sup> y hasta su religión. Cayetana (43 años, arquitecta), interesada en iniciar un tratamiento reproductivo con ovodonación, preguntaba con cierta preocupación: “¿Hacéis pruebas de coeficiente intelectual? ¿Son universitarias? No quisiera que salga con problemas de aprendizaje. Si fuera mío, sabría cómo sería, pero así, sin conocer quién es la chica, a saber qué problemas podría desarrollar el niño”. En la clínica, estas preguntas se respondían afirmativamente: “hacemos un proceso de selección muy cuidadoso en el que nuestras donantes realizan

<sup>24</sup>Este aspecto lo analizo en profundidad en el capítulo 5.

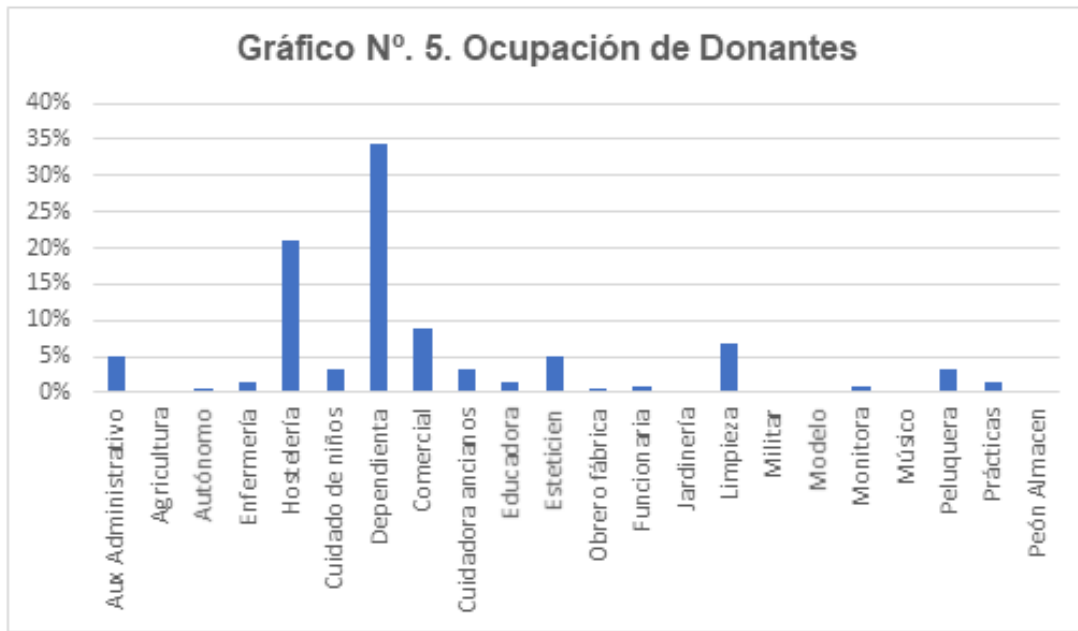
unos exámenes muy rigurosos de genética, salud tanto física como emocional. Nuestras donantes son españolas, universitarias y muchas de ellas están haciendo una maestría y hasta un doctorado”. Las preocupaciones de índole religiosa, solían estar más presentes entre receptoras de origen francés y de orientación cristiana, para quienes la exigencia era “no queremos una donante protestante”.

En la práctica, el perfil académico y ocupacional de las mujeres aceptadas como donantes de óvulos, registrado en la base de datos de la clínica, mostraba un elevado número de mujeres jóvenes (Gráfico N°3), de 21 años que mayoritariamente, sólo habían finalizado los estudios secundarios y la ESO (Tabla N°4). Otro aspecto a remarcar es que, si bien sí hay un grupo de mujeres con título universitario, estas corresponden sólo al 17% de la muestra total analizada (2863). Junto a ellas, están aquellas que dijeron haber culminado un ciclo formativo o una FP (5%) y aquellas con una diplomatura (5%). Un dato que considero relevante es aquel que refiere a las mujeres categorizadas como “estudiantes” (51% de la muestra total), separadas de aquellas que dijeron no tener un trabajo al momento de la donación (desempleadas). Pese a la distinción entre ambos grupos observable en la Tabla N°4, estas podrían entenderse como parte de la totalidad de donantes que acuden a la clínica en un momento en el que no tienen ingresos económicos fijos.

**Tabla N°4: Nivel Educativo y Ocupación de las donantes**

<b>ESTUDIOS</b> <i>Nivel alcanzado</i>	<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>				<b>Total</b>
	<b>Desempleada</b>	<b>Trabaja</b>	<b>Estudia</b>	<b>Trabaja y Estudia</b>	
<b>Universitario</b>	54	225	190	16	485 (17%)
<b>Diplomatura</b>	24	41	77	6	148 (5%)
<b>Bachillerato</b>	3	31	29	1	64 (2%)
<b>Ciclo Formativo y FP</b>	20	35	75	2	132 (5%)
<b>Secundaria y ESO</b>	344	261	808	13	1426 (50%)
<b>Primaria y sin estudios</b>	293	34	281	0	608 (21%)
<b>Total</b>	738	627	1460	38	2863 (100%)

*Fuente: Realización propia a partir de datos cuantitativos facilitados por la clínica reproductiva. Datos obtenidos en el año 2017, Barcelona*



Fuente: Realización personal a partir de análisis estadístico de base de datos de la clínica. Datos procedentes del año 2017.

Como puede observarse en el Gráfico N° 5 el 34% de las mujeres que acudieron a la clínica para donar sus óvulos -y que refirieron tener algún tipo de trabajo remunerado- eran dependientas, un 21% trabajaban en el sector de la hostelería -camareras-, un 9% eran comerciales y un 7% se dedicaban a limpieza. En menor grado, estaban aquellas que dijeron ser auxiliares administrativas (5%), peluqueras (3%) y cuidadoras de ancianos (3%). Los empleos de modelo (1), militar (2 mujeres), trabajo agrícola (2), músico (1), jardinería (1) y peón de almacén (2), representaban menos del 1% de la muestra.

Los días en la clínica transcurrían en un ir y venir de negociaciones continuas entre receptores y doctores. Pero pronto, la publicación de los resultados del estudio de Fernando Vilella et. al. (2015) resultaría útil para diluir los temores ante la herencia genética de las donantes, especialmente las concernientes a coeficiente intelectual y valores morales. Vilella et. al. (2015) afirman que durante el embarazo, la gestante transmite su líquido endometrial con información genética al embrión, alterando su desarrollo e interviniendo en la expresión de sus genes. Es decir, la gestante modifica la información genética del niño. En una entrevista publicada por la revista virtual Sinc, Fernando Vilella explicó que “con esto se rompe el rechazo

inicial de aquellas madres que tienen que recurrir a la donación ovocitaria para cumplir sus deseos reproductivos. Los genes no van a ser los suyos, eso es imposible, pero sí que podrán modularlos con su carga genética” (SINC, 2015). En la clínica, la explicación de los resultados de este estudio estaban acompañados de frases como: “aunque el óvulo sea de una donante, lo harás tuyo porque al estar en tu vientre, podrás moldear su genética. Se alimentará de ti y permanecerá contigo durante 9 meses. Cuando nazca, lo verás como totalmente tuyo porque así lo será” (Dra. A., 60 años, Psicóloga).

Mientras tanto, al otro lado de la sala, las mujeres que aspiraban a ser donantes entraban y salían de la sala de espera o del área de enfermería. Nunca coincidían con las receptoras en el ala opuesta de la clínica. Las citas estaban programadas para que se mantuvieran las distancias físicas. En una entrevista efectuada en la clínica, una donante relató cómo en una ocasión miró hacia el pasillo con curiosidad –aquel que conectaba una sala de espera con la otra–. Se preguntaba si allí estaría la que podría ser la receptora. Cuando le pregunté si le hubiera gustaría conocerla, me dijo que no: “sería extraño, como cuando te cueles en la casa de un desconocido” (Vicky, 28 años, española, estudiante de inglés). Me explicó que, más que hablar con ella, le habría gustado hacerse una idea de quién educará y criará al niño que nacerá con sus óvulos.

#### **4.6. Raza, Nación y clase.**

El énfasis en el fenotipo de las donantes suele explicarse a partir de la necesidad de establecer similitudes entre donantes y receptores. Desde la antropología del parentesco (Héritier, 1996; Schneider, 1980; Strathern, 1992; 1995; 1999; Bestard & Orobítg, 2009) se ha subrayado la importancia que tienen las similitudes fenotípicas en la creación de filiación en sociedades occidentales y cómo esta premisa se refuerza al interior de los TRAs (Bestard & Marre, 2004; Bestard & Orobítg, 2009; Howell & Marre, 2006; Marre & Bestard, 2009; Wade, 2012).

“Kinship is important in order to understand race because racial identities imply notions of inheritance, both ‘natural’ and ‘cultural’, for which the most



crucial means of transmission is the family, at least in Euro-American kinship” (Wade, 2012: 80)

En Occidente, los primeros comentarios que escuchan los padres sobre sus hijos, refieren a las semejanzas físicas con uno u otro progenitor (Fortier, 2009). Esta búsqueda de similitudes físicas –*ressemblances*– funciona como un modo de reconocer e incorporar al nuevo miembro, al interior del grupo familiar y de establecer vínculos entre ellos (Fortier, 2009; Bestard, 2004). Por tanto, refieren a la filiación; una noción social que sin embargo, es asociada a la biología:

“[...] le constat de la ressemblance se fonde dans un premier temps sur le présupposé qu’il existe un lien biologique entre le parent et l’enfant; ce constat prend valeur de preuve et transforme, dans un deuxième temps, le présupposé en certitude; il en vient ainsi à établir en retour le lien biologique, en remontant cettefois-ci de l’enfant vers le parent” (Fortier, 2009).

Dichas similitudes que permiten *reconocer* al nuevo miembro como parte de la familia, son resultado de una construcción mental en la que su presencia puede ser relativa y subjetiva y, por tanto, carece de fundamentos biológicos (Fortier, 2009). Las similitudes no refieren sólo a la herencia genética, sino que son “una forma de construir relaciones en una red de parientes ya existentes” (Bestard, 2004: 24). Y en el contexto de las TRAs-D, este factor se convierte en un elemento relevante porque funcionaría como un medio para pensar la continuidad de los cuerpos, de forjar la identidad del individuo que nace a través de gestación por donación de óvulos (Bestard & Marre, 2009; Bestard, 2004; Bestard & Oorbitg, 2009).

Este contexto contrasta con lo observado en procesos de adopción transracional (San Román & Marre, 2013) donde las parejas adoptan niños cuyas características físicas difieren de la de sus padres adoptivos (Marre, 2007; Howell & Melhus, 2007). Marre (2007) y Marre & San Román (2013) explican que en las “narrativas de las familias adoptivas sobre los orígenes culturales de sus hijos e hijas, la frontera entre lo biológico o natural y lo cultural es difusa: las características culturales tienden a naturalizarse, como si de características esenciales y biológicas se tratara” (Marre & San Román, 2013:136). En estos contextos, las alusiones

sobre el orgullo de los orígenes de la persona adoptada se convierten en una estrategia para “contrarrestar el efecto del racismo” (San Román & Marre, 2013: 138). Pero a la vez, evidencia “cómo la confusión entre raza, etnia y cultura ha puesto a las familias adoptivas ante el reto de negociar la incorporación de cuerpos diferentes -y reconciliarlos con la idea de que tanto la familia como la nación son ámbitos de pertenencia exclusiva-.” (San Román & Marre, 2013: 138; Marre & Bestard, 2009; Marre, 2007; Howell & Melhus, 2007).

En el contexto de las TRAs, Nahman (2016) cuestiona si los óvulos son una especie de sincretismo del concepto *nación*: las identidades imaginadas a partir de unas células que luego se convertirán en bebés, ¿son un espejo de cómo la nación y sus fronteras son pensadas? (Nahman, 2016: 421). Tras su trabajo de campo en Israel, Nahman (2008; 2013; 2016) concluyó que “borders are policed at the level of the body and the nation in similar ways” (2016: 421).

La conexión entre raza y nación como elementos que se refuerzan entre sí ha sido ampliamente analizada desde las ciencias sociales (Balibar & Wallerstein, 1998; Campbell, 2007; Taguieff, 1999; Stolcke, 1995; Wade, 2007; 2010; 2012). Wallerstein & Balibar (1998) explicaron que en la creación del sentimiento de identidad nacional –clave para la formación de los Estados-nación–, las categorías de *raza* y *etnia* se convirtieron en elementos útiles para la conformación de la identidad nacional. Se trataba de *crear a su propia gente* no sólo en un modo político, sino también en términos de identidad étnica y/o racial que les permitiera establecer conexiones con una historia y cultura comunes (Balibar & Wallerstein, 1998; Wade, 2007). Dicha identidad es una proyección del pasado, se formará a partir de la observación de unos rasgos culturales comunes, pero también de una *raza* común. Por tanto, la categoría *pueblo* funciona como concepto inclusivo –*nosotros*–, a la vez que excluyente –*ellos*– (Wallerstein & Balibar, 1998; Wade, 2007; 2009). La conexión entre cultura y biología, enfatiza el hecho de que la *raza* es un movimiento constante entre naturaleza y cultura, mediado por clasificaciones de los *otros* (Wade, 2010). Peter Wade (2010) afirmó que la tecnología reproductiva refuerza categorías y jerarquías raciales porque la búsqueda de similitudes fenotípicas entre receptoras y donantes, sumado al deseo de *whiteness* conlleva nociones biologicistas del concepto *raza*.

Charis Thompson (2006: 548) explicó que el fenotipo junto a características descriptivas de la raza y la etnicidad, son elementos que forman un principio organizativo de diferenciación común que confiere parentesco y legitimidad a los mercados globales de óvulos, esperma y embriones (Parry, 2015; Wade P., 2012). El principio de similitud fenotípica ejerce un control efectivo del movimiento de gametos a nivel de fronteras nacionales racializadas en un esfuerzo por cumplir las preferencias de los padres y madres y a la vez, conservar la pureza nacional (Wade, 2009: 183). Partiendo de la afirmación de que vivimos una era de biologización y ciudadanía biológica (Franklin, 2001; Rose, 2007), Finkler (2010) y Wade (2012) coinciden al preguntarse si es posible que este contexto esté derivando en un mayor determinismo biológico. Pero, a la vez, Wade (2012) subraya la importancia de “to mark the continuities with previous modes of thinking and to recognize the persistent coexistent of determinism with less determinist mode of thinkin” (Wade, 2012: 80).

A partir del concepto *political economics of hope* (Rose & Novas, 2005), Speier (2016) explora los modos en que inversores y grupos bursátiles de la tecnología reproductiva, traducen la *esperanza –hope–* en capacidad de elección resultado de la proliferación de nuevas oportunidades. Una de sus observaciones fue que las parejas entrevistadas se comportaban como consumidores expertos que elegían tras analizar las múltiples opciones que diversos grupos de inversores y clínicas privadas les ofrecían (Speier, 2016:76; Campbell, 2007). Es decir, la capacidad de elección funcionaba como herramienta empoderadora que les permitía decidir dónde, cuándo, cómo y qué tipo de bebé gestar:

“Brokers lure North Americans who desperately want a baby with the promise of white donors, a European vacation and top-notch health care. [...] Couples chose to follow the path of reproductive travel make decisions based on complex notion of kinship, health care, and what constitutes a vacation. However, hope is the underlying basis of all of these factors [...] Assure biological connection with one parent and at least a physical resemblance to the other parent” (Speier, 2016: 7).

Un factor relevante observado en las múltiples etnografías sobre reproducción asistida con ovodonación es el deseo de bebés blancos por parte de

las parejas receptoras (Deomampo, 2016; 2019a; Homanen, 2018; Moll, 2019; Nahman, 2018, 2005; 2016; Schurr, 2018; Speier, 2016; Tober, 2001). Speier (2016) relata cómo ciertas parejas estadounidenses no elegían España como destino reproductivo debido a que no encajaban en sus parámetros de “whiteness”: los norteamericanos tienden a ir a República Checa, mientras que los sudamericanos van a España. En Finlandia, Homanen (2018) observó que, mientras se rechazaba el *matching* entre un donante de tez oscura y receptores de tez clara, a la inversa ocurría lo opuesto: receptores de tez oscura podían ser *emparejados* con donantes cuya tez era más clara. Observaciones semejantes condujeron a Speier (2016) a afirmar que “a couple skin color determines their travel route for fertility care” (2016: 80).

Diane Tober (2001; 2017) mostró en *The Perfect Donor* (2017) la estructura de clase al interior de la industria reproductiva según la cual, los individuos son categorizados de maneras diferenciales. Algo similar reveló también la etnografía de Deomampo (2016; 2019a) sobre parejas norteamericanas que se desplazaban hasta la India en busca de una subrogación y/o de donantes de óvulos. Allí, las donantes no sólo eran categorizadas a partir del fenotipo sino también jerarquizadas a partir de clasificaciones como *diva donors* vs *regular donors* –para aquellas que resultaban menos atractivas, que además tenían menor nivel educativo y la piel más oscura–(Deomampo, 2016). En España, los resultados de un proyecto efectuado en clínicas reproductivas del país, reveló que estas clasifican a las donantes a partir de categorías raciales de ‘blanco, negro y amarillo’ (Bestard, 2002). Consuelo Álvarez Plaza (2008) en su análisis sobre la asimetría de la donación de gametos, expuso los aspectos discursivos traducidos en estereotipos sobre los/as donantes. Con respecto al fenotipo, Álvarez Plaza (2008) explica que el énfasis en la nacionalidad, asegura las similitudes fenotípicas entre donantes y receptoras. En este sentido, Carolina Puga (2006) señalaba la existencia de una elevada demanda de donantes caucásicos en España. Sin embargo, en un sistema en el que se “reconoce la escasez” es “incomprensible la exclusión de determinados tipos de óvulos”. Por tanto, “si la selección del óvulo rubio resulta eugenésica, la exclusión del óvulo moreno es xenófoba” (Álvarez Plaza, 2008: 68). La antropóloga concluirá que el

“sistema de donación de gametos es xenófobo desde el planteamiento legislativo que permite que se garantice la máxima similitud fenotípica [...], hasta la selección del donante o la donante en las clínicas. [...]Este sistema de selección supone la exclusión de determinadas donantes de óvulos [...]Lo que en principio parece escasez de óvulos, termina siendo una escasez de óvulos concretos” (Álvarez Plaza, 2008: 68).

Basada en los relatos de donantes de óvulos procedentes de Europa del Este residentes en España, Nahman (2018) observó que estas son racializadas de varias maneras: rumanas, ucranianas, letonas y rusas eran categorizadas como postcolonial white, una forma de definir lo que convencionalmente se identifica como blanco, pero que representa los márgenes de Europa. De esta manera, las múltiples desigualdades subyacentes al sistema de ovodonación implican desde la reproducción social de grupos económicos concretos, hasta el valor y la categorización diferencial que adquieren los-as donantes de gametos y en los que aparecen implícitos cuestiones de clase, raza, género y nivel educativo (Nahman, 2018). Por tanto, las desigualdades son evidentes no sólo a partir del *cross-border reproductive travel*, sino que se hacen latentes en la discusión sobre la comercialización de las capacidades reproductivas de ciertas mujeres para la subrogación y la ovodonación (Speier, 2016; Deomampo, 2016; Whittaker & Spier, 2010). A la vez que sería un reflejo de *reproducción estratificada –stratified reproduction–* (Speier, 2016; Deomampo, 2016; Nahman, 2018) que implica “power relations by which some categories of people are empowered to nurture and reproduce, while others are disempowered” (Colen, 1986; 1995; Ginsburg & Rapp, 1995b:3).

Partiendo de esta línea teórica (Ginsburg & Rapp, 1995; Nahman, 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010), la circulación regional y global de la reproducción de gametos agudiza los procesos de estratificación al evidenciar cómo los óvulos –al igual que el esperma y los embriones– estarían estratificados y categorizados según el género, el lugar de origen de la proveedora y sus características fenotípicas y socioculturales. Un ejemplo de ello es el hallazgo de Nahman (2013) cuando señala que “the global economy of eggs means that Jewish Canadian grads get more money than Romanian women” (2013: 31) por lo que, los

gametos tendrían una profunda carga cultural en la que se entremezcan etnia y valores raciales (Bharadwak, 2008; Whittaker & Speier, 2010).

#### 4.7. Conclusiones

A lo largo de este capítulo, he analizado las formas en que son reclutadas, estudiadas y admitidas o rechazadas, las mujeres que acuden a la clínica para donar sus óvulos. En un contexto en el que prevalece el anonimato, la importancia de las donantes al interior de las clínicas, reside no sólo en que son ellas quienes aportarán las sustancias que hacen posible la gestación, sino que además es a partir de cómo son pensadas que se construye una narrativa particular en torno al parentesco, la biología y la cultura.

Un aspecto relevante del contexto español con respecto al analizado en Norteamérica, es que, a diferencia de lo observado por Tober (2001; 2017) en las clínicas estadounidenses o por Deomampo (2016) en la India, en España, los padres y madres intencionales no seleccionan a la donante ni acceden a información sobre sus características físicas ni sobre su personalidad. Tampoco existe una especie de red social como la ejemplificada en *The Perfect Donor* (Tober, 2017). Esta particularidad, añade complejidad al análisis de cómo funcionan los procesos de selección y admisión de donantes. Es decir: si los padres no eligen su *donante ideal*, ¿significaría eso que no existen categorías diferenciales entre donantes?

En España es la clínica la que decide cómo *matchear* o emparejar a donantes y receptoras a partir de interpretaciones subjetivas de similitudes expresadas en términos de *raza* y *fenotipo* conjugados con los deseos y aspiraciones de las parejas receptoras. Interpretaciones efectuadas -y surgidas- durante las interacciones entre médicos y receptoras tras la expresión de las preocupaciones en torno al fenotipo, la personalidad, valores morales e incluso, las motivaciones para donar. En las páginas webs, una clínica ofrecía un scanner biométrico, mientras que otro ofrecía un matching de personalidad. En este sentido, llama la atención el uso de los avances de la epigenética (Vilella *et. al.*, 2015) como recurso empleado en la clínica para facilitar la asimilación de la ovodonación a partir

de la idea de que la gestante transmite el líquido endometrial con información genética y, por tanto, altera la genética del feto como premisa de base que permite *moldear* al descendiente.

Si bien es cierto que la aspiración de similitudes fenotípicas podría explicarse en términos de la antropología del parentesco como un modo de situar a los cuerpos al interior de la red familiar (Bestard & Marre, 2004; Bestard & Orobítg, 2009; Fortier, 2009; Hérítier, 1996; Howell & Marre, 2006; Marre & Bestard, 2009; Parry, 2015; Schneider, 1980; Strathern, 1992; 1995; 1999; Wade, 2009; 2012), llaman la atención las afirmaciones de las donantes en torno al fenotipo y sus visiones de cómo deben ser las donantes ideales para la clínica y los testimonios del personal clínico sobre los procesos de selección a partir de parámetros médicos y fenotípicos. Desde la perspectiva de las donantes, existe un prototipo de *donante perfecta* que, en síntesis, es europea, alta y de ojos y/o cabello claro. Un estereotipo que coincidía con el observado entre el personal de la clínica cuando mostraban mayor interés por conseguir que determinadas mujeres -blancas, de ojos y/o cabellos claros y europeas- volvieran a la clínica, al contrario de lo observado con aquellas procedentes de República Dominicana, Ecuador y Perú. De hecho, su presencia total en el sistema de donación, era de 122, que se reducía aún más cuando se trataba de mujeres categorizadas como negras (25), mulatas (57) u orientales (6) -en la Tabla N° 3-.

La capacidad que tienen las TRAs para crear nuevos imaginarios en torno a la cultura y la biología y en la que los vínculos de parentesco y los modelos de familia parecieran desdibujarse debido al énfasis en la epigenética y en el fenotipo como principal elemento para incorporar a los cuerpos dentro de una red familiar. Ambos aspectos -adaptaciones de las premisas de la epigenética y el fenotipo- podrían formar parte de las explicaciones ante la pregunta de Finkler (2010) y Wade (2012) a propósito de una posible reemergencia de un determinismo biológico. Thompson (2006), Parry (2015), Rose (2007) y Franklin (2001) coinciden en que el fenotipo -junto a características como la raza y la etnia- confieren legitimidad a los mercados globales de gametos en fronteras racializadas, a la vez que refuerzan el imaginario colectivo de conservar una supuesta *pureza nacional* (Wade, 2012; 2009; 2007).

En efecto, me parece relevante el uso de categorías raciales en el programa informático de la clínica para diferencias a las donantes. La deslegitimación del concepto *raza* a partir de 1949 (Balibar & Wallerstein, 1998; Campbell, 2007; Taguieff, 1999; Stolcke, 1995; Wade, 2007; 2009; 2012), parecía implicar su desuso como concepto. Sin embargo, en la clínica, no sólo se aplica sino que, además, se subdivide a partir de categorías culturales. Por ejemplo, los denominados *subtipos raciales* hispano -que distinguen a las mujeres de América Latina de las Españolas-, gitano, mulato, árabe, caucásico y oriental. Todas estas subcategorías parecieran aunar aspectos ligados a la cultura y la lengua. Sería extenso para el desarrollo de este capítulo hablar sobre el origen de las categorías raciales vigentes en el XIX, pero una pregunta alusiva sería ¿a qué remite el concepto hispano, por ejemplo? ¿Al castellano como lengua compartida? Si ese fuera el caso, ¿por qué en las donantes de Argentina, no hay una distinción entre caucásicas e hispanas, como sí se observa con mujeres de otros países de América Latina? Algo similar ocurre con el concepto *árabe* que es difícil entender a qué refiere, si a una cultura común, al idioma o a aspectos religiosos. La clínica, en este sentido, parece hacer uso del concepto *cultura* con el de *raza* y *etnia*, lo que muestra el constante movimiento entre naturaleza (biología y fenotipo/raza) y cultura (parentesco/nación).

Por otra parte, la exclusión de determinadas mujeres por el fenotipo en un contexto de escasez, revela la desigual clasificación de las donantes de óvulos así como de sus células reproductivas (Álvarez Plaza, 2008; Deomampo, 2016; 2019; Ginsburg & Rapp, 1995; Nahman, 2013; 2018; Speier, 2016; Whittaker & Spier, 2010). Tanto óvulos como donantes están estratificados y esa jerarquización se observa a partir de adjetivos relativos al aspecto físico y el atractivo de las donantes. Adjetivos calificativos realizados sobre la base de estereotipos, construcciones sociales de lo que serían cuerpos más admisibles para la industria y el mercado. Un hecho que se refuerza en la publicidad. En efecto, Álvarez Plaza (2008) señaló la existencia de un donante ideal presente en la reafirmación de la nacionalidad -española- como garantía de similitud fenotípico y de la condición social -estudiante- como garantía de altruismo. En las imágenes publicitarias existe un patrón común en el tipo y prototipo de mujeres representadas. Sin embargo, señalo también que existen ciertas diferencias en las campañas promocionales de las clínicas ya que, mientras que unas muestran mujeres jóvenes, sonrientes con un aspecto que



algunas donantes definieron como *nórdico*; otros utilizaron perfiles un poco más heterogéneos de mujeres -con cabello rizado, por ejemplo-, frente a aquellas imágenes que algunas donantes describieron propios de *publicidad de cremas antiedad*. Considero que, los cambios observados en el perfil de las donantes, deben ser entendidos como resultado de las transformaciones en la percepción del cuerpo y el género presente también en la música, la moda, el cine y en la publicidad actual. Estos cambios, a la vez, pueden estar ligados a una mayor -o menor- amplitud en el perfil de los receptores. Pero en todo caso, un aspecto que me pareció relevante es situarlos en relación con las imágenes de los bebés nacidos por reproducción asistida así como de las familias receptoras. Todas ellas tienen algo en común: son imágenes evocadoras de lo que desde la clínica -que a su vez parte de una interpretación de lo que considera que la sociedad exige- constituiría una unidad familiar producida gracias a las TRAs, en la que no sólo existe la garantía de mayor similitud fenotípica sino también de mayor blancura en las donantes remarcada a partir de bebés con ojos azules. Por ello, coincido con la afirmación de Speier (2016) cuando refiere al concepto “tourist imagination” para remarcar la promesa de *whiteness* como factor que permea la ruta de viaje de parejas en busca de este tipo de tratamientos a la vez que contribuye a remarcar visiones reificadas del concepto *raza*.

## **CAP V: SOBRE LAS COSAS QUE SE DONAN, LAS QUE SE VENDEN Y LAS QUE NI SE DONAN NI SE VENDEN. EL ALTRUISMO EN LA DONACIÓN.**

### **5.1 Introducción**

“Quiero Donar. Donar es un acto de generosidad y Valentía.”

Frase publicitaria de Fertilab (Octubre 2020).

“Dona óvulos. Haz algo de lo que te sientas orgullosa.

Nada te impide donar óvulos.”

Frase publicitaria de la clínica IVI (octubre 2020).

La participación de mujeres jóvenes en el contexto de la reproducción asistida, es un aspecto central en la disponibilidad de gametos femeninos necesarios para satisfacer la demanda de tratamientos con óvulos donados. Para ello, hará falta incrementar el número de mujeres dispuestas a donarlos y, en el contexto europeo, España se ha consolidado como la mayor proveedora del continente (Degli Espositi & Pavone, 2019; Pennings et. al. 2014; Shenfield et. al., 2010).

En el 2019, un artículo (Zafra, 2019), señalaba a la compensación económica como una de las razones que explicaban el fenómeno, a la vez que matizaba que “otros países lo prohíben [la compensación y la donación de óvulos] por riesgo de explotación” (Zafra, 2019: 1). No obstante, dada la alta demanda de TRA-D, las mujeres jóvenes que cumplan determinados requisitos para donar, aún resulta insuficiente para satisfacer la demanda de tratamientos reproductivos (Fernández, 2017; Marre et. al. 2018; Keehn et. al., 2015; Waldby & Cooper, 2010). Una demanda que se ha mantenido al alza y que sólo en España, los tratamientos con óvulos donados generan unos ingresos estimados que superan los 500 millones de dólares anuales (Tover & Pavone, 2018; López & Moreno, 2015). A nivel global, se estima que el mercado de la reproducción asistida generó en 2015 unos ingresos

aproximados de 22.3 billones de dólares (Schurr C., 2018). Por ello, sólo en Estados Unidos, las empresas de inversión valoraron entre 3 y 4 billones de dólares al mercado de la industria de la fertilidad (Tober & Pavone, 2018).

Sin embargo, aunque se ha producido un incremento en el número de donantes en los últimos años (MacPherson, 2014), éste no es suficiente para satisfacer la creciente demanda de óvulos para TRAs (Fernández, 2017). Por tanto, ¿cómo aumentar el número de donantes de óvulos? ¿Cómo generar el interés o las expectativas necesarias que las conduzca hasta las clínicas durante un promedio de 10 días, durante los que realizarán los tratamientos hormonales? En otras palabras: ¿por qué algunas mujeres donan sus óvulos?

La publicidad de las clínicas centrada en la búsqueda de mujeres jóvenes, de entre 18 y 35 años, con buen estado de salud psicofísica, se convertirá así en un recurso *bueno para pensar* sobre los modos en que se articulan las narrativas en torno a la ovodonación. Por ello, mis primeras interrogantes, se orientan hacia las prácticas discursivas en torno al uso de óvulos donados en las clínicas reproductivas: ¿Cómo se construye socialmente el discurso de la ovodonación -y a la donante? ¿Qué papel cumplen los distintos actores implicados en los tratamientos reproductivos?

En este capítulo analizaré: 1) la forma en que aparecen conceptualizados los óvulos en el lenguaje publicitario de las clínicas de reproducción asistida. Para ello, ejemplifico a través de imágenes publicitarias y declaraciones expuestas en redes sociales por parte de las clínicas de reproducción asistida, además de los relatos obtenidos durante la etnografía.

Una segunda parte, se centra en el análisis de las motivaciones de las mujeres que acuden a las clínicas para donar sus óvulos. Si bien al inicio, me centro en la discusión teórica en torno al concepto del don y el altruismo, posteriormente grafico -a partir de la transcripción de las narrativas de las donantes-, las motivaciones para donar. Retomo la pregunta formulada por Nahman (2008a; 2016) y Tober & Pavone (2018) ¿aquellas mujeres donan sus óvulos o proveen con ellos a la industria reproductiva? Aquí, la etnografía es puesta en relación con el lenguaje del personal clínico y las narrativas de las propias donantes.

Me interesa analizar, por tanto, las distintas vías en que altruismo y beneficio económico se yuxtaponen hasta formar un todo. ¿Cómo se posicionan las donantes con respecto a la ovodonación? ¿Cómo construyen sus narrativas en torno a la experiencia de ser donantes? ¿Y qué rol cumple la clínica a través de la publicidad y del establecimiento de una serie de políticas en la construcción del discurso de la donación? ¿Por qué es importante el “altruismo” en la promoción de la ovodonación?

Dada la importancia que tienen los medios de comunicación en crear fantasías en torno a lo reproductivos (Speier, 2016), propongo pensar la publicidad que promueve la ovodonación en España como una herramienta para construir un imaginario particular en torno a la ovodonación. Por esta razón, analizo el vínculo entre la publicidad y las narrativas de las donantes, así como entre el personal de la clínica, la forma en que contraponen relaciones sociales, morales y económicas, pero también de género y de formas particulares de entender los cuerpos y la biología.

Para el desarrollo de este capítulo, retomo el concepto del *Don* de Marcel Mauss (1923) y sitúo su análisis desde la perspectiva teórica de Bourdieu (2007 [1994]), Appadurai (1986), Titmuss (2018[1970]) y Kopitoff (1991) para explorar la disyuntiva entre “altruismo” y “mercantilización”. Para situar el análisis dentro del ámbito reproductivo, tomo como referentes los trabajos de Consuelo Álvarez Plaza (2008; 2008a), Orobítg & Salazar (2005), Bestard, Orobítg & Salazar (2009), Orobítg, Bestard & Salazar (2009) y (Jociles-Rubio, 2020) centrados en el contexto español. Los sitúo en relación con las tesis desarrolladas por Inhorn (2011) y Almelling (2007; 2009; 2011) para explorar los modos diferenciales a partir de los que se asigna valor a las células reproductivas -*bodily commodification*-. Finalmente, y a partir del concepto *relational work* propuesto por Viviana Zelizer (2012; 2005a), en tanto qué herramienta conceptual para explorar la yuxtaposición de las esferas económica y doméstica en las narrativas de las donantes, analizo la forma en que las donantes construyen sus narrativas y los modos en que explican sus decisiones y motivaciones para donar.

## 5.2. “¿Y tú, tienes un don?” Altruismo y generosidad en la publicidad.



Imagen 14. Año 2020



Imagen 15. Año 2018

“Las personas como tú sois especiales porque tenéis un DON, el Don de donar, el don de compartir.” Con esta frase, *FertilabDonantes* inicia el relato que promueve la ovodonación en su centro médico. Al mismo tiempo, en su campaña promocional, *FertilabDonantes* explica que “Donar óvulos es muy especial. Donar es un DON” promovido por el “altruismo y la generosidad”. La misma clínica explica los requisitos para donar en primera persona, como si se tratara de la redacción de una donante de óvulos:

“Yo soy una chica DON porque voy a donar mis óvulos. [...] Soy una persona altruista, me encanta ayudar a los demás. Estoy sana y no tengo ninguna enfermedad.”

Si el lenguaje construido es una forma de subjetivar relaciones sociales (Bourdieu, 1997), ¿qué se puede deducir del lenguaje empleado en las campañas publicitarias que definen a la donación de óvulos como una forma de donar vida, como algo que hace posible el milagro de la vida?



Imagen 16. Año 2019



Imagen 17. Año 2020

Un aspecto de la campaña de FertilaB es el uso del concepto Don como sinónimo de “súperpoder”<sup>25</sup>, a la vez que recuerda fonéticamente al apellido del clásico héroe de acción, Bond, James Bond. Con la pregunta “¿tienes un don?”, pareciera preguntar a las mujeres si tienen –o no– algún tipo de *poder* o de habilidad que las haga únicas. Y en este caso, lo que las hace *especiales*, no es el sólo hecho de tener óvulos, sino su voluntad de donarlos. Una campaña que, además, intercala un reclamo clínico –búsqueda de donantes– con un fenómeno pop de nuestros días –como el éxito en taquilla de películas como *Wonder Woman*<sup>26</sup> o *Capitana Marvel*–

Son muchas las clínicas que recurren a conceptos similares para explicar porqué hay que donar óvulos. Durante los años que realicé el trabajo de campo, recopilé decenas de afiches promocionales que hallé en la Universidad de Barcelona (UB) y en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Me centré también en las campañas difundidas en redes sociales: desde las páginas webs de las clínicas reproductivas, hasta blogs como *enfemino.com*. En todos ellos había una constante que puede observarse en las fotografías que incorporo en los capítulos 4 y 5 de esta tesis: la definición de la donación como un “gesto altruista” que permite “el milagro de la vida”. “Gesto de generosidad” es otro concepto recurrente, al igual que explicaciones del tipo: a través de la donación de óvulos “donas vida” y proporcionas “felicidad” a otras que sin “la generosidad de la

<sup>25</sup> Un ejemplo de ello es la imagen publicitaria N°7 expuesta en el capítulo 3 obtenida en 2016 y las más reciente (N° 14 y 17) expuestas en este capítulo.

<sup>26</sup> Estrenada en España en 2017, fue un éxito entre la crítica especializada y también en taquilla. Según Mejía (2017), *Wonder Woman* se convirtió en la película más debatida y polémica del año. Se consagró como un fenómeno mediático y social, a la vez que político por romper con estereotipos de género presentes en el cine y ser “lo que necesita el mundo en los tiempos de Trump” (sic) (Mejía, 2017).

donante” no podrían ser padres y/o madres.

- “Dona ilusión, dona vida” (Institut Marquès, octubre de 2020).
- “Tu ayuda es un regalo para la vida. Una oportunidad para hacer realidad un gran sueño” (Fundación Dexeus, octubre 2020)<sup>27</sup>:
- “La donación de óvulos es algo muy positivo para mí. [...] Es un acto de generosidad, de altruismo y de solidaridad hacia otra mujer o pareja que desean ser padres” (Fertilab, 2020).

Si partimos del lenguaje publicitario, la donación de óvulos parecería funcionar como un sistema de intercambios promovidos por la generosidad, donde prevalece un principio de reciprocidad necesario para las relaciones entre los individuos y los grupos sociales. Si partimos del lenguaje jurídico, en España, el artículo 5 de la Ley de Reproducción Humana Asistida de 2006 vigente, conceptualiza el uso de gametos de terceros en tratamientos reproductivos como “un contrato gratuito” de carácter altruista (BOE A-2006-9292, Art. 5: 2011). El texto legal actualizado en agosto de 2011 lo define así:

“Art. 5. 1. La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta Ley es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado. (...) Cualquier actividad de publicidad o promoción por parte de centros autorizados que incentive la donación de células y tejidos humanos deberá respetar el carácter altruista de aquella, no pudiendo, en ningún caso, alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos” (BOE A-2006-9292, 2006: 8).

La legislación española impone la obligatoriedad de establecer un contrato formal entre donantes y centros autorizados (BOE A-2006-9292, 2006: 8). El contrato formal implica un acuerdo consensuado entre las partes implicadas que se

---

<sup>27</sup> Texto original extraído de la página web: <https://www.dexeus.com/donantes-ovulos/>

establece tras el conocimiento de los fines y consecuencias de los tratamientos. Por tanto, se trata de que los gametos en general –y los óvulos, en particular– no deben ser obtenidos sin el conocimiento y autorización por parte de sus proveedores, además de que, en su proceso de búsqueda y obtención se debe “respetar el carácter altruista” de la donación (BOE A-2006-9292, 2006: 8).

Durante la etnografía, las posibles donantes eran atendidas, en primer lugar, en la sala de espera. Allí recibían los documentos concernientes al uso de sus datos por parte de la clínica, así como un contrato entre ambas partes que se haría efectivo, en caso de que fueran seleccionadas y pasaran las pruebas médicas. El tiempo en la sala de espera no solía exceder los 10 minutos, salvo en alguna ocasión que se presentaron problemas logísticos -mujeres jóvenes que llegaban minutos antes de la hora programada o, al contrario, aquellas que aparecían con retraso-. Como expliqué en el capítulo 4, desde el departamento administrativo se procuraba que las posibles donantes apenas coincidieran entre sí.

Tras esos breves minutos en los que las mujeres revisaban y firmaban la documentación, pasaban a una primera sala en la que eran atendidas por alguien del personal de recursos humanos o, en otras ocasiones, una enfermera. Allí eran informadas sobre el proceso de donación a base de imágenes del aparato reproductor femenino expuestas en diapositivas para explicarles: 1. En qué consistía la donación de óvulos conceptualizándolo como un acto altruista con finalidades reproductivas, 2. Explicaciones técnicas sencillas sobre la localización de los óvulos en el cuerpo femenino y cómo se extraen, 3. El tratamiento hormonal a seguir por las posibles donantes y 4. Consecuencias y posibles riesgos de la donación a partir de porcentajes.

Esta primera interacción entre posibles donantes y personal de la clínica también solía ser breve, de aproximadamente 5 a 8 minutos. Las explicaciones de las enfermeras sobre qué es la donación de óvulos, se iniciaban remarcando su carácter altruista, solidario y voluntario: “La donación de óvulos es un acto/ gesto altruista que crear nuevas familias a partir de la solidaridad de las donantes [...]”. Frases como esta eran recurrentes durante las primeras interacciones. Si entregar los óvulos era un acto de generosidad y altruismo, aquellas mujeres jóvenes que acudían en busca de una explicación sobre el proceso, eran denominadas



indistintamente donantes y a la sección en su totalidad se la denominaba *ovodon*.

En redes sociales como YouTube, algunas clínicas del país explican y sintetizan qué es la donación de óvulos, cómo se realiza el proceso de selección y en qué casos se recomienda:

- “Muchas de las pacientes que acuden a las clínicas IVI, lo hacen porque tienen necesidad [...] de óvulos para conseguir un embarazo, porque por ellas mismas no lo pueden conseguir. [...] Por esto, la donación de óvulos, el aporte de ovocitos donados de manera generosa, solidaria y voluntaria por donantes jóvenes y sanas tiene mucha importancia” (Dra. Evelin Lara, IVI, Youtube).

Otras clínicas se centrarán en definir quiénes son las donantes:

- “La donación de óvulos es un tratamiento de fecundación in vitro en el que los óvulos provienen de una donante que se puede dividir en varias fases: selección y sincronización de la donante. Las donantes de óvulos son chicas jóvenes que deciden donar sus óvulos para ayudar a otras mujeres que lo necesitan. [...]” (Barcelona IVF, Youtube).

Frente a los casos expuestos, también hay médicos que optan por enfatizar en los aspectos genéricos de cómo se realiza el proceso:

- “Podríamos decir que, en estos momentos, una tercera parte de los ciclos in vitro que realizamos es con óvulos de donante. [...] Se busca la mejor donante para cada caso y para ello se tienen en cuenta características [...] fenotípicas [...], peso, talla, pero también se tienen en cuenta el grupo sanguíneo [...] y pruebas genéticas” (Dexeus, Youtube).

Pese a las variaciones observadas en las explicaciones sobre ovodonación en canales audiovisuales de las clínicas de reproducción asistida, sigue siendo frecuente el uso de términos que remiten al “altruismo”.

### 5.3. El lenguaje del Don en la ovodonación



Imagen 18. Año 2019



Imagen 19. Año 2019

A partir del uso de términos como “solidaridad”, “generosidad”, “altruismo” e, incluso, la definición de la propia práctica como donación, retomo una pregunta clásica en antropología: ¿es posible pensar la donación de óvulos como un don en sentido maussiano?

Marcel Mauss (1923) denominó *prestaciones totales* a los sistemas de intercambio de objetos a modo de regalos o dones en Melanesia –el *kula*– y en Norteamérica –el *potlatch*–. A partir del concepto del Don, Mauss (1923) remarcaba cómo en esas formas de intercambio se expresa todo un sistema de relaciones complejas basadas en el acto de dar y recibir (Tober, 2001; Molas & Bestard, 2017). Al mismo tiempo, el análisis de la circulación de bienes en Melanesia conducirá a Mauss (1923) a problematizar hasta qué punto comportamientos asociados a lógicas dispares –lo mercantil frente a lo no mercantil– forman parte de un continuum cuya función principal es la de permitir la regulación social (Cotelette, 2012).

Desde su publicación en 1923, la revisión del concepto del don (Mauss, 1923) surgió como búsqueda de respuestas a determinados aspectos en crisis en nuestro sistema social, jurídico y económico (Bourdieu, 2007[1994]; Godelier, 2000; Titmuss, 2018; [1970]; Tober, 2001; Weber, 2012). ¿Cuál es el rol del altruismo en sociedades modernas? se preguntaba Titmuss (2018; 1971a) en su análisis comparativo del sistema público de aprovisionamiento de sangre a través de

donantes en Europa y Estados Unidos. Lévi-Strauss (1971) señaló que, en Occidente, existen formas residuales de intercambios basados en la lógica del altruismo. Un ejemplo de ello sería el denominado modelo de Estado de Bienestar originado tras la Segunda Guerra Mundial en Europa, señalado como el origen de una nueva forma de comunidad moral en Inglaterra traducida en políticas de cobertura sanitaria universal (Weber, 2012). En una línea similar, Florence Weber (2012) propone la seguridad social europea como modelo social que “mettent le travail salarié au centre de la solidarité sociale, comme un don qui appelle une contrepartie au-delà du seul salaire” (Weber, 2012).

Un aspecto fundamental de la obra de Mauss (1923) es la doble relación entre donante y receptor que se caracteriza por: 1) su carácter voluntario, por tanto, un don forzado no es un don, y 2) Genera la obligación de dar, aceptar y devolver. De esta manera, aproxima al donante y al receptor a la vez que los distancia debido a la jerarquía que se produce entre el que da y el que recibe (Bataille, 1987; Bourdieu, 2007[1994]; Comas D'Argemir, 2014; Godelier, 2000; Mauss, 1923; 2012b; Titmuss, 2018[1970]). Las características propias de la doble relación entre donante y receptor (Mauss, 1923) son, desde mi punto de vista, los que originarán la controversia en torno al rol del altruismo en sociedades modernas.

En su investigación sobre las diferencias entre el sistema de aprovisionamiento de sangre en Reino Unido y Estados Unidos, Titmuss (2018[1970]) verá en el sistema británico la aproximación más cercana al concepto abstracto de “free human gift” (Titmuss, 2018[1970]: 70) debido a la ausencia de 1) compensación económica, 2) bonificaciones o premios, 3) penalizaciones y 4) el conocimiento expreso de que la donación recaerá en cualquier otro, sin condición de raza, grupo étnico, género, edad, etc. A partir de aquí, Titmuss (2018[1970]) estableció un paralelismo entre comportamiento altruista y transacciones morales - *moral choice*- argumentando que, si bien las sociedades modernas han ganado mucho de los sistemas a gran escala, esto ha sido a expensas de intercambios basados en transacciones morales que engendran una relación personal entre individuos y grupos (Titmuss, 2018 [1970]). La propuesta de Titmuss (2018[1970]) se centraría así, en una política social que proporcione una base moral que promueva relaciones que, hasta cierto punto, se han perdido: aquellos individuos

que entregan voluntariamente su sangre -sin interés económico- “were taking part in the creation of a greater good transcending the good of self-love”. De manera que, “to love themselves donors had recognized the good of self-love” (Titmuss, 2018[1970]): 167).

George Bataille (1987) observó en el *potlatch* la esencia del don y retoma su dimensión agonística para el análisis de la doble relación entre donante y receptor. Para Bataille (1987), el problema del *don* es que crea un desequilibrio de estatus: aquel que *da* tiene un poder sobre aquel que recibe quien, a la vez, contrae una deuda con aquel que ha donado. Todo intercambio es una lucha y toda lucha de generosidad es una lucha por el poder, en el que el don implica a la vez, pérdida y destrucción (Bataille, 1987). Por ello, Bourdieu (2007[1994]) afirmará que en la respuesta -o no- al obsequio inicial, se halla la clave de las relaciones de dominación: un don devuelto produce plusvalía simbólica que legitima la asimetría en las relaciones sociales (Bourdieu, 2007; Comas D’Argemir, 2014; Ferrante, 2008) al tiempo que un don no devuelto se convierte en atadura afectiva y obligación moral hacia quien dona (Bourdieu, 2007[1994]; Ferrante, 2008).

Ferrante (2008) sostenía que el intervalo que separa el contra-don “autoriza el autoengaño colectivamente sostenido y probado que constituye la condición de funcionamiento del intercambio del don” (Ferrante 2008: 54-55) y a la vez, “permite establecer relaciones duraderas entre dominantes y dominados” en economías que se niegan a reconocerse como tales (Ferrante, 2008: 57). Pero, para ello, hará falta que tanto dominantes como dominados compartan los mismos *habitus* (Bourdieu, 2007[1994]). Por ello, los sistemas de intercambio son estrategias habituales cuya complejidad reside en que “el cálculo inconfeso del dador debe contar con el cálculo inconfesado del donatario” (Bourdieu, 2007[1994]: 179). Se trata, por tanto, de invisibilizar el trabajo simbólico que

“apunta a transmutar, por la sincera ficción de un intercambio desinteresado, las relaciones inevitables e inevitablemente interesadas que imponen el parentesco, la vecindad o el trabajo, en relaciones efectivas de reciprocidad y, más profundamente, a transformar las relaciones arbitrarias de explotación [...] en relaciones duraderas [...] fundadas en la naturaleza. En el trabajo de reproducción de las relaciones establecidas [...] el trabajo

necesario para disimular la función de los intercambios tiene una participación no menos importante que el trabajo exigido para el cumplimiento de la función” (Bourdieu, 2007[1994]: 179).

El análisis de Bourdieu (2007[1994]) tiene su origen en las diferencias entre el Potlatch y el Kula remarcadas por Mauss (1923). Mientras que el Potlatch es un sistema agonístico cuyas prácticas están delimitadas por antagonismos y rivalidades políticas, la realización del Kula no excluye el intercambio mercantil y la búsqueda de ganancias: existen determinados objetos preciosos que pueden ser adquiridos a través de bienes ordinarios (Mauss, 1923; Weber, 2012).

En la misma línea de Bourdieu (2007[1994]), Appadurai (1986) analizó el don como una forma particular de circulación de “commodities”, cuestionando lo que él consideraba una simplificación de la distinción entre don y mercancía:

“The exaggeration and reification of the contrast between gift and commodity in anthropological writing has many sources. Among them are the tendency to romanticize small-scale societies [...]; the proclivity to marginalize and underplay the calculative, impersonal and self-aggrandizing features of noncapitalist societies” (Appadurai, 1986: 11).

Appadurai (1986) subraya que Mauss (1923) no establece una distinción clara entre don y *commodities* y recuerda que, en el *Ensayo sobre el don* (Mauss, 1923), aquel que realiza el intercambio siente que no sólo entrega un bien sino que, además, da algo de sí mismo -su tiempo y su vida-, por lo que desea ser recompensado. Tober (2001) afirmará que este hecho se observa especialmente en el contexto de la donación de esperma porque, aunque el semen es comprado, vendido, categorizado y seleccionado como un producto, las mujeres que lo adquieren hacen de él una interpretación que trasciende lo mercantil:

“some sort of social relationship exists at least in the real of the imagination and certainly at the real of the biological should a child be conceived [and] the fact that the recipients themselves perceive the donor as having given them a precious gift” (Tober, 2001: 141).

Por tanto, la propuesta de Appadurai (1986), al igual que la de Bourdieu, reside en superar las visiones dicotómicas de *lo económico vs lo no económico*

porque toda práctica social está orientada a la “maximización del beneficio material o simbólico” (Bourdieu, 2007; Ferrante, 2008: 57).

#### 5.4. “Eres joven y los tienes a miles” O la dicotomía entre lo sagrado y lo profano.



Imagen 19. Año 2019



Imagen 20. Año 2019

Al debate en torno a la naturaleza del don, se suma la observación de Godelier (2000) [1992] de que no todos los objetos entran en los mismos círculos de intercambio sino que hay una separación entre aquellas cosas que se donan, aquellas que se venden y aquellas que ni se venden ni se donan -y que da título a este capítulo-.

Desde la antropología económica, Bohannan (1959) hará una observación similar al describir las tres esferas de intercambio o mercantiles entre los Tiv de Nigeria delimitadas por una jerarquía moral: 1) los artículos de subsistencia -ñame y objetos alimenticios- situados en la jerarquía más baja debido a su moralidad mercantil, 2) La esfera de los artículos de prestigio como el ganado, esclavos, oficios rituales, ropa especial o medicinas y 3) la esfera de los derechos sobre las personas, de parentesco y de grupo, que constituye la máxima jerarquía moral (Bohannan, 1959).

Godelier (2000)[1992] introdujo una distinción entre objetos sagrados y objetos preciosos a partir de un comentario aislado de Marcel Mauss (1923): entre los Kwakiutl había unas piezas de cobre que nunca formaban parte del potlacht, sino que se conservaban con los tesoros de los clanes y de las tribus (Godelier, 2000: 19). A diferencia de los Kwakiutl (Mauss, 1923; Godelier, 2000[1992]), los Tiv de Nigeria (Bohannon, 1956) a veces se veían obligados a intercambiar -de mala gana- productos de esferas jerárquicas extremas. Godelier (2000) [1992] sostenía que los objetos preciosos poseen un valor imaginario que nada tiene que ver con el trabajo dedicado a su fabricación y descubrimiento ni con su escasez. El valor imaginario de dichos objetos se traduce en “que pueden ser intercambiados por la vida; en que son considerados equivalentes de los seres humanos” (Godelier, 2000[1992]: 21-22).

Los objetos sagrados se presentan como dones que los dioses hicieron a nuestros antepasados y a sus descendientes y, por tanto, se deben conservar (Godelier, 2000: 22). Un ejemplo de objeto sagrado lo encontramos en el relato sobre los Baruya de Nueva Guinea (Godelier, 2000)[1992]: para ellos, los objetos sagrados eran aquellos que abarcaban poderes exclusivamente femeninos; son “poderes de vida de los que, en lo imaginario, los hombres expropiaron a las mujeres” (Godelier, 2000[1992]: 187), como un mecanismo para dominarlas y subordinarlas. Tales poderes de vida no son otros que la capacidad de engendrar y alumbrar seres humanos que, en el caso de los Baruya, son expropiados a partir de la separación de los hijos de sus madres a corta edad, conceptualizando el semen como fuente que otorga la fuerza y, por tanto, permite sustentar la vida (Godelier, 2000) [1992]. Por tanto, “un objeto sagrado es un objeto material que representa lo irrepresentable, que remite a los orígenes de las cosas” y que es “testigo de la legitimidad del orden cósmico y social” (Godelier, 2000: 24). Un objeto sagrado, pone a la humanidad en presencia de las potencias que ordenan al mundo más allá de lo visible. Los objetos sagrados no son símbolos, “son la presencia real de las potencias que son la fuente de los poderes que encierran” (Godelier, 2000: 24). A partir de aquí, el objeto sagrado es una síntesis de los componentes imaginarios y simbólicos de las relaciones que se establecen en las sociedades. Y por ello, Godelier (2000) [1992] plantea la hipótesis de que el monopolio de los objetos sagrados precedió a la emergencia de castas o de clases, controlando

también los medios materiales de producción de la vida, de las riquezas, la tierra y sus recursos, los individuos y su fuerza de trabajo (Godelier, 2000: 25).

Dadas las caracterizaciones de la donación de óvulos en la publicidad como el acto que permite el “milagro de la vida”, que trae “felicidad” porque permite a otras mujeres “cumplir su sueño de ser madres”, aquellas mujeres, ¿*donan* algo más que sus óvulos? Esta pregunta remite al modo en que son conceptualizados los gametos femeninos y cuyo análisis desarrollo en el capítulo 6. No obstante, la promoción de su entrega, su producción, uso, intercambio y circulación, vuelven necesaria la reflexión sobre qué son: ¿cosas u objetos que se inscriben en el ámbito de lo “sagrado” (Kopitoff, 1991)? ¿U objetos profanos, pasibles de convertirse en mercancías?

Kopitoff (1991) señaló que “todos estamos en contra de la mercantilización de aquello que ha sido clasificado públicamente como singular y convertido en sagrado” (Kopitoff, 1991:105). Pero a la vez, reafirma la necesidad de pensar “la biografía de las cosas”, de entender el modo en que determinadas cosas son redefinidas culturalmente: ¿de dónde provienen; cuáles son sus indicadores culturales? “¿Cómo se ha ido transformando y qué sucederá con ella cuando llegue al final de su vida útil?” (Kopitoff, 1991: 91). Las respuestas a lo que Appadurai denominó “detalles biográficos”, revelan la “enmarañada masa de juicios estéticos, históricos y aún políticos y de convicciones y valores que moldean nuestra actitud” (Appadurai, 1986:92) hacia determinados objetos clasificados de modo diferencial.

Retomando el análisis de la donación de óvulos y su conceptualización en la publicidad de las clínicas en Barcelona, me pregunto ¿y si en lugar de enfatizar en valores como el altruismo y la generosidad, se enfatizaran las explicaciones sociobiologistas sobre el porqué de la necesidad de los óvulos de mujeres jóvenes para tratamientos de reproducción asistida? O, al contrario, ¿qué pasaría si en la publicidad se convirtiera a los óvulos en *aquello que sobra* para unas pero que es indispensable para otras? El siguiente afiche circuló en el año 2014 en las redes sociales y en algunas universidades: “Los tienes a miles”





Imagen 21. Año 2015

En él, no sólo los óvulos eran definidos como algo que se cuenta por miles en los cuerpos femeninos sino que, además, aquellas que no los *usan*, *los desperdician* en cada ciclo menstrual. Donarlos sería entonces una forma de evitar el desperdicio.

La exposición de este afiche durante una charla en un Congreso generó cierta polémica. Se me cuestionó su uso y una de las investigadoras presentes en la sala me comentó que ya había sido retirado debido a las quejas de diferentes grupos que vieron en él una agresión al cuerpo de la mujer, no a la mujer. El mensaje subyacente era el del cuerpo femenino convertido en recipiente/cántaro proveedor que refuerza la idea de la maternidad como finalidad máxima de las mujeres. Aquellas que no usan sus óvulos, están despilfarrando, desperdiciando. Así que, ¿por qué no donarlos?

La censura hacia el despilfarro no es exclusiva para los óvulos. El relato bíblico de Onán (Génesis 38, versículos 9-10) utilizó una lógica similar para el semen: Onán, para evitar procrear con su nueva esposa, practicaba la masturbación (Génesis 38, 9:10), un acto que trajo consigo el castigo divino: la

muerte. Para Dios, Onán cometió un pecado mortal al *desperdiciar* material sagrado necesario para engendrar vida. En el relato bíblico, la importancia central residía en el espermatozoide, pero en la actualidad son los óvulos los que aparecen conceptualizados como algo que permite el “milagro de la vida”.

En la publicidad antes citada, los óvulos no sólo sufren un proceso de *desacralización*, sino también el *donarlos*. Mientras la mayor parte de la publicidad alude a la generosidad y altruismo de las mujeres remarcando la importancia de su gesto en la vida de otras personas, esta última no se hace referencia directa a valores sociales sino que funciona más como un llamado de atención y, por tanto, como una obligación moral: no desperdicies lo que no usas. Lo que en un tipo de publicidad apelaba a una elección moral, en la otra es más bien, una obligación – también moral–.

El afiche antes citado fue retirado. No obstante, constituye un dato relevante para entender cómo el lenguaje remite a los modos en que pensamos, producimos y construimos relaciones sociales y creamos simbolismos particulares en torno a las sustancias corporales. Un lenguaje que, en este caso, no se expresa sólo en palabras que forman consignas situadas en áreas concretas del papel sino también en las imágenes que las acompañan.

### **5.5. Transferencia o transacción. El dilema de la compensación en la ovodonación.**

En el epígrafe anterior, señalé que uno de los aspectos relevantes del don de Marcel Mauss (1923), reside en la obligación de devolver. También remarqué el debate generado por Bataille (1987) y Bourdieu (2007) acerca de la asimetría en las relaciones que esto genera y la importancia del intervalo en que un don debe ser devuelto.

En el contexto español de la reproducción asistida, las donantes de óvulos reciben a cambio una “compensación por las molestias generadas”. Los afiches

publicitarios distribuidos en las facultades universitarias no siempre lo mencionan expresamente aunque, en ocasiones, lo refieren de forma tácita:

- “Tu solidaridad será compensada”.

La ambigüedad de las clínicas al hablar de la compensación podría explicarse a partir de la Ley 14/2006 en materia de reproducción asistida en España que, en el artículo 5 señala:

“La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación resarcitoria que se pueda fijar solo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo económico para esta. Cualquier actividad de publicidad o promoción por parte de centros autorizados que incentive la donación [... no puede] en ningún caso, alentar la donación mediante la oferta de compensaciones o beneficios económicos” (BOE-A-9292, 2006: 8).

Para garantizar su carácter altruista motivado por la generosidad, las leyes españolas prohíben la compraventa de gametos, pero sí prevén el pago de una compensación económica que, en la práctica, oscila entre los 700 y los 1000 euros la primera vez y hasta 1200 euros si se dona por segunda o tercera vez en la misma clínica para resarcir daños y molestias y un incentivo de 200 euros adicionales por llevar una nueva donante. Un pago que se realiza en efectivo en un sobre que las donantes recogen al finalizar la donación, es decir, tras la extracción de los ovocitos. En caso de suspensión del tratamiento hormonal –por complicaciones médicas que analizaré en el capítulo 6–, no se cancela el valor total. En la clínica en que hice la etnografía, en situaciones semejantes se pagaba una parte proporcional a las molestias generadas de hasta 200 euros. Unas cifras -y políticas- que varían entre los diferentes centros privados.

La compensación económica de donantes es otro de los aspectos que marcan la diferencia entre España y otros países europeos. Sólo España, República Checa, Rusia y Ucrania compensan económicamente a sus donantes. Mientras que Alemania, Suiza y Noruega prohíben la donación de óvulos, en Reino Unido la compensación solo cubre los gastos médicos generados –750 libras,

aproximadamente, una cifra similar a la que se paga en España—, una política similar a la que prevé Francia, donde la compensación sólo cubre gastos de transporte y pruebas médicas (Reproducción-asistida, 2018). La compensación económica genera múltiples debates sobre cómo conceptualizar los óvulos -mercancía vs objeto sagrado-, así como también a aquellas mujeres que *donan*: ¿se trata de una labor altruista o de una forma de trabajo? (Almeling, 2011; Álvarez, 2008; Bestard & Orobitg, 2009; Bhardwaj, 2020; Jociles Rivas, 2020; Kenney & McGowan, 2008; Marre et al 2018; Molas, 2016; Nahman, 2013; Orobitg et. al. 2013; Parry, 2015; Pavone & Tober, 2018; Tober, 2001a; Waldby, 2015; Waldby et al., 2013). De hecho, la compensación económica a donantes en general es lo que originó la controversia entre Titmuss y el Institute of Economic Affairs (IEA) a fines de los años 60 (Stewart, 2018): ¿hasta qué punto se trata de elecciones individuales y, por tanto, de un don en el sentido maussiano cuando subyacen motivaciones económicas en las donaciones? De ahí deriva el debate en torno al precio que debe pagarse -o no- como una forma de garantizar libertades y responsabilidades individuales (Stewart, 2018). En consecuencia, y como una forma de cuestionar el carácter altruista de la donación, algunos investigadores (Tober & Pavone, 2018; Nahman, 2013; 2008a) prefieren denominarlas “proveedoras/vendedoras de óvulos” –“eggs sellers”-. Marre et al (2018) proponen su caracterización como trabajadoras reproductivas. Parry (2015) alterna “donantes de óvulos” con el concepto “*reproductive labourers*”, para remarcar las desigualdades de clase, raza y nacionalidad que redefinen las experiencias y decisiones de las mujeres convertidas en subrogadas (Pande, 2010) o en donantes de óvulos a nivel internacional. Pande (2010), por su parte, analizó el estigma social que genera la subrogación en India, percibida socialmente como un *trabajo sucio* que requiere un proceso emocional e ideológico para gestionar dicho estigma o censura social.

“A work can be “dirty” because it is perceived as physically disgusting [...], because it wounds dignity by requiring servile behavior, [...] or it offends moral conceptions (as does sex work, topless dancing, and surrogate mothering). [...] Surrogates resides in this sticky area -described as “true angels” who “make dreams happen”, but surrogacy is also surrounded by controversies about the “ethics of selling motherhood” and “renting wombs” (Pande, 2010: 294).

Mientras las subrogadas y las donantes de óvulos en Mumbai provienen de contextos económicos precarios, con menor nivel educativo (Deomampo, 2016; Pande, 2010; Parry, 2015, Schurr, 2018), clasificadas jerárquicamente a partir de condiciones raciales (Deomampo, 2016; 2019), los hombres donantes de esperma en California, son blancos, altos, con estudios universitarios, es decir, que conforman una especie de “*biosocial elite*” (Parry, 2015) y, aunque ambos reciben una compensación económica, la diferencia reside en que para las mujeres de Mumbai, ese dinero percibido constituye un ingreso importante para la economía familiar.

Nahman (2013; 2008a) ha señalado que las *proveedoras* no son agentes pasivos a merced del capitalismo global ni a los deseos de las receptoras o de la bio-industria. Al contrario, sus testimonios revelan que son “savy participants in this neoliberal economy, where desires operates as a forcé for linking differently positioned women” (Nahman, 2008a: 67). Centrada en el contexto Romaní, Nahman (2013; 2008a) agrega que sería un error llamarlas donantes debido a que estas mujeres están allí como vendedoras, en aras de obtener un beneficio económico para lo cual toma como referencia los comentarios de algunas donantes acerca de la necesidad de dinero por precariedad económica o para hacer algunos *arreglos en casa*. Una denominación como proveedoras que es importante debido a que: “her ‘dignity’, it might be said, is gained by being able to participate in this economy, where some people want to reproduce and she wants to supplement her income” (Nahman, 2008a: 67).

Inhorn (2011) sostiene que, tanto en la donación de gametos como en la de embriones, se produce una commodificación porque son vendidos abiertamente en páginas web y periódicos universitarios. Partiendo de la línea teórica que postula que los gametos son una *commodittie*, ¿cómo se determina el valor de un producto cuando no es solo un producto sino que proviene de un sujeto proveedor cuya caracterización no es neutral y, a la vez, contribuye a crear a otras personas? (Klitzman & Sauer, 2015; Tober, 2005; Whittaker & Spier, 2010; Schurr, 2018).

Las investigaciones centradas en el contexto norteamericano, evidencian que en EEUU, la compensación a donantes de óvulos oscila entre los 500 y los 250000 dólares (Tober, 2001a; Pavone & Tober, 2018). Las fluctuaciones en el

precio de una donación varían en función de aspectos como el nivel académico, aspecto físico (cuestiones ligadas a la raza y fenotipo, origen étnico, estatura, complejión y atractivo físico), coeficiente intelectual e intereses personales (Almelling, 2007; 2009; 2011; 2015; Álvarez Plaza & Pichardo Galán, 2008; 2020; Daniels & Heidt-Forsythe, 2012; Deomampo, 2016; Haylett, 2012; Keehn et al., 2015 Parry, 2015; Schurr, 2018; Tober, 2005; 2001).

En sus estudios sobre donación de gametos, Almeling (2007; 2009; 2011) utilizó el concepto *bodily commodification* para analizar cómo se recluta, comercializa y compensa a los donantes de gametos. Algo similar, hará Keehn et al. (2015) en su análisis cualitativo de las prácticas discursivas observadas en 46 clínicas y el estudio cuantitativo de websites de 217 clínicas. Almelling (2007; 2009; 2011) halló que el valor de las células reproductivas es moldeado por el género de quien dona: mientras que en los afiches destinados a donantes de óvulos se hacía mayor énfasis en valores como la solidaridad y el altruismo, en los destinados a la donación de esperma se equiparaba el acto de donar con el “trabajo”. Conclusiones similares se pueden observar en análisis que subrayan que, mientras la donación de esperma es conceptualizada como un “trabajo”, la ovodonación es conceptualizada como un “regalo” o un “milagro” (Almeling, 2007; Álvarez, 2008; Daniels & Heidt-Forsythe, 2012; Haylett, 2012; Keehn et. al., 2015; Tober, 2005; 2001a) e, incluso, como un deber moral (Silva & Machado, 2009) lo que llevará a la conclusión de que el proceso social de asignar un valor al cuerpo humano y sus productos varía según el sexo y el género del cuerpo que se mercantiliza (Almelling, 2007; 2009<sup>a</sup>; 2011b; Tober, 2005).

Desde la antropología, en un esfuerzo por superar la categorización binaria entre don vs commodity (Appadurai, 1986; Pande, 2011; Bestard&Orobitg, 2009; Molas & Bestard, 2017; Scheper-Hughes, 2007; Titmuss, 1970; Tober, 2001a; 2018b; Waldy et al., 2013), Kopitoff (1991) señaló que, desde el economicismo clásico, todo aquello que se intercambia por dinero, se convierte en mercancía. Sin embargo, a partir de la relectura de etnografías clásicas que abordaron el funcionamiento de sistemas económicos de sociedades no industrializadas, Kopitoff (1991) sostuvo que la venta no constituye necesariamente una característica intrínseca del estatus mercantil. Un ejemplo claro, son los

intercambios de mercancías en sociedades no monetarizadas. Varios años después, Parry (2008a; 2015) mostró cómo en el contexto de subrogación, tanto los cuerpos reproductivos como sus partes, entran y salen de la categoría mercancía. Desde la perspectiva de Parry (2008), conceptualizar la subrogación como *acto altruista* o como nueva forma de trabajo (Tober, 2001a; 2018b; Waldby & Cooper, 2010) tiene repercusiones, no solo a nivel social, sino también político. En efecto, Pavone & Tober (2018) explican que, en Estados Unidos, Hacienda ha decidido gravar los ingresos obtenidos por donación de óvulos. Esta delimitación, afirman Pavone & Tober (2018), “se mueve en una fina línea entre la idea de que los óvulos son productos que se venden y se compran, a la vez que se permite ganar dinero de los cuerpos de las mujeres. [...] El hecho de que en Estados Unidos los ingresos de las proveedoras estén siendo gravados aproxima las realidades sistémicas del aprovisionamiento de óvulos mucho más a un “trabajo reproductivo” alejándolo del marco de la donación altruista” (Pavone & Tober, 2018: 269). En todo caso, la categorización binaria podría facilitar o negar la posibilidad de reclamar derechos laborales como el acceso a un salario -en lugar de una compensación aleatoria-, así como la capacidad de reivindicar unas mejores condiciones laborales y el acceso a la seguridad social y sanitaria (Cooper & Waldby, 2014; Pande, 2017).

Como he señalado anteriormente, en España, los *padres y madres de intención* no tienen acceso a la información sobre las y los donantes que les permita hacer una selección según intereses particulares. Asimismo, la legislación española prohíbe la compra-venta de células reproductivas, embriones y gametos aunque permite una compensación económica por las molestias asociadas al proceso lo que genera controversia ética y legal debido a que la compensación económica pueda comprometer la capacidad de decisión de quienes *donan* (Daniels & Heidt-Forsythe, 2012; Titmuss, 2018[1970]). Por el contrario, Cooper & Culyer (1968), a propósito del pago por donar sangre, señalan desde una postura economicista que, dado el contexto de libre mercado, la compensación económica es el único sistema compatible con la libertad individual y la responsabilidad personal. Klitzman & Sauer (2015), por su parte, advierten de que la ausencia de compensación económica puede conducir a la explotación del cuerpo femenino y a la ausencia de donantes y, por ende, a la negación de los derechos reproductivos de otras mujeres.

En el estudio de las motivaciones para donar adquieren especial importancia la forma en que las personas construyen sus historias. Muchas de las investigaciones centradas en este ámbito, enfatizan la confluencia entre transacciones económicas y aspectos más íntimos ligados a cuestiones de género, parentesco e identidad (Haylett, 2012; Molas & Perler, 2020; Parry, 2015; Perler & Schurr, 2020; Schurr, 2018; Schurr & Militz, 2018; Tober, 2001a; 2018b; Zelizer, 2012; 2005a). Por ello, Bestard & Orobitg (2009) y Orobitg et al. (2013) se preguntaban si los óvulos pueden ser pensados como un producto del mercado debido a que en los relatos de las donantes se entremezcla el interés económico y el altruismo como motivo central para *donar*. En la misma línea de Zelizer (2012; 2005a), Bestard & Orobitg (2009) señalarán que el dinero percibido por las donantes no es igual al dinero abstracto e impersonal del mercado, neutro e intercambiable, sino que se trata de *dinero* cargado de sentidos concretos dentro del contexto familiar (Bestard & Orobitg, 2009), en el que la intimidad del don y su remuneración no funcionan como dos esferas hostiles o incompatibles sino más bien como parte del mundo doméstico de las donantes. Una década después, a partir del análisis cualitativo de siete entrevistas, Bestard & Molas (2017) y tomando como punto de partida la agudización de la crisis económica y el incremento de la precariedad laboral, concluirán que, aunque la compensación económica sigue siendo el nudo, es la solidaridad la que terminará siendo el núcleo duro que da sentido a la acción (Bestard & Molas, 2017). Algo similar señalará Schurr (2018) al explicar que, en Estados Unidos son múltiples las investigaciones que muestran cómo en los relatos de subrogadas y de donantes, coexisten el altruismo y lo mercantil (Jacobson, 2016; Smietana, 2017; Parry, 2015). Ello ha dado lugar a conceptos como *affective market* (Schurr & Militz, 2018; Parry, 2015), *clinical labor* (Cooper & Waldby, 2014; Parry, 2015), *relational work* (Bandelj, 2020; Block, 2012; Haylett, 2012; Lainez, 2020; Rossman, 2014; Zelizer, 2012; 2005a) o *reproductive biographies* (Molas & Perler, 2020; Perler & Schurr, 2020) para señalar la interrelación entre las vidas reproductivas de las donantes y su contexto socioeconómico, además de “the entanglement of those multi-scalar power relations and related gendered obligations of care” que son las principales razones por las que existe biodisponibilidad de donantes (Molas & Perler, 2020: 397).



A través del concepto *relational work*, Zelizer (2012) exploró la confluencia entre la esfera de lo íntimo y transacciones económicas presentes en las negociaciones de las personas

“People engage in relational work as they negotiate and differentiate their ties to others in multiple domains of their lives, including religious, political [...] or other social interactions (Zelizer, 2012: pp. 150).

Por tanto, Zelizer (2012; 2005a) establece una conexión entre la esfera económica -dominada por el cálculo y la eficiencia- y las interacciones íntimas diluyendo las barreras que separan lo público de lo privado.

“Relational work [...] certainly includes gender as one feature of relational efforts involved in economic activity. [...] By studying gender, we are able to observe participants in economic activity negotiating gender identities and relations where gender-blind economic analyses postulate the priority of interest and resources” (Zelizer, 2012: 151).

Block (2012) señaló que la interrelación entre las esferas íntima y la económica, han sido siempre “connected worlds” since people in families and other intimate relations exchange both money and goods” (Block, 2012: 136).

Haylett (2012) añadió que, dado que la donación de óvulos es un ejemplo claro de *relational work* (Zelizer, 2012; 2005a), retomó el concepto para comprender la manera en que las donantes racionalizan y explican su experiencia en las clínicas. Se trata, por tanto, de entender los significados y las negociaciones construidas a partir de la interacción entre donantes de óvulos y el personal médico, “which constitutes the economic transaction at the base of egg donation and facilitates its rise in the midst of a challenging cultural context” (Haylett, 2012: 225).

## 5.6. Los relatos de las donantes: altruismo vs mercantilismo. El dilema moral de la ovodonación.

Semanas antes de establecer mi primera entrevista con una donante, compartía con algunas compañeras de aula mis inquietudes sobre las donantes de óvulos. Habíamos concluido las presentaciones sobre nuestros respectivos temas de análisis para la preparación de un ensayo en antropología económica. Yo acababa de explicar cuál sería el tema en torno al cual articularía mi trabajo: la ovodonación.

¿Quiénes eran estas mujeres que *donan* óvulos? ¿Cómo vivían la experiencia? ¿Qué las motivaba a donar? ¿Es doloroso? ¿Hablan con sus familiares sobre ello? Recuerdo que estas fueron las preguntas iniciales que surgieron en la conversación con mis compañeras de aula, y sobre las que especularon posibles respuestas:

- Eli (20 años, estudiante de antropología): “Dudo que alguien haga algo así por generosidad. Es una forma de explotación. Sólo me cuadra que sea por dinero, ¿por qué hacer algo que no sabes si puede dañarte a largo plazo”.
- Julia (22 años, estudiante de antropología): “Nos enganchan con el discurso de la generosidad porque así es más fácil obviar que estás vendiendo una parte de tu cuerpo”.
- Carlota (22 años, estudiante de antropología): “Seguro que son inmigrantes *malpagadas* y quizás irregulares, mal informadas que obviamente caen en estas cosas por dinero. No creo que haya generosidad en esto porque, si fuera así, no haría falta pagarlo”.

La discusión con mis compañeras se retomaba cada cierto tiempo. Concretamente, cada vez que descubríamos que alguien de nuestro entorno conocía a otra que había sido donante.

Opiniones semejantes a las de mi compañera, también eran compartidas por algunas personas que trabajaban en la clínica. Las recepcionistas de la clínica coincidían en que “lo hacen por dinero. Hay muy pocos casos que realmente lo harán por solidaridad, pero de esos te encuentras 1 de cada 100. [...] Y si no, que

te lo cuenten: ¿cuántas de ellas han donado el sobre o lo han rechazado al final del tratamiento? Pregúntales [a las donantes] a ver qué te dicen”. Las enfermeras coincidían en que la motivación económica era un factor muy importante, pero que también era necesario que “las chicas entiendan que esto no es sólo una cuestión de dinero, sino que también hay cuestiones importantes como la solidaridad y la empatía”. Una de las intérpretes de origen italiano, por su parte, comentaba: “qué más da si lo hacen o no por dinero, si al final, todos salen ganando”. Ante afirmaciones semejantes, una de las becarias del departamento de psicología, remarcaba: “ya tía, pero no hay que pasarse. Que hay unas a las que se las ve venir de lejos, y eso tampoco está bien. Que si lo hacen por el dinero, vale, pero que al menos no sea tan obvio, ¿no?”

De regreso a mi primera entrevista con Lucía (24 años, dependienta, española) en una cafetería en Sarrià, pregunté: “¿por qué donaste; qué te motivó a ello?” Le pedí que me contara su experiencia, empezando por cómo supo que los óvulos pueden ser donados:

-Lucía: “Me enteré por casualidad, porque en el metro me dieron un afiche. En ese momento yo trabajaba de dependienta en el centro de la ciudad. Cogí el papel, pero no le hice mucho caso hasta que llegué al trabajo y se lo mostré a una compañera. Ella sí que estaba puesta en el tema y me contó que te daban un dinero por ello. Así que me metí en la página web y les envié el formulario para pedir información”.

-Investigadora: “¿Tenías información previa sobre la donación de óvulos: en qué consistía y cómo se realizaba?”

-Lucía: “No. Yo había oído algo por ahí, pero nada concreto”.

-Investigadora: “Cuéntame, ¿qué te motivó a escribirles? Y una vez en la clínica, ¿por qué te decidiste a donar?”.

-Lucía: “Antes de escribirles, me informé bien. Leí de todo: comentarios de gente que había donado antes; mujeres que contaban que se sentían mal por no tener hijos. Cosas así.

-Investigadora: “O sea, ¿redes sociales?”

-Lucía: “Sí, redes sociales y la página de la clínica. Aunque era para tener una idea de qué te hacen. [...] No lo vi mal, ¿sabes? Pensé: si con un pequeño gesto como este, ves que puedes ayudar a otra mujer a ser madre, y de paso, te llevas un dinerito extra por medio, ¿por qué no?”

-Investigadora: “¿Y en la clínica, te preguntaron por qué donas; qué te dijeron sobre la donación de óvulos?”

-Lucía: “Sí, me explicaron en qué consistía y también me dijeron que se trata de un gesto generoso porque ayudas a otros. Dijeron los exámenes que me harían y que debía aplicarme unas inyecciones, aunque eso me lo volvieron a explicar mejor después, con los resultados del análisis de sangre. Y cuando me preguntaron que por qué dono, yo les dije lo que sé que quieren oír (risas): que lo hago por altruismo. Pero la verdad es que, si sé que va a ser tan horrible, me lo habría pensado mejor”.

Lucía me contó por primera vez un relato que con el tiempo volvería a escuchar en otras donantes: la experiencia de una hiperestimulación ovárica. En realidad, Lucía no la sufrió en su primera ovodonación, pero sí en la tercera por lo que sus reflexiones aunaban las cuatro experiencias que tuvo en total al momento de la entrevista. Inicialmente, sus explicaciones sobre las motivaciones para donar me resultaron escuetas. No hará lo mismo con respecto al trato que ella dijo haber experimentado en una de las clínicas en donde sufrió hiperestimulación ovárica: “me sentí maltratada; sentí que me trataron como si fuera una vaca a la que tienes que hormonar y ordeñar. No me hacían caso cuando les decía que me dolía muchísimo la tripa”. Un aspecto sobre el que Lucía volverá una y otra vez y fue su relato, lo que en parte, motivó algunas de las preguntas que formulo en el capítulo 6. En todo caso, y a fin de entender mejor los motivos de Lucía para ser donante, reorienté mi pregunta:

- Investigadora: “En algún momento, ¿comentaste con tus familiares o amigos cercanos sobre la posibilidad de donar óvulos? En tus mensajes, me contaste que donaste 4 veces, ¿cómo tomaste la decisión de hacerlo?”

-Lucía: “Cuando fui a la clínica por primera vez aún no sabía si podría donar. Sólo fui por curiosidad [...] Yo diría que la decisión la tomé ahí mismo casi

sin darme cuenta. Porque ese mismo día me hicieron de todo: la ecografía intravaginal, me sacaron sangre. Y como me dijeron que, si todo sale bien en las analíticas, era apta para ser donante..., asumí que estaba dentro del programa. Y luego, lo otro que me preguntan: lo comenté con una compañera de trabajo, pero sólo le dije que me lo estaba pensando, no que ya había iniciado el tratamiento. Me miró mal y me dijo que cómo podía vender partes de mi cuerpo, que si estaba loca, que si no era una forma de venderme a mí misma. Me enojé y le dije que no es lo mismo, que con los óvulos de mujeres como yo se consigue algo mucho más grande: una persona. Gracias a mí, otra mujer podrá ser madre. Así que, para mí, no es como vender partes de mi cuerpo. Ni que me estuviera prostituyendo o bailando en un club, sabes. Es verdad que con ese dinero pudimos tener vacaciones mi novio y yo, pero para nada se compara en el beneficio que trae mi donación. Y ya no dije a nadie nada porque ya sabes, te miran mal, te juzgan. No entiendo. No estoy haciendo nada malo, ¿por qué te tienen que juzgar por hacer algo que es bueno para los demás?”

-Investigadora: “¿Y con alguien de tu familia, de tu entorno más cercano, tu novio, por ejemplo: sabían que habías iniciado el tratamiento?”

-Lucía: “Al inicio, sólo lo hablé con la amiga esta que estaba más puesta en el tema. Ella me acompañó a la clínica. Luego se lo conté a mi mamá. A ella le extrañó al inicio, pero me apoyó. Cuando se enteró mi padre –que eso fue en la tercera donación–, se molestó conmigo. Me decía que qué es eso de andar vendiendo mi útero -es que el pobre no lo entendía-, que si me iban a volver estéril por culpa del tratamiento, que si voy a dejar hijos por ahí sueltos en la ciudad. Y, como encima me fue mal en esa ocasión, ya ni te cuento. En la cuarta donación, directamente ya ni me habló”.

Las observaciones sobre la falta de conocimiento del entorno familiar y la posible crítica social ante la donación no son exclusivas del testimonio de Lucía. En el cuestionario otorgado por la clínica a las donantes, una de las preguntas es acerca del conocimiento que tienen otros miembros de la familia y el entorno cercano sobre la participación de la donante en el proceso. Al preguntar a una de las asistentes el porqué de esta pregunta, me explicó que la hacían para evitar

posibles conflictos familiares: “una vez vino aquí el novio de una donante quejándose de que íbamos a dejarla estéril y pretendía obligar a la chica a abandonar el tratamiento. Ahí fue cuando supimos que la chica no había comentado nada hasta avanzados los procedimientos. Es mejor que el entorno más cercano lo sepa”. Revisando algunos de los formularios, la mayoría de las donantes afirmaba haberlo comentado con los padres, pareja y amigos cercanos. En las entrevistas, por el contrario, las explicaciones eran más restrictivas:

-Lorena: “yo sólo se lo dije a mi pareja. No le hizo gracia, pero no me dijo nada.”

-Susan (24 años, colombiana, desempleada): “yo lo hablé con mi mejor amiga y una prima cercana. Ellas me acompañaron. Me daba vergüenza hablarlo con mis padres porque no sé, no les gustaría que por ahí ande un niño con mi cara y todo por dinero”.

-Erika (20 años, española, en paro): “Se lo dije sólo a mi madre. Mi padre no lo vería bien y para evitar líos, nos lo que quedamos sólo mi madre, mi hermana y yo”.

La explicación más común era el temor a ser juzgadas, a que la donación se interpretase como una *compraventa*. Al preguntar a Lucía sobre el altruismo en la donación, ella me respondió:

-Lucía: “Todas te dirán que es por altruismo porque no queda bien decir que lo haces por dinero. Si fuera por altruismo puro y duro, ¿por qué nadie dona ese dinero a una ONG? Al inicio yo les decía que era por altruismo, pero la tercera vez me rayé y les dije que lo hago por dinero. Me miraron con una cara... Y yo les dije: si prefieren que les mienta....”

-Berta (29 años, española, en paro): “Claro que me sentí atraída por el dinero. Me viene bien para pagar algunas cuentas que tengo pendientes de la casa y de mi hija pequeña. Pero también es verdad que un gesto como este vale mucho. No es fácil donar. Parece sencillo, pero es complicado y en mi caso, hasta doloroso. Sin contar que aún no se me quita el pánico a las agujas.”

-Mireia (29 años, española, en paro): “Es evidente que el dinero es una motivación importante porque viene bien, pero tampoco es para fliparse porque no es que te arregle la vida y según y cómo, ni siquiera el mes. Creo que hay cosas que nunca haría por dinero. Es horrible saber que tu cuerpo no responde como tú quisieras, que no puedes tener hijos. Así que obvio que piensas ‘lo que hago está bien, ayuda a la gente’. Así que no es lo mismo. Si sólo fuera por el dinero, entonces es como decir que todo vale, que así como das un óvulo, podrías vender tu cuerpo”.

-Alexandra (23 años, estudiante): “Yo tengo una experiencia cercana. Una tía a la que estoy muy unida, lleva años intentando quedarse embarazada. Ha probado de todo, pero no lo consigue. Le dije de estos tratamientos y me ofrecí como donante con la esperanza de que mis óvulos sirvan a mujeres como mi tía. Sé que ella no puede llevar a una donante, pero yo lo pensé como un intercambio: si yo dono, hay más posibilidades de que haya más óvulos por ahí y que uno de ellos termine en el vientre de mi tía. Yo lo hice por ella”.

La experiencia de la infertilidad en el grupo familiar como una de las motivaciones para donar, si bien no era la explicación más frecuente, sí apareció en varios relatos de las donantes entrevistadas. El modelo de intercambio explicado por Alexandra, me recordó en cierto modo, a los círculos de reciprocidad del Kula: tanto en su testimonio como en el de Jeanette -que expongo a continuación-, los óvulos son entregados con la certeza de que serán puestos en circulación y entregados a quien los necesite. Ambas explicaciones remiten a un don que se efectúa no hacia una persona en particular sino a todo un grupo social determinado: las mujeres con problemas de fertilidad.

-Jeanette (24 años, estudiante de Bellas Artes): “He decidido que no quiero ser madre y a ratos, me siento mal por ello. Así que, para mí esta es como una forma de intercambio, si quieres. Una manera de devolverle a la vida algo que me fue dado y de solidarizarme con otras mujeres que lo están pasando mal, por razones distintas a las mías.”

Historias como la de Jeanette, aquella joven vestida con un estilo punk y media cabeza rapada que, al inicio, generó dudas entre el personal de recursos humanos, no eran frecuentes. Al preguntarle sobre sus motivos para donar, Jeanette empezó su relato explicando que ese mismo día, en la mañana, había participado en una marcha que reivindicaba a las víctimas de violencia de género. Acto seguido, contó su historia y cómo aquel evento traumático -un ataque sexual- reorientó muchas decisiones en su vida, entre esas mudarse de ciudad y renunciar a proyectos reproductivos. Permanecí perpleja unos minutos. No sabía con claridad cómo debía reaccionar. Miraba a la psicóloga en busca de cualquier gesto que me permitiera intuir cómo reaccionar o cómo interpretar lo que oía. ¿Por qué nos contaría semejante experiencia? Recuerdo que una de las dudas del personal – además de la vestimenta– era sobre el consumo de somníferos años atrás. La causa era la misma, la ansiedad y la depresión que le produjeron insomnio. Su historia me llevó a preguntarle sobre su activismo social y la gestión de la policía, tras la denuncia de agresión sexual. Aún después de su partida, al salir de la clínica, pregunté a la psicóloga: “¿se encuentran a menudo con historias semejantes? Realmente tienen casos en los que una experiencia traumática sea parte de la explicación a su motivación para donar?” Aunque hice este comentario con cierta incredulidad, la psicóloga asintió con la cabeza y me dijo: “No es lo más frecuente, pero chicas que vienen aquí y que han sufrido una agresión sexual son más comunes de lo que quisiéramos y nos gustaría ver. También hay quienes se sienten culpables por haberse practicado un aborto y ven en esto un modo de expiación”. Aquella conversación perduró como un recuerdo vívido durante días. Las salas de la clínica y la disposición de nuestros cuerpos en ella, volvía el recuerdo más ambiguo: ubicadas detrás del escritorio –en mi caso, a un costado–, vestidas con nuestras respectivas batas de personal clínico y desde nuestros sillones de oficina, me preguntaba sobre la imagen que proyectábamos.

Retomé mis preguntas a las donantes. Como puede observarse en los primeros testimonios expuestos en párrafos anteriores, en las entrevistas en solitario efectuadas en la clínica, altruismo e interés económico aparecían como categorías yuxtapuestas.



-Anónimo 1: “Lo hago por altruismo. Es algo bueno para otros y a mí no me significa nada [...]. Y de paso, me dan un dinero que vendrá bien porque necesito pagar el alquiler.”

En diciembre de 2015, el blog llamado Tendencias publicó un artículo de la bloguera Charlie, titulado: “Así fue mi experiencia como donante de óvulos”. El post se centraba en la experiencia corporal de los tratamientos, las complicaciones y los temores. Las primeras líneas sintetizaban el contexto y explicaban la motivación a donar como *things to do*:

“[...] Hará unos tres años decidí donar óvulos. No fue un acto impulsado por la motivación de ganar un dinero extra, era sencillamente por algo que tenía en mi lista de *things to do* y así lo hice. Y después de probarlo puedo decir una cosa tajante: nunca más” (Charlie, 2015: s.p).

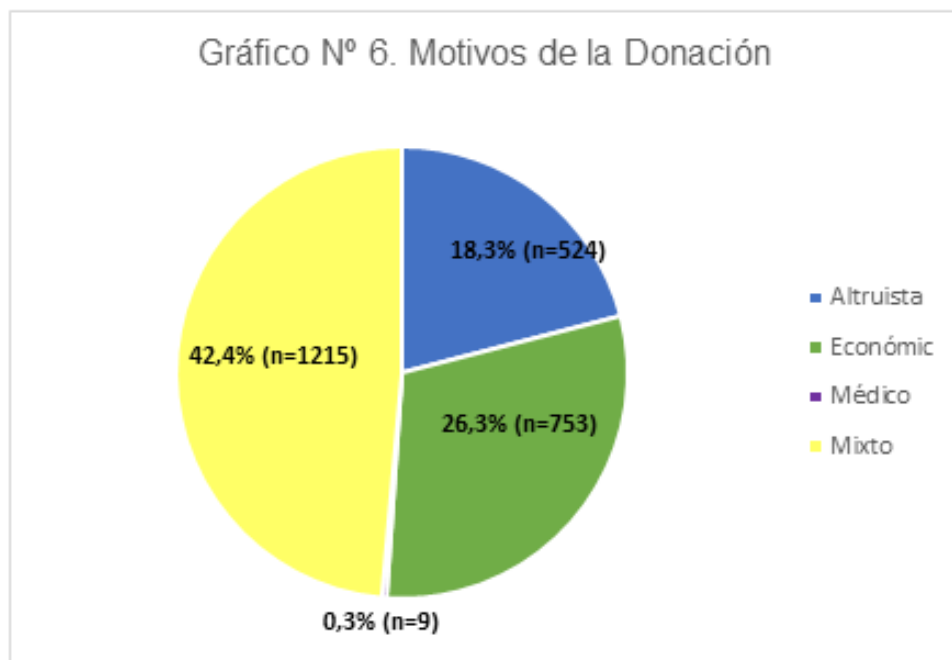
En febrero de 2017, el foro “En femenino.com” anunciaba la realización de la I Encuesta sobre donación de óvulos (Enfemenino.com, 2017). Desde la administración del foro, explicaron que en la encuesta participaron donantes de óvulos de España, México y Argentina y preguntaron a las mujeres sus opiniones, nivel de conocimiento, experiencia y motivaciones. Entre los testimonios procedentes de donantes españolas el blog remarcó:

- Anónimo 1, 25 años: “No me gustaría tener hijos en un futuro, por lo que creo que sería una buena idea dar esa oportunidad a mujeres que sí lo necesitan [...]”.

-Anónimo 2, 20 años: “Lo hice por ayudar [...] y si en un futuro no pudiera ser mamá de forma natural, me gustaría que me ayudaran a serlo y me gustaría añadir que no quiero que salga que he donado óvulos públicamente”.

Una de las preguntas del cuestionario proporcionado por el equipo de la clínica a las posibles donantes, es: “¿Cuál es su motivación para donar?” Las respuestas a esta pregunta son, posteriormente registradas en la base de datos diseñada, también por la clínica. El registro lo hacían, por regla general, las secretarías. Después de cada visita de una posible donante, me facilitaban el acceso al cuestionario para poder observar las respuestas y planificar entrevistas.

Las respuestas, siempre escuetas se traspasaban a la base de datos a través de tres términos: Altruista, Económico o Mixto. Altruista era el término que agrupaban a todas aquellas explicaciones que en el papel que hablaban de “solidaridad”, “generosidad” y “altruismo”. Económico se adjudicaba a aquellas explicaciones sobre “problemas de liquidez”, pero también a todas aquellas que respondían con un único término: “económico”. “Mixto” era la categoría pensada para las explicaciones que utilizaban los términos “generosidad / altruismo / solidaridad/ ayuda” con “pago de alquiler / de la universidad / falta de trabajo”, etc. Se conceptualizaban bajo la categoría de “médico” todas aquellas explicaciones que remitieran interés por la salud sexual y reproductiva y/o genética. La mayor parte de las explicaciones eran categorizados como “mixtas”, tal y como refleja el siguiente gráfico estadístico:



Fuente: Realización personal a partir de análisis estadístico de base de datos de la clínica. Datos procedentes del año 2017.

En los testimonios de las donantes expuestos hasta aquí se intercalan conceptos como “altruismo”, “generosidad” y beneficio económico. En las entrevistas eran comunes las respuestas que alternaban estos conceptos y escasas aquellas en las que el interés económico era más evidente. No obstante,

la mayoría de los testimonios antes citados tienen en común que se trata de mujeres que iniciaban un proceso de ovodonación. De hecho, las entrevistas en la clínica eran efectuadas mayoritariamente, al inicio del tratamiento. No ocurre lo mismo con aquellas entrevistas realizadas a mujeres que habían donado en varias ocasiones. Recordemos que Lucía (24 años), mi primera entrevistada, donó un total de 5 veces y, aunque conceptualizaba su gesto como algo positivo, también negaba que hubiera un altruismo “puro y duro” en la motivación a donar. Al final de la entrevista, me dijo: “a estas alturas, después de saber lo duro que es esto [el proceso médico], sé que si no me pagan, no dono”. Algo similar dirá Marta, una donante de 28 años, que trabajaba como dependienta. Donó en un total de 5 ocasiones. Me explicó que, al inicio, “donas porque así ayudas a otras mujeres; es una manera de aportar con un granito de arena [...]. Pero cuando ya sabes de qué va esto, de todo el trabajo que uno pasa con los pinchazos y las hormonas, sé que si no hay la compensación -que ya puestos, me parece escasa-, no lo vuelvo a hacer.”

-Anabel, 29 años, en paro: “La primera vez que doné, claro que lo hice porque me parecía algo positivo hacia otras mujeres. Pero también fue por el dinero que te dan. Al inicio, me pareció mucho dinero. Creía que pagarían menos, no sé, unos 500 euros como mucho. Pero después de los tratamientos, me di cuenta de que esto es más complicado de lo que esperaba. Cuando salí de la clínica me dije a mi misma ‘no volveré nunca más’. Pero al cabo de unos meses empezaron a llamarme y a insistirme a que volviera, a que done otra vez. Yo no estaba muy entusiasmada. Pero insistieron tanto, que al final, volví. Además, me acababa de quedar sin trabajo. Eso sí, yo pensaba que ahí acabaría la historia. Pero luego me salen con que si mi novio no estaría interesado en donar semen. Creo que tenían una pareja similar a nosotros y parece que encajábamos. ¡No veas lo mucho que insistieron! Y así, hasta que cuando me quise dar cuenta, terminé llevando a mi prima, a una amiga, a mi novio y yo volví 5 veces. Esta [la 6] es la última, lo prometo”.

Esperanza de 29 años, estudiante de enfermería, había donado en tres ocasiones en la misma clínica. Su relato equipara la donación de óvulos, con la de

órganos y la de sangre, a la vez que cuestiona lo que ella interpreta como una conceptualización errónea del acto en sí:

“La primera vez pensé que me iban a dar dinero por la cara, pero luego me di cuenta de que esto es complejo. Cuando el psicólogo de la clínica me preguntó cuál era mi motivación, yo le dije que es para ayudar a otros. Me pareció lo más obvio porque yo ya soy donante de sangre y cuando muera, donaré mis órganos porque una vez muerta, qué más da. Pero cuando donas sangre, te dan un zumo y un bocadillo; mientras que, por donar óvulos te compensan por las molestias y si encima, repites, te dan más dinero. Al final del tratamiento entendí a qué se referían con las molestias [...]. Creo que hay un sacrificio enorme de nuestra parte porque donar óvulos no es fácil [...]. No equivale a ‘donar cabello’ como una vez me dijeron en la clínica”.

La analogía entre *donar cabello* y *donar óvulos* apareció en varias entrevistas, especialmente en aquellas efectuadas en la clínica. Lo decían las donantes como parte de la explicación del porqué de la donación. Si donar era un esfuerzo -como decían las donantes entrevistadas fuera de la clínica-, ¿cómo era posible homologarla a ‘donar cabello’? Comenté este tipo de afirmaciones con trabajadoras de la clínica. Una enfermera me explicó que: “a veces están preocupadas por la herencia genética del niño. Temen que la persona concebida con sus óvulos tenga sus mismos rasgos y gestos, y que un día se encuentren por la calle. Para tranquilizarlas, se les dice que ellas sólo donan el óvulo, pero que es la receptora la que le da forma. Así que es como si donaras cabello: aunque se haya utilizado tu pelo, éste se convierte en otra cosa y deja de ser tuyo”. Este tipo de explicaciones eran dadas en distintas etapas del tratamiento, en función de la actitud de las donantes, pero en general, se decía al inicio, para separar herencia genética y maternidad y restar complejidad al proceso hormonal. De hecho, uno de los comentarios más observados durante las entrevistas con donantes realizadas en la clínica así como en contextos externos, es el relativo a la herencia genética y la maternidad. A partir de frases como: “¿qué pasa si encuentro un día a alguien con mi cara, mis gestos?” “¡No quisiera encontrarme a otra persona por ahí, parecida a mí!”, las donantes expresaban lo que yo considero como un temor relativo a la herencia genética y el parentesco. Expresiones semejantes también

aparecían con frecuencia en el cuestionario elaborado por la clínica y que las donantes debían responder como parte del proceso de selección. De ahí que, en múltiples ocasiones, el personal clínico, en un esfuerzo por resolver dudas con respecto a la herencia genética, equipararan la donación de óvulos con “donación de cabello”.

Ahora bien, si para la clínica era necesario conocer el motivo de la donación a través de la formulación de cuestionarios, lo era también para algunas madres de intención e incluso para los hijos concebidos por ovodonación. Durante la etnografía en Barcelona, las preocupaciones de algunas receptoras con respecto a las donantes se centraban en: 1) saber quiénes eran -sus características físicas, nivel educativo y nacionalidad y 2) sus motivaciones. En algunas ocasiones, ante las preguntas de las receptoras sobre las motivaciones de las donantes, en el departamento de Psicología, se añadía al concepto generosidad y solidaridad, comentarios relativos a la empatía: “el que hayan sido madres, nos da una prueba de su fertilidad, pero además, la experiencia de la maternidad, también es un aliciente importante en la decisión de donar”.

Mercedes, una receptora cuyo testimonio expuse en el capítulo 4, preguntaba: “estas chicas, ¿Por qué lo hacen? Para mí, es importante saberlo porque quiero que sea una persona con buenos valores morales y además me hago una idea del perfil de donantes que tienen.” Receptoras de origen francés, expresaban conflictos similares al inicio de los tratamientos con ovodonación: “no estoy de acuerdo con que se las pague. En Francia, esto se hace por altruismo y si vosotros les pagáis, ¿cómo van a asegurarme que no es por dinero? Agnès, la receptora de origen sueco, también mencionada en el capítulo 4, expresaba su rechazo hacia la compensación económica de las donantes: “no quiero recibir algo que es dado a cambio de dinero”. Agnès veía en la compensación a las donantes otra razón adicional para rechazar óvulos donados. Ella había acudido a la clínica con la intención de iniciar un tratamiento reproductivo en el que pudieran utilizarse sus óvulos. Sólo estaba dispuesta a aceptar una donación de semen porque no contaba con el apoyo de su pareja. Pero, tras varias visitas al médico, fue enviada al departamento de psicología para que se le informara y aconsejara sobre el tratamiento recomendado: el uso de óvulos donados. Agnès llegó sin cita previa.

Tan pronto supo el diagnóstico del médico, llegó molesta al departamento de psicología porque se negaba a aceptar una FIV con óvulos de donante. Las razones, además de su desconfianza en la capacidad de la clínica en conseguir a alguien con un fenotipo semejante al suyo, era la posible motivación exclusivamente económica de las donantes.

En los blogs y redes sociales, las opiniones de las receptoras diferían entre sí:

-Daniela, 40 años, receptora: “Todas las que necesitamos donantes, estamos muy agradecidas a que nos ayudéis; ¡cómo voy a decir lo contrario! Tengo tres amigas que lo están pasando fatal [...] y han buscado esta opción que ayuda a las [...] tres partes. [...] Entiendo que deba de pagarse, y si por mí fuera, le pagaría más a la donante que a la clínica porque sin ellas no sería posible el negocio que tienen las clínicas. [...] Que hay donantes que lo hacen de corazón, ¡pues claro! Pero también pienso que esto es un negocio; que la sensación es que se trata de un abuso a las que padecemos esta mierda que nos asfixia de pena y no critico a las donantes sino a las clínicas que muchas veces utilizan a una sola para dos y tres receptoras.”

Este último testimonio encierra una crítica hacia lo que unas consideran inmoral -el uso lucrativo de los óvulos-, a la vez que remarca la ambigua percepción en torno a la compensación económica de donantes. Gilman & Nordqvist (2018) explican que en Reino Unido, tras la supresión del anonimato en el 2005, se ha establecido como práctica que los donantes dejen un mensaje de *buena voluntad*– *goodwill message*– en el que expliquen las razones para donar. Este mensaje, junto a datos generales sobre características físicas, intereses y gustos del donante, es la información a la que acceden los hijos concebidos por esta vía a partir de los 16 años (Gilman & Nordqvist, 2018).

Diane Tober (2001a; 2018b) concluyó que el altruismo añade más valor emocional que se traduce en mayores posibilidades de selección por parte de una posible receptora: las mujeres seleccionan de modo preferente, a aquellos que han señalado el altruismo como principal motivación para donar. Bourdieu (2007) remarcó que las acciones generosas no dependen de la intención consciente de

individuos aislados, sino que la generosidad como concepto constituye un hábitus en sí mismo que incrementa o conserva el capital simbólico. Como ejemplo, Bourdieu (2007) señaló que son muchos los refranes que exaltan la generosidad como máxima virtud, a la vez que permanecen aquellos que la cuestionan por transformar el don en “encadenamientos mecánicos de actos obligados” (Bourdieu, 1991: 179). Por ello, Ferrante (2008) señalará que es un error no incluir lo que, desde su perspectiva constituyen “verdades *reprimidas ni* las condiciones de la producción y del funcionamiento de esta negación” (Ferrante, 2008: 57).

En todo caso, la importancia del altruismo manifiesto de los donantes, parece residir en que es percibido como una característica que aumenta la calidad de los óvulos -o el esperma-, y por extensión, de la persona que dona (Tober, 2001a; 2018b) y de la que se obtiene por esa donación.

## **5.7 Conclusiones**

Mi objetivo principal en este capítulo consistía en el análisis de las narrativas de las donantes de óvulos en torno a sus motivaciones para donar. Me interesaba explorar cómo construyen sus narrativas en torno a la experiencia de convertirse en donantes, a la vez que su posicionamiento. Tomando como referencia la existencia de una compensación económica, me interesaba analizar los distintos modos en que altruismo, generosidad y beneficio económico se yuxtaponían. Por esta razón, y dada la presencia de la clínica y su rol como intermediario central que garantiza el éxito en las donaciones y en los tratamientos, intercalé las múltiples prácticas discursivas que considero que moldean la experiencia y las decisiones. Por ello, he sintetizado la forma en que aparecen conceptualizados los óvulos y sus donantes en el lenguaje publicitario de las clínicas privadas y la he relacionado con las explicaciones del personal clínico sobre sus percepciones en torno a las donantes y sus motivaciones. Aunque mi investigación no abarca a las receptoras de óvulos, he incorporado a lo largo de esta tesis algunos testimonios obtenidos mayoritariamente en la clínica. La idea era mostrar la confluencia de los múltiples

actores involucrados en el proceso y su papel en la redefinición de la experiencia y la toma de decisiones.

Uno de los primeros aspectos señalados desde el inicio de este capítulo, es el uso de términos como altruismo, generosidad y donación como elementos constitutivos que definen la práctica de la obtención de óvulos. Estos conceptos son una constante, tanto en el lenguaje publicitario, como en la legislación española sobre reproducción asistida, pero también en el seno de los debates académicos en torno a la naturaleza del don en sociedades modernas en general, y en el contexto de la reproducción asistida en particular.

No obstante, la dificultad de repensar el don reside en el impacto de políticas neoliberales, donde el Estado toma sus distancias y permite que sea el mercado el que tome las decisiones sobre educación, protección social, salud, etc. Desde la época en la que escribió Mauss (1923), no sólo el liberalismo que él criticaba se ha potenciado, sino que además, la organización económica global ha sufrido varias modificaciones, incorporando a sus lógicas de funcionamiento aspectos como la producción de conocimiento y las capacidades biológicas de los cuerpos. En un contexto semejante, ¿cómo pensar la donación de óvulos?

He articulado este capítulo en torno al concepto clásico del don de Marcel Mauss (1923), así como las revisiones y redefiniciones aportadas por Appadurai (1986), Bataille (1987), Bourdieu (2007) [1994], , Godelier (2000) [1992], Kopitoff (1991) y Titmuss (2018)[1970]. Para situar el análisis dentro del ámbito reproductivo, he retomado las tesis que ven en el sistema de donación de gametos un proceso de mercantilización de las células reproductivas, en función del género, raza, nivel educativo (Álvarez Plaza & Pichardo Galán, 2018; Almelling, 2007; 2009; Colen, 1986; 1995; Deomampo, 2016; Haylett, 2012; Nahman, 2018; Roberts E. , 2009; Spier, 2016; Tober, 2005; 2017; Viera, 2018; Whittaker & Spier, 2010; Whitakker, 2015). Todos ellos, factores que en el contexto estadounidense -pero también en la India- determinarán el precio que se pagará a determinadas donantes que, en Estados Unidos, puede ascender a los 250 mil euros

En España, la legislación en reproducción asistida no sólo prohíbe la compraventa, sino que también establece que sólo se puede otorgar una



compensación por las molestias generadas. Dicha compensación, no puede servir como un aliciente económico. Por esta razón, el dinero pagado a todas las donantes en las múltiples clínicas de reproducción asistida del país es el mismo, independientemente de las características sociales y físicas de las donantes. El problema es la escasez de donantes de óvulos que puedan satisfacer la demanda cada vez más alta de tratamientos de este tipo. A ellos recurren, no sólo mujeres españolas o residentes en el país, sino también un número significativo de extranjeras en busca de tratamientos con óvulos donados debido a que, en sus países de origen, la ovodonación o es prohibida -el caso de Alemania y Suecia-, o no se compensa económicamente. Así, nos encontramos ante la paradoja que advirtieron Klitzman & Sauer (2015): la ausencia de compensación económica puede derivar en una escasez de donantes y, por ende, a restringir o incluso negar el derecho reproductivo de otras mujeres. Por tanto, un aspecto relevante en el análisis de la ovodonación, reside en la compensación de donantes. Esto es lo que lleva a muchos a cuestionar la naturaleza altruista de las donaciones y es lo que hará que se redefina a las mujeres que entregan sus óvulos como proveedoras (Nahman, 2013; Tober & Pavone, 2018) antes que como donantes.

Los cuestionamientos en torno a la naturaleza del don y el altruismo en el sistema de ovodonación tienen su origen en las tesis de Titmuss (2018) [1970]. Partiendo de la premisa de que los dones son voluntarios e imponen una doble relación entre donante y receptor que obliga a dar, recibir y devolver (Mauss, 1923), Titmuss (2018)[1970] vio en el sistema británico de donación de sangre la aproximación más cercana al "free human gift" o don verdadero. Titmuss considerará que un don verdadero es aquel en el que no existe ni compensación económica ni bonificaciones o premios que motiven el acto, pero también debe ser totalmente desinteresado y, para ello, los donantes deben hacerlo bajo el conocimiento expreso de que su donación recaerá sobre cualquier otro, independientemente de su condición sexual, étnica, de género, de raza, etc. Por ello, Titmuss (2018)[1970] acabará por establecer un paralelismo entre el comportamiento altruista -aquel en el que no se intercambian bienes por dinero- y transacciones morales.

Appadurai (1986) y Bourdieu (2007) [1994] señalarán que el problema reside en que Mauss (1923) realmente no negó la existencia de dones originados en el interés. La misma obligación de dar, recibir y devolver, plantea una disyuntiva: por una parte, crea relaciones sociales, pero a la vez genera una obligación entre el que recibe y el que dona. Mientras que un don devuelto genera una deuda, un don no devuelto se convierte en atadura afectiva y en obligación moral hacia el donante (Bourdieu, 2007) [1994]. Por esta razón, tanto Bataille (1987) como Bourdieu (2007) [1994] verán en el don una lucha de generosidad que, a la vez, se convierte en una lucha por el poder. Esta observación niega en parte, la tesis de Titmuss que crea una ambivalencia entre el altruismo y los dones como actos sociales desprovistos de interés y aquellos planteados por el propio Mauss y observados en el *potlacht*, en el que estos mismos actos servían para reforzar jerarquías sociales.

Si en los círculos de reciprocidad analizados por Mauss (1923) se intercambiaban relaciones políticas y de parentesco que se expresaban a través de favores y contra-favores, en las clínicas reproductivas, circulan sustancias – resignificadas en dones– extraídos de mujeres anónimas -las donantes- depositadas en los cuerpos de mujeres también anónimas –las receptoras-. Sólo la clínica posee la información completa y sólo ella administra, compensa y recibe de cada una de las partes implicadas. Es la clínica la intermediaria central y la que determinará el precio que se debe pagar a las donantes que, en España, oscila entre los 700 y los 1000 euros. La receptora acepta el don pero no tiene la obligación de devolverlo porque no conoce a la donante ni establece ningún tipo de contacto con ella. De esta manera, las distancias entre donantes y receptoras se mantienen y se convierten en la constante que definen sus relaciones. Por tanto, si las mujeres que donan sus óvulos no generan -de manera explícita- en las receptoras la obligación de devolver, ¿significaría esto que el círculo de reciprocidad del que hablaba Mauss (1923) se rompe? Aquí me parece relevante volver a las afirmaciones de que no existen dones libres (Bourdieu 2007[1994]; Appadurai, 1986), así como tampoco dinero que sea estrictamente comercial (Bestard & Orobítg, 2009: 288) ni un mundo completamente mercantilizado en que todo está a la venta (Kopitoff, 1991). Tal y como subrayaron Bourdieu (2007) [1994] y Appadurai (1986), la intimidad del don y su remuneración no son dos esferas hostiles ni dos mundos incompatibles: quien entrega un bien, no sólo intercambia

un objeto sino que da algo de sí mismo por lo que espera y desea ser recompensado. En otras palabras, la donación no implica ausencia de interés por parte de quien dona ni ausencia de búsqueda de ganancias. Un ejemplo de ello es la realización del Kula, aquellos círculos de reciprocidad no excluían el intercambio mercantil y ciertos objetos preciosos se podían adquirir a través de bienes ordinarios (Appadurai, 1986).

Los sistemas de intercambio, por tanto, no son más que estrategias individuales cuya complejidad reside en “el cálculo inconfeso del dador” quien, a su vez, debe contar “con el cálculo inconfesado del donatario” (Bourdieu, 2007: 179). En síntesis, la visión del altruismo y el don como actos desprovistos de interés no serían más que una ficción. Una construcción social que transmuta relaciones inevitablemente interesadas, impuestas -en este caso- por el hábitus en relaciones efectivas de reciprocidad a la vez que genera relaciones arbitrarias de explotación (Bourdieu, 2007).

En este punto, considero relevante el aporte de Viviana Zelizer (2012) a través del concepto *relational work* para remarcar la forma en que las donantes racionalizan y explican su experiencia en las clínicas. En la mayor parte de los testimonios analizados, se yuxtaponen factores económicos con la esfera doméstica de las donantes, tangibles en comentarios relativos a la economía familiar, la precariedad laboral que genera deudas -y que a la vez, facilita el interés por el dinero ofrecido por las clínicas-. Todos estos comentarios se intercalan, a la vez, con la noción de que sus óvulos constituyen un medio fundamental para que otras mujeres accedan a la maternidad. En los relatos emergen también visiones relativas a la maternidad, el cuerpo, las relaciones de parentesco, la herencia genética y el género. Algunos testimonios giraban en torno a experiencias de infertilidad en la familia, la realización de abortos previos e, incluso, la renuncia a proyectos de maternidad. De ahí que la respuesta a la pregunta sobre los motivos para donar adquiriese diversos matices y grados de complejidad: las donantes entrevistadas no sólo eran conscientes de la mayor aceptación social que generaba una explicación que subrayara el altruismo como principal motivación sino que además, enfatizaban que “no todo está a la venta” o que “no haría cualquier cosa por dinero”. Se referían aquí a todos aquellos actos considerados moralmente

cuestionables referidos por algunas donantes como: *vender el cuerpo*, en clara alegoría a la prostitución. Estos comentarios, a la vez, surgían como una protesta por lo que algunas de ellas consideraban una percepción negativa de la ovodonación.

Estos aspectos, en síntesis, son los que permiten observar la compleja interacción entre lo económico y lo íntimo: si bien la compensación económica facilita la toma de decisiones, lo que define la experiencia y acaba por convertirse en el elemento central en las narrativas de las donantes, es su comprensión de que donar óvulos, *dona vida*. Por esta razón, coincido con la afirmación de Bestard & Orobitg (2009) y con la observación de Zelizer (2012) de que, en este contexto el dinero que reciben las donantes no es igual al dinero neutro e intercambiable del mercado sino que se trata de dinero cargado de significados en el que la intimidad del don y su remuneración no funcionan como dos esferas incompatibles sino como parte del mundo doméstico de las donantes. Aunque la clínica otorga una cantidad de dinero útil para solventar ciertos gastos e incluso deudas, lo cierto es que el hecho de su utilidad para fines que trascienden lo mercantil -la formación de una familia y la concepción de una nueva vida-, ya constituían en sí una razón importante que motivaba la donación. Analizar las narrativas en torno a las motivaciones de las donantes implicaría pensar en cómo concebimos los óvulos. Al preguntarnos por la “biografía de las cosas” (Kopitoff, 1991), nos preguntamos también por “la biografía de los óvulos”: ¿de dónde provienen y cómo son clasificados y resignificados en el tiempo? De esta manera, la mirada se sitúa en las donantes: en cómo narran su experiencia y racionalizan sus decisiones y motivaciones en torno a la donación. En este sentido, vale recordar también aquellos testimonios en los que la decisión de *donar* se justificaba como un medio para poner en circulación un bien que puede favorecer de forma indirecta a un familiar o, simplemente, como una manera de intercambiar favores percibidos como un “don de vida” -tal sería el caso de la capacidad reproductiva, por ejemplo-.

Dadas las características particulares de las sociedades modernas e industrializadas de hoy, estas no pueden -ni deben- homologarse al contexto analizado por Mauss (1923). La dicotomía entre lo mercantil y el altruismo y la reciprocidad remarcada en el estudio de Titmuss (2018[1970]) no resulta del todo

clara para estudiar el contexto de la ovodonación. Y decir que sólo el incentivo económico basta para que aumente el número de donantes es ignorar sus componentes morales. Las clínicas hacen un llamado a través de conceptos con profunda carga simbólica en nuestras sociedades y, para ello, hace falta entender qué dicen las mujeres que acuden a las clínicas y donan sus óvulos. Fijar el centro de atención en la compensación dada a las donantes deriva en obviar otros aspectos relevantes del proceso como es qué ocurre con la totalidad de los óvulos extraídos. El problema, no está desde mi punto de vista, en el dinero percibido, sino más bien en que los óvulos ingresan en una compleja red de circulación, producción y venta. Por tanto, creo que se debería dirigir la mirada a las lógicas que subyacen a la realización de los tratamientos: ¿cómo se producen los óvulos? ¿Qué ocurre con ellos una vez extraídos? ¿Existe un control real que permita conocer la procedencia y destino final de los gametos? ¿Qué destino tienen aquellos óvulos que conforman el excedente de los tratamientos reproductivos? Finalmente, ¿a qué remiten los conceptos de altruismo y generosidad utilizados continuamente en la publicidad? Un epígrafe de este capítulo lleva como título, una consigna publicitaria: “soy una chica don, y tú, ¿tienes un don? En ese mismo epígrafe, señalé la ambigüedad en el concepto: por una parte, el uso del don como sinónimo de altruismo; pero a la vez, su uso se podría relacionar con la existencia de habilidades concretas.

A partir de la lectura de Godelier (2000) [1992], me preguntaba si la donación de óvulos constituye un acto sagrado debido a la naturaleza de la sustancia compartida. Desde mi perspectiva, el uso constante de analogías simbólicas que remiten a valores como *generosidad*, *altruismo*, *vida* y *felicidad*, permite crear una narrativa particular que favorece la aceptación social de la práctica. Bourdieu (2007) [1994] concluye que las acciones generosas no dependen de la intención consciente de individuos aislados, sino que la generosidad como concepto constituye un hábitus en sí mismo que incrementa o conserva el capital simbólico. Por tanto, todos estos conceptos contienen una profunda carga simbólica que remiten a valores de orden moral y filosófico a través de los que damos sentido a la experiencia. La ovodonación en España -a diferencia de la subrogación- tiene un grado mayor de aceptación social: está presente en la publicidad, en los medios de comunicación. Quizás una de las claves para entenderlo esté ligada a las prácticas

discursivas diseminadas a partir de la publicidad y medios de comunicación. A través de esta promoción que facilita la aceptación social del uso de gametos donados y su explotación con finalidad reproductiva, se facilita también la construcción y legitimación de un discurso sobre la ciencia, los cuerpos y su capacidad reproductiva, el género, el parentesco, la sexualidad, la maternidad, el papel de la genética y la biología.

## CAPÍTULO VI: CUERPOS JÓVENES REPRODUCTIVOS ENTRE LO SAGRADO, LO PROFANO Y LO HÍBRIDO

### 6.1. Introducción

“The most basic change in the history of human reproduction is how the focus zooms in to the level of the cells such that gametes have become the central agents”

(Lie, Ravs & Spilker, 2011: 243)

Kopitoff (1991) hacia el final de su ensayo *La teoría de las cosas* se preguntaba si los óvulos podían ser pensados como una cosa. La pregunta surgía del debate en torno a su incursión dentro de esferas mercantilizadas. A diferencia del esperma, Kopitoff (1991) observó que la mercantilización de óvulos generaba una discusión de índole moral. Por ello, preguntaba si esto se debía a que el óvulo es pensado como el núcleo básico del futuro ser humano o si era porque “las mujeres adoptan supuestamente una actitud maternal [...] considerándolos bebés potenciales” (Kopitoff, 1991: 116). Desde fines del XX, el óvulo es visto como “el núcleo básico del futuro ser humano” (Kopitoff, 1991: 116). Sin embargo, Isabel Delgado (2007) explicaba que, aún después del descubrimiento del óvulo en 1827, prevalecían corrientes de pensamiento inspiradas en las teorías sobre reproducción sexual, planteadas por Aristóteles según las cuales, los hombres poseían el elemento superior, el fuego, mientras que las mujeres eran abundantes en agua y humedad. Esta distinción definió el rol de cada uno en la reproducción a lo largo de los siglos. Así, el semen -secretado gracias al calor y producto de una “cocción”- no sólo permitiría la formación del embrión, sino que, según su potencialidad, determinará el sexo del individuo. La mujer, al ser considerada incapaz de generar calor, sólo producía secreción menstrual. Su papel, por tanto, se reduciría a aportar

la sustancia -sangre solidificada- para *alimentar* al embrión. Por ello, el semen se convirtió en el “proyecto potencial del individuo” (Delgado Echeverría, 2007: 26).

Van Leewenhoek descubrió los espermatozoides en 1677 tras examinar en un microscopio su propia eyaculación (Rodríguez, 2019). Casi dos siglos después, Von Baer descubrió el óvulo femenino y a partir de ahí, surgirán nuevos paradigmas en torno a la reproducción sexual, el surgimiento de la genética y la teoría cromosómica de la herencia (Delgado-Echeverría, 2007). Estos antecedentes serán los que permitan el desarrollo de biotecnología aplicada de múltiples formas en seres humanos, desde las técnicas de reproducción asistida hasta la clonación y las investigaciones actuales sobre células madre.

Los avances de la biotecnología en el ámbito reproductivo de mediados del siglo XX y de las últimas décadas (Downie & Baylis, 2013), han hecho de los TRAs con ovodonación una de las opciones más viables –y en ocasiones, la única– para concebir (Marre, San Román & Guerra, 2018). Kopitoff (1991) veía inevitable el desarrollo de procedimientos rutinarios de trasplante de óvulos y su congelamiento para almacenaje. Él pensaba que ambos procedimientos significaban la expansión de una tecnología de intercambio que podía conllevar incluso, el tráfico de “atributos humanos” (Kopitoff, 1991:116). Por tanto, se preguntaba si esto “incrementará la permeabilidad de la frontera entre el mundo de las cosas y el de las personas o si la línea divisoria se desplazará con base en el recurso de nuevas definiciones” (Kopitoff, 1991: 116).

Con base etnográfica, a lo largo de este capítulo exploro el modo en que los óvulos son producidos, redefinidos y clasificados para luego ser fecundados, congelados/vitrificados o puestos en circulación. Dado que los óvulos se producen en el cuerpo de las mujeres que los donan, a través de su experiencia corporal describo el proceso clínico que permite su producción, extracción y circulación en el contexto reproductivo. Por ello, una primera parte se centra en la descripción de los tratamientos hormonales: en qué consisten, cómo se realizan y cómo *se viven*. A partir de las narrativas de las donantes, describo las percepciones, temores y la experiencias con los tratamientos hormonales.

Una segunda parte está dedicada a describir una de las complicaciones



frecuentes durante la estimulación: el síndrome de hiperestimulación ovárica. Para ello, pongo en relación los datos proporcionados por la Sociedad Española de Fertilidad, la observación en la clínica y las entrevistas con las donantes. A partir del análisis estadístico, presento datos cuantitativos sobre el nivel de producción de ciclos hormonales y sus cancelaciones. La finalidad es proporcionar una aproximación tangible hacia el sistema de producción y aprovisionamiento de óvulos, así como contribuir al debate en torno al uso del cuerpo y su impacto médico. Finalmente, exploro los modos en que los óvulos son resignificados durante su fertilización y cuidado, a la vez que son puestos en circulación internacional. Más allá de su definición científica plasmada en la publicidad de las clínicas y en los textos de medicina, ¿cómo pueden ser pensados los óvulos? A menudo conceptualizados como células reproductoras femeninas, el eje de mi pregunta se dirige hacia cómo los óvulos son redefinidos y cuál es el uso que actualmente hacen de ellos en las clínicas de reproducción asistida.

La realización de este capítulo tiene como eje central la discusión en torno a las relaciones que tienen lugar en las clínicas durante la producción y reproducción de gametos. El proceso reproductivo como proceso productivo ligado a la objetivación del cuerpo, a su “apropiación como objeto sobre el que intervenir”, acentuado en las técnicas de reproducción asistida (Álvarez-Plaza, 2008). Por ello, tomo como referencia, el concepto “modelo de producción biomédica” (Thompson, 2005; Waldby & Cooper, 2008; 2010) que refiere a una manera industrial de producción de células humanas en la que se produce una alienación del sujeto proveedor. Dada la importancia de esas células dentro de la industria biomédica, Waldby & Cooper (2008; 2010) sostienen que la labor que cumplen las mujeres en la industria de la medicina reproductiva debería ser considerada como *reproductive work* ya que depende de las capacidades regenerativas del cuerpo femenino.

## 6.2. Josefina y la fábrica de ovocitos.

Era el mes de junio y Josefina finalizaba unos cursos de inglés que había iniciado un año antes. “Quiero dejar de ser dependiente y con el TOFEL es más fácil conseguir un trabajo decente”, me explicó. Llevaba tiempo intentando conseguir un empleo con mejores condiciones salariales, pero sobre todo buscaba “cambiar de aires” con la esperanza de obtener estabilidad laboral a mediano plazo. “Estoy harta de trabajar en tienda y dentro de poco tendré 30 años. En el mundo de las dependientes -a menos que estés en El Corte Inglés- es importante ser y verte joven”. Josefina cumpliría 28 años en menos de un mes. La conocí a través de una amiga en común que nos puso en contacto por una razón particular: mi búsqueda de personas que quisieran compartir su experiencia como donantes de óvulos. Concertamos una cita entre las tres y nos reunimos en un restaurante marroquí del Raval. Josefina trabajaba en una tienda cercana y tenía una cita programada en una clínica privada para donar sus óvulos. “Cobro 700 euros al mes y trabajo todo el día; apenas tengo tiempo para mí y no me alcanza la vida”, me explicó justo después de contarme lo de su cita. Yo no le había preguntado aún sus motivaciones. Conversábamos sobre el contexto laboral, los precios de la ciudad y la investigación que llevaba a cabo. Escuché su comentario como una manera de explicar, pero también de justificar las razones de su donación. Nuestra amiga en común estaba en contra de la donación: “sé que sólo tú puedes decidir sobre tu cuerpo, pero me parece una locura. ¿Realmente crees que eso no tendrá repercusión alguna sobre tu cuerpo?” Josefina nos miró, se encogió de hombros y se centró en las hojas de menta de su vaso de té. Acordamos una nueva reunión: “yo te cuento mi historia y tú me cuentas lo que sabes sobre estos tratamientos”.

La historia de Josefina, tiene una particularidad: pude seguirla en el tiempo. Cinco días después de nuestra primera entrevista, Josefina acudió a la clínica y al día siguiente inició lo que, con el tiempo, se convertiría en una historia escrita de su experiencia en la clínica. Algunos elementos que presento a lo largo de este capítulo, son una transcripción literal de la historia narrada de Josefina. Aunque en ocasiones pude incluso ir a la clínica, Josefina prefería escribirme por e-mail. “No es por vergüenza, pero así me siento mejor. La gente ya no escribe diarios, yo sigo haciéndolo porque me gusta releer las tonterías que hacía cuando era una cría”.

“Después de llenar los formularios, pasé una entrevista. Miraron mi color de piel, de ojos y del cabello. Midieron mi estatura y me pesaron. Me dijeron que soy un poco bajita pero que tengo unos rasgos bonitos. Creo que es por mis ojos. Luego me pasaron a otra sala. Yo no sabía si ya estaba dentro o no, pero cuando quise darme cuenta, estaba sentada con las piernas abiertas, con una enfermera muy joven y simpática que me decía “relájate que sólo necesitamos ver cuántos folículos tienes”. Era incómodo. Al inicio, yo estaba preocupada por la sangre de la regla. Pero cuando supe que ese era el kit de la cuestión para ver mis folículos, lo entendí. Pero el dolor siguió: mi ovario izquierdo era “tímido” y no quería aparecer en la pantalla. La enfermera presionaba mi vientre para ver si “lo encontraba”. No sé cuánto tiempo estuvo ahí, indagando en mis ovarios... pero me pareció una eternidad dolorosa” (Josefina, 28 años, dependiente)

Este fragmento transcrito de una de las cartas de Josefina, sintetiza el primer paso para convertirse en donante: las pruebas médicas. En las páginas webs, las clínicas explican que consisten en: 1) Ecografías ginecológicas. La primera vez, se realizan para “determinar la reserva folicular de la donante” (DexeusMujer, 2019: s.p). Se trata de hacer un recuento de los folículos producidos en un contexto hormonal sin estimulación previa. Este análisis, además, servirá para “poder ajustar las dosis de hormonas para la estimulación ovárica con mayor precisión, así como descartar ciertas patologías ginecológicas (quistes, miomas, etc)” (DexeusMujer, 2019: s.p). Por ello, todas las mujeres que quieran donar deberán acudir a esta cita con la menstruación: interesa entender cómo funcionan sus ovarios previo a la estimulación para establecer el nivel de producción de folículos. Ese es un punto decisivo para entender si el cuerpo *responderá* apropiadamente al tratamiento hormonal.

El segundo paso serán las muestras de sangre que servirán para hacer el cariotipado para descartar posibles anomalías genéticas y enfermedades venéreas. En las webs, algunas clínicas se refieren a estas pruebas como: 1) “Analítica bioquímica general” que incluye: hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo, Rh y Rubeola IgG (Phi Fertility, 2017; DexesuMujer, 2019) 2) Serología completa para determinar: HIV, hepatitis B y C, entre otras. 3) Test genético de X-frágil y fibrosis quística, además del cariotipo (DexesuMujer, 2019; Phi Fertility, 2017).

Para Josefina, la extracción de las muestras de sangre resultaron casi tan “incómodas” como la ecografía intravaginal: “como nunca he donado sangre, no sabía lo que era que llenaran tantos tubos con ella. Empecé a marearme y la enfermera tuvo que cambiar de brazo: mis venas del brazo izquierdo apenas se veían. Le costó trabajo encontrarla, pincharla y sacar algo de ahí. Estaba desesperada y yo, muy mareada. La oí hablar por teléfono con los de laboratorio a los que les preguntó: “¿crees que con eso podrán sacar algo?” Supongo que le dirían que sí, porque ahí por fin, paró”.

Pocos fueron los testimonios tan explícitos con la vivencia de las agujas y la obtención de la sangre. Pero no fue ese el caso de la ecografía intravaginal: al preguntar sobre estos aspectos, la mayoría de las donantes entrevistadas coincidían en lo incómoda que resultaba. No sólo por la prueba en sí -que puede parecer rutinaria debido a su uso habitual en los controles ginecológicos-. La incomodidad expresa se debía a la menstruación que, en algunas de las mujeres entrevistadas, genera una hinchazón más pronunciada de los ovarios y, por ende, un mayor malestar durante esta prueba. Además de la ecografía intravaginal, la citología y la analítica bioquímica, las clínicas realizan un electrocardiograma y un test psicológico:

“El test nos permite detectar cualquier desorden o desequilibrio que puedan comprometer la salud mental de la donante, así como evitar la posible transmisión a la receptora de algún desorden psiquiátrico con un componente genético” (DexesuMujer, 2019: s.p).

En el capítulo 4 hice referencias al cuestionario psicológico útil para realizar la *anamnesis* o historia clínica. El cuestionario aplicado por la clínica, partía de las recomendaciones que señalan desde la SEF (Sánchez Martín, Sánchez Martín, & Traverso Morcillo, 2015) como un medio para evaluar “el riesgo de transmisión de enfermedades hereditarias conocidas y presentes en la familia” (Traverso Morcillo, 2015:6). Las preguntas se centraban en: 1) Antecedentes familiares de depresión, esquizofrenia, paranoia, suicidio, déficits cognitivos, trastornos obsesivo-compulsivo. 2) Consumo de estupefacientes, alcohol, tabaco. 3) Consumo de pastillas para la depresión, la ansiedad o para controlar algún tipo de desorden psicológico. 4) Antecedentes familiares de enfermedades genéticas y entre las

opciones, incluía: enfermedades cardíacas, malformaciones congénitas, Alzheimer, diabetes, infertilidad, cáncer, párkinson y obesidad.

Además de la historia clínica de la donante, también se recopilaba información sobre su contexto social: 1) con quién vive, número de hermanos, relación con los padres, número de hijos, abortos realizados, embarazos totales. 2) Datos generales relativos a miedos en torno a la transmisión de herencia genética; motivación para donar, conocimiento de la existencia de rasgos físicos diferenciados entre sus antepasados.

Para algunas clínicas reproductivas, la realización sin costes de estas analíticas podría también funcionar como un aliciente para donar para posibles donantes:

“Al donar óvulos...

- ✓ Te sentirás como nunca por tu generosidad.
- ✓ Tendrás una revisión ginecológica.
- ✓ Recibirás analíticas que te servirán ahora y en el futuro, si deseas ser madre” (IVIDona, 2020: s.p)<sup>28</sup>

Una vez superadas las pruebas, tras un diagnóstico clínico positivo, las mujeres son clasificadas como *Aptas* para donar. A partir de entonces, el personal de clínica le dará contraceptivos hormonales combinados y una nueva cita para iniciar los tratamientos. La anticoncepción se realiza en muchos casos, para sincronizar los ciclos menstruales de donantes y receptoras para que “el útero de la paciente esté preparado cuando se tenga que recibir los embriones” (Barcelona IVF, 2019: s.p). Este tipo de procedimiento se conoce como “donación sincrónica” (DexeusMujer, 2019) e implica el uso de ovocitos frescos en los que la fecundación -con el semen

---

<sup>28</sup> Frases textuales de la campaña publicitaria vigente en el 2020 y publicada en la Web por la clínica IVI

[https://www.ividona.es/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_term=ivi%20dona%20ovulos&utm\\_campaign=b%3A%20ivi%20dona&utm\\_content=IVI%20Dona%20-%20Donaci%C3%B3n&gclid=Cj0KCQiA2uH-BRCCARIsAEef3Ilplud6k8Yc3dOxG9KrcMVULdRhuGa1Bg2-qRtl\\_9\\_CzPsqUjc\\_WsaAqG-EALw\\_wcB&gclsrc=aw.ds](https://www.ividona.es/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=ivi%20dona%20ovulos&utm_campaign=b%3A%20ivi%20dona&utm_content=IVI%20Dona%20-%20Donaci%C3%B3n&gclid=Cj0KCQiA2uH-BRCCARIsAEef3Ilplud6k8Yc3dOxG9KrcMVULdRhuGa1Bg2-qRtl_9_CzPsqUjc_WsaAqG-EALw_wcB&gclsrc=aw.ds)

de la pareja o donado- se produce tras la extracción de los óvulos del cuerpo de la donante. Cuando se recurre a bancos de óvulos, la sincronización no es necesaria y la clínica la presenta como una técnica más cómoda debido a que “tú misma puedes escoger el momento más apropiado para la preparación endometrial, la descongelación de los óvulos, la inseminación de los mismos y la sucesiva transferencia embrionaria” (DexeusMujer, 2019: s.p). Una guía sobre ovodonación publicada por la SEF (Sánchez Martín et. al. 2015), agrega además que, entre las ventajas de recurrir a un banco de óvulos está:

“La selección de la donante se puede hacer sobre una base mucho mayor de tal manera que el emparejamiento sea más adecuado. Permite disponer de donantes de una raza que no sea habitual en la zona donde se va a utilizar los ovocitos” (Sánchez Martín et. al., 2015: 22).

Todas estas pruebas sólo las realizan aquellas mujeres que superan el primer factor de admisión -y que analicé en el capítulo 4-: el fenotipo. Las características físicas basadas en criterios raciales y sus subtipos, serán la primera observación que realizará el personal administrativo para decidir quiénes -y por tanto, quiénes no- deben hacerse los análisis. Superada esta etapa, se inician los primeros controles. Tras superar los exámenes médicos y clínicos, inician la segunda fase: el proceso de estimulación hormonal que durará entre 10 y 12 días durante los cuales, las donantes deberán aplicarse inyecciones subcutáneas en el área abdominal. De acuerdo con la SEF (Sánchez Martín et. al. 2015: 22), los principios activos de los medicamentos son gonadotropinas<sup>29</sup> -FSH y la LH<sup>30</sup>- y las dosis no pueden superar los 150-200 IU. En el mercado, los nombres comerciales de los fármacos que contiene FSH son Gonal-f, Puregon y Elonva. En el caso de los fármacos con LH, los nombres comerciales más comunes son Menopur, HMG-

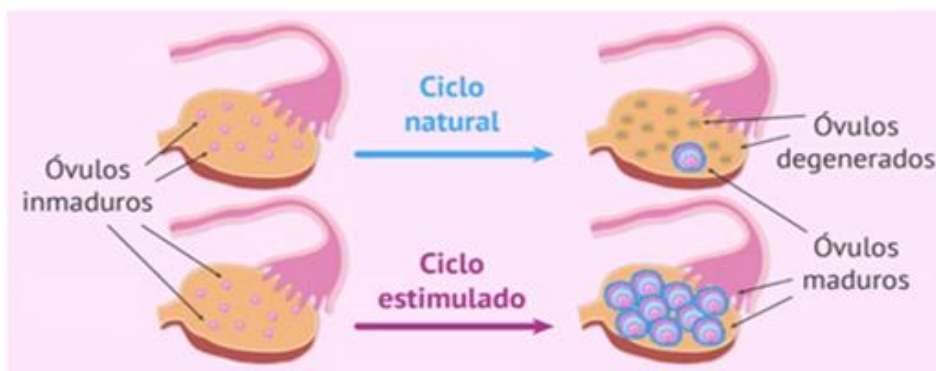
---

<sup>29</sup>Las gonadotropinas son hormonas producidas tanto por hombres como mujeres. Estimulan las gónadas y su función consiste en regular el ciclo reproductivo. Las gónadas en mujeres son los ovarios y en los varones los testículos (Thomas, 2019).

<sup>30</sup> Ambas, producidas también en la hipófisis, en la base del cerebro, son tipos de gonadotropinas cuya función es regular el ciclo menstrual (Salvador, 2018; Thomas, 2019). La hormona folículo estimulante (FSH) estimula el desarrollo de folículos ováricos en las mujeres (Salvador, 2018). En los hombres regula la producción de espermatozoides. La hormona luteinizante (LH) estimula la producción de andrógenos en los ovarios, además de desencadenar la ovulación a mitad del ciclo menstrual en mujeres. En los hombres, la LH favorece la producción de testosterona (Salvador, 2018; Thomas, 2019).

Iepori y Pergoveris (Izquierdo et. al. 2019). El principal objetivo de las inyecciones es incrementar el tamaño de todos los folículos para obtener un mayor número de óvulos y con esta finalidad desde la SEF (Sánchez Martín et. al., 2015) recomiendan los fármacos con FSH por su mayor eficacia en incrementar la producción de ovocitos

Sin tratamiento hormonal, Izquierdo et. al. (2019) explican que “al inicio de cada ciclo menstrual, un grupo de óvulos” madura en el ovario dentro de unos “saquitos llenos de líquido: los folículos”. Pero, “debido al flujo hormonal [...], sólo uno de estos folículos consigue desarrollarse por completo y convertirse en un folículo preovulatorio. El resto de folículos degenera y se pierden los óvulos que había en su interior” (Izquierdo et. al. 2019: s.p). En el contexto de la reproducción asistida, los FIV requieren de “varios folículos maduros para incrementar las posibilidades de embarazo”. De ahí la importancia de la administración de estas inyecciones en las donantes de óvulos. Se trata, por tanto, de madurar “toda la cohorte folicular” para que los “folículos ováricos que estaban destinados a degenerar” crezcan y den “lugar a óvulos maduros que puedan ser fecundados” (Izquierdo et. al. 2019: s.p). La siguiente imagen resume gráficamente las diferencias entre un “*ciclo natural*” y un ciclo estimulado a través de gonodotropinas:



**Dibujo 1A.** Folículos en ciclo natural vs. ciclo estimulado. Fuente: Izquierdo, Suárez, Dolz & Salvador (2019): <https://www.reproduccionasistida.org/medicamentos-utilizados-en-la-estimulacion-ovarica/#gonadotropinas>

Al preguntar a las donantes sobre el tipo de inyección que se habían aplicado, pocas recordaban con claridad los nombres o los componentes de cada una de ellas, excepto Lucía (24 años), quien inició la reflexión a partir de los medicamentos que tuvo que ingerir. Otro ejemplo de ello es Ana (21 años) que me comentó gráficamente en qué consistía el tratamiento y cómo se aplicaba las inyecciones diarias:

-Ana (21 años): “Son unas jeringuillas similares a las que utilizan los diabéticos, así que no impresionan por el tamaño de la aguja. Sí tenía algo de experiencia con ellas porque cuando operaron a mi tía tenía que ponerle unas inyecciones muy parecidas para evitar la coagulación -o algo así-. Pero igual siempre es más fácil ponérselo a otro.. la piel de barriga es más gruesa, suena extraño” (Ana sonrío a la vez que imita el sonido de una puerta chirriante).

La relativa experiencia de Ana con las inyecciones contrastaba con la inexperiencia de la mayoría de las mujeres entrevistadas que aseguraron que esa había sido la primera vez que se inyectaban a sí mismas.

-Jenny, 29 años, camarera: “Nunca me había pinchado. Me explicaron en la clínica cómo hacerlo. Es fácil, o al menos eso pensé hasta que tuve que hacerlo yo misma. Primero, había que asegurarse de tener las inyecciones en la nevera. Yo no había contado nada en casa, así que ya te puedes imaginar lo raro que era esconderlas allí, a vistas de todo mundo. El lío fue cuando tuve que ponérmelas: no podía y tardé más de la cuenta con la jeringuilla en mano. Al final, lo conseguí. Pero al día siguiente, en el trabajo fue terrible porque no era cómodo hacerlo ahí, en los baños públicos. Al final, lo conseguí, aunque también mi mejor amiga tuvo que ayudarme, poniéndome ella las inyecciones.”

-Esther, 31 años, en paro: “Es raro tener que inyectarse uno mismo, pero asumes el compromiso, así que lo haces, superas tu fobia y ya está. Eso sí, yo le pedía ayuda a mi novio, que resultó tenerle más pánico que yo a las agujas. Había que ir cambiando de ovario -un día en el derecho, otro en el izquierdo-. Al final, tenía moratones pequeños en los pinchazos. Supongo que fue por mi falta de experiencia. Pero qué decirte, no es imposible, pero claro que no es cómodo. Aunque al final, lo peor no fueron los pinchazos.”



-Josefina, 28 años, dependienta: “diría que lo más duro fue el tener que hacerlo sola. Si tienes quién te dé una mano con las inyecciones se vuelve más sencillo. Pero sí te diría que durante esos diez días, hay que ser disciplinada, constante. Recordar porqué lo haces y yo estaba entusiasmada, al inicio del tratamiento. Es parte del contrato y del hecho de haber asumido la responsabilidad.

Además de la falta de experticia y de la extrañeza que producían las inyecciones, en los testimonios antes citados los términos “disciplina”, “constancia” y “compromiso” forman parte de la descripción rutinaria de la estimulación hormonal. En otros testimonios, aparecerán frases del tipo: “no puedes olvidarte de ponértelas a la hora exacta cada día o si no, pones en riesgo el tratamiento y todo habrá sido en vano”, remarcaban la necesidad de disciplina y, por ende, del compromiso asumido por las donantes ante el contrato con la clínica y también con otras mujeres. La oración “todo habrá sido en vano” funcionaría como un medio para señalar el rol que cumplen sus óvulos -y sus actos- en los tratamientos reproductivos. Si no se cumple con los protocolos establecidos por las clínicas, el tratamiento hormonal podría resultar menos productivo.

La disciplina de las donantes es también un concepto que aparecerá frecuentemente en los comentarios del personal clínico: “es importante que tengan disciplina; que se comprometan con los tratamientos”, decía una de las enfermeras. En las conversaciones en la cocina de la clínica, al preguntarles por la disciplina y la constancia de las donantes, ¿cómo saber si cumplirán; si tomarán las pastillas los días previstos y se aplicarán las inyecciones en el tiempo oportuno? Las mujeres ahí presentes -becarias, administrativas y enfermeras-, señalaron la importancia de ser “claras” a la hora de explicar en qué consiste el tratamiento y el rol que cumplen sus óvulos: “hay que ser enfáticos al decirles que su compromiso es la clave para el éxito de los tratamientos”. Una de las administrativas subrayará los cambios en las actitudes de las posibles donantes:

“su comportamiento [el de las donantes] te da la pista de si son chicas ordenadas o no. No puede ser que les programes una cita y luego ni aparezcan, ni devuelvan las llamadas. Al inicio no siempre es fácil con ellas -porque te hacen reprogramarlas-. También hay otras que son muy majas, que cuando no pueden venir, se disculpan y te avisan con tiempo. A medida que avanzan en el

tratamiento van entendiendo que deben ser constantes, organizadas, así que cuando empiezan con las inyecciones, no suele haber problemas.”

Durante la estimulación hormonal las donantes deben acudir con frecuencia a la clínica para realizar controles -cada dos o tres días, según el caso y etapa del proceso- que servirán para determinar el crecimiento de los folículos a través de ecografías intravaginales.

Las inyecciones diarias para aumentar el tamaño de los folículos continuarán hasta que estos hayan alcanzado un tamaño aproximado de 18 a 20 mm (Rodríguez Ferradas et al. 2020), aunque la SEF recomienda hasta los 17mm (Sánchez Martín, Sánchez Martín, & Traverso Morcillo, 2015). Una vez alcanzado ese tamaño -que puede darse el día 10 o incluso un poco antes-, la donante debe administrarse otro tipo de inyección: la hormona hCG<sup>31</sup> utilizada para inducir la ovulación (Rodríguez Ferradas et al. 2020). En el mercado, el fármaco más común con hCG es Ovitrelle (Izquierdo Trechera, Suárez, Dolz Arroyo, & Salvador, 2019). Se administra 32 o 36 horas antes de la punción. Si transcurriera un tiempo superior, existe el riesgo de que se produzca una ovulación espontánea y de que los óvulos “se pierdan” (Rodríguez Ferradas et al. 2020; Rodrigo & Barranquero Gómez, 2020: s.p).

Las donantes describieron esta última inyección como la más molesta de todas: “la última, esa..esa sí que es para valientes”, se quejaba Carolina (28 años). El problema residía en el tamaño: a diferencia de las primeras inyecciones subcutáneas a base de FSH y LH, esta última -hCG- tenía un tamaño superior: “respiré hondo, cerré los ojos y pensé en que en breve, retomaría mi vida normal”, comentó Carolina a propósito del momento en el que en la clínica le aplicaron esta última inyección. El siguiente paso es la punción ovárica para extraer los ovocitos de los ovarios. Tanto en los canales divulgativos de varias clínicas como durante la etnografía, esta etapa era descrita como una

---

<sup>31</sup> El aumento de la presencia de esta hormona en la orina es la base de los tests de detección de embarazo. Sus funciones son múltiples: mantener la funcionalidad del folículo tras la ovulación e impedir el rechazo inmunológico del embrión durante los primeros meses de gestación. En reproducción asistida se la utiliza para estimular el desarrollo ovárico e inducir la ovulación (Mestre, 2015).

“intervención quirúrgica sencilla” realizada con sedación (Rodríguez Ferradas et al. 2020: 1) de entre 15 y 20 minutos en un recinto distinto a aquel que las donantes acudían para sus controles, citas y revisiones.

La primera vez que pregunté a las donantes “¿qué es una punción ovárica?”, las respuestas no me parecieron del todo claras. Comprendí que los ovocitos eran aspirados de los ovarios, pero asumí que había algún tipo de corte en el abdomen. Sin embargo, las donantes, se centraban en relatarme cómo vivieron la noche previa a la cirugía: los nervios, la ansiedad, “las ganas de que acabe todo esto ya” como remarcaron Josefina, María y Sofía, eran expresiones constantes. A otras mujeres les generaba curiosidad saber cuántos óvulos habían conseguido producir: “en este punto, ya tienes la constancia de que estás bien, de que estás perfecta pero... ¿cuántos óvulos habrá?”, se preguntaba Susan (24 años) días antes de la intervención. Haciendo un ligero gesto con las manos sobre su vientre, Esther (31 años) decía: “por la barriga que tenía, estaba segura de que había producido óvulos para dar y tomar.. era una cosa excesiva, vamos. Así que claro que quería saber qué tanto habían trabajado mis dos ovarios.. nunca mejor dicho (risas)”.

Aquellas mujeres que habían ido en hasta cuatro ocasiones aunque compartían la misma sensación de ansiedad que otras donantes *primerizas*, el nivel de ansiedad dependía más de cómo habían sobrellevado el tratamiento hormonal -y de sus percepciones sobre el trato de la clínica-, antes que de la intervención en sí.

“Después de 4 veces no pensé que otra vez iba a sentir el miedo de la primera vez. Me había sentido tan mal durante todo el tratamiento y tenía la sensación de que ellos [la clínica] no habían cuidado de mí lo suficiente. Así que ya estaba harta y sólo quería que esto acabara pronto” (Eugenia, 25 años, en paro, donó en 5 ocasiones, en dos clínicas distintas).

Si para Eugenia el problema residía en una falta de confianza hacia la clínica, para otras mujeres el problema había sido la experiencia con la medicación. La blogger @charilemasdeu (2015) fue explícita al escribir: “las ganas de donar óvulos habían desaparecido y ahora sólo me motivaba el poder terminar de una vez por

todas y para qué vamos a engañar, recibir un cheque de 1.000 euros como compensación”<sup>32</sup>.

Tras preguntar en la clínica, además de revisar las explicaciones en la web de varias clínicas reproductivas de la ciudad, confirmé que la punción ovárica consiste en una “punción transvaginal ecoguiada”. En síntesis, se introduce por vía vaginal, una sonda como las utilizadas en las ecografías. A la sonda se le introduce una fina aguja de succión para aspirar cada uno de los folículos que han ido creciendo y que contienen los óvulos (Rodríguez Ferradas et al. 2020: 1).



**Dibujo 1.** Aspiración del líquido folicular. Fuente: Rodríguez & Barranquero, 2020. En: <https://ovodonante.com/la-puncion-ovarica/>

El Dibujo 1 ejemplifica el proceso a través del cual, se extraen los óvulos tras “pinchar los folículos ováricos y aspirar el líquido” en el que éstos se encuentran (Rodrigo & Barranquero Gómez, 2020: 1). El mismo procedimiento se realiza en ambos ovarios y una vez realizada la extracción, los embriólogos se ocuparán de analizar el líquido folicular y de buscar óvulos maduros que se utilizarán posteriormente para los tratamientos reproductivos (Rodrigo & Barranquero Gómez, 2020).

Previo a la punción, las donantes deben acudir a la clínica en ayunas de al menos seis horas. Solo se les permite llevar un acompañante que deberá esperar

---

<sup>32</sup> Cursivas propias.

en la sala de espera. Sin embargo, una de las administrativas me cuenta que, en alguna ocasión tuvieron problemas por la presencia de más de un acompañante: “Alguna vez ocurrió que nos apareció una chica con medio clan familiar. Eran gitanas y no veas lo difícil que fue sacarlos de allí. Con ellos, siempre es todo más complicado por esas costumbres que tienen. Por mucho que les explicabas que molestaban a otras pacientes, no había modo. Por eso, ahora se les dice directamente que no está permitido llevar más de un acompañante y que deben quedarse afuera”.

Tras la punción que dura entre 20 y 30 minutos, la donante deberá permanecer en reposo unas horas en la clínica hasta recuperarse de la sedación. En la clínica explican que al tratarse de una intervención ambulatoria, la donante es dada de alta el mismo día, se le recomienda no realizar esfuerzos físicos en esa jornada y sólo a partir del día siguiente, podrá retomar su vida normal.

### **6.3. “Esta barriga no era mía” La experiencia corporal de los tratamientos hormonales.**

En el epígrafe anterior sintetice las etapas clínicas que realizan las mujeres para convertirse en donantes de óvulos. He iniciado la descripción a partir de las pruebas físicas para abordar la exploración clínica y ginecológica. Finalmente, me he centrado en el tratamiento hormonal que las mujeres deben seguir durante un lapso aproximado de 10 a 12 días. Los testimonios corresponden sólo a aquellas que consiguieron finalizar el tratamiento y hacer la intervención quirúrgica en un área de la clínica a la que nunca tuve acceso, como tampoco al laboratorio. Las intervenciones quirúrgicas se hacían en un edificio distinto a aquel en que yo realizaba el trabajo de campo y había restricciones para el acceso de personal distinto al autorizado a trabajar en el área. Por tanto, las explicaciones y datos aportados provienen de las conversaciones con donantes, con administrativas y de textos divulgativos sobre medicina reproductiva.

Un aspecto que apareció en múltiples entrevistas con las donantes fue la experiencia con los tratamientos. Esther (31 años, en paro), explicó que no fue su

aprehensión a las agujas lo que más afectó su experiencia sino los cambios en su cuerpo tras varios días de medicación:

“Creí que lo peor era tener que pincharme. Pero estaba equivocada. Los dos primeros días de inyecciones, todo normal. Pero a partir del cuarto día empecé a notar cómo se me hinchaba la barriga y me dolía. Dejé de usar blusas y ropa ajustada porque de verdad, notaba esa hinchazón molesta que me recordaba a mis peores días de la regla. Al quinto día me dolía como si tuviera un cólico menstrual muy fuerte. Al sexto día ya no pude seguir con mi vida normal porque caminaba como un pato y el esfuerzo de pedalear era demasiado para mí”.

Esther solía moverse por la ciudad en bicicleta y me dijo que, durante varias semanas, no se sintió del todo recuperada como para “atravesar Barcelona en una bici”. Algo similar dirá Lorena que comparó los dolores abdominales con “esos cólicos menstruales que tumban un día entero”. A Josefina se le hinchó el vientre al quinto día de inyecciones, le daban mareos y en ocasiones náuseas: “si no fuera porque sabía que no estaba embarazada antes de iniciar el tratamiento, cualquier cosa podría pasarse por la cabeza”. María describió su hinchazón abdominal - también notoria a partir del quinto día de inyecciones- como el vientre de una mujer embarazada: “parecía que tenía 3 o 4 meses de embarazo, era horrible”. Estos malestares, eran resueltos -en pocas ocasiones-, con la ingesta de algún analgésico. Pero los dolores persistían.

En el caso de aquellas mujeres que habían sido donantes en múltiples ocasiones, el malestar corporal era aún más recurrente. Sofía (24 años, 5 donaciones), en su primera experiencia comentó que no había notado mayor inconveniente más allá de una ligera hinchazón. No será hasta su tercera donación que notará cambios más relevantes: “de repente me sentía como un globo, hinchada al punto de parecer una embarazada de cinco meses... tanto que hasta mi papá empezó a mosquearse porque esa panza era imposible de ocultar y a mí ya no me cerraban los vaqueros. ¡Es que hasta caminaba como embarazada!” Habían pasado sólo tres meses de su segunda donación de óvulos cuando recibió la llamada de la clínica en la que había donado: “me preguntaron.. Bueno, en realidad, diría que me insistieron para que volviera a donar. Creo que les gustaba mi perfil o tenían muchas receptoras con mi cara porque me llamaron e insistieron

tanto que terminé volviendo” (Sofía, 24 años, camarera). Pregunté a Sofía si en ocasiones anteriores o posteriores tuvo una experiencia corporal semejante. Me dijo que “todo se complicó a partir de la tercera vez” que fue a la clínica.

En las entrevistas, eran frecuentes las analogías con el cuerpo de la mujer embarazada que, en sus palabras, las hacía parecer de “3, 4 y hasta 5 meses”, según el caso. Sus rutinas cotidianas se vieron afectadas en la mayoría de los casos: “ya no podía caminar mucho rato ni a buen ritmo y correr, ¡imposible!” Para aquellas que trabajaban como camareras, la obligación de permanecer de pie por más de 8 horas al día les complicaba aún más las consecuencias del tratamiento: “hacia el octavo día de inyecciones, tuve que decir que estaba enferma; así no podía trabajar”. La blogger @charliemasdeu explica que “cada día que pasaba me sentía un poco más hinchada y notaba como si me hubiesen cambiado el cuerpo. No estaba a gusto conmigo misma y me sentía pesada”. Mireia (29 años, en paro) que donó en tres ocasiones, comentó las dificultades inherentes al proceso:

- “Esto no es fácil. Para empezar, no te pincha un profesional, te lo tienes que hacer tú en tu casa durante 15 días, más los controles y las analíticas durante todo el proceso; ir y venir a la clínica, perder días de trabajo, ver cómo te hinchas como un globo porque no madura un ovocito (como hacemos cada mes) sino que maduran 12 o 14 [...] y llega el día de la operación y después de ese mes no puedes tener relaciones sexuales con tu pareja porque hay riesgo de embarazo múltiple y también porque todo ahí adentro está inflamado [...] y te vas a tu casa con una barriga enorme que no puedes hacer nada que no sea reposar durante uno o dos días” (Mireia, 29 años, en paro).

Todas las mujeres antes citadas, a excepción de Lorena, pudieron concluir el tratamiento hormonal, hacer la punción y finalmente, donar sus óvulos. Las complicaciones de Lorena con las inyecciones surgieron a partir del cuarto día. Me explicó su experiencia en términos muy similares a los utilizados por otras donantes: vientre hinchado, sensación de pesadez que, en su caso, se agravaban por las náuseas. La particularidad de su caso es que, tras ir a un control en la clínica para estimar el crecimiento de sus folículos, se observó una respuesta muy acelerada al tratamiento por lo que le hicieron unos análisis de sangre. Lorena no

recordaba exactamente qué era lo que miraron en ellos, pero sí el fuerte mareo y dificultad para caminar que tenía en aquellos momentos. En la clínica observaron una elevada respuesta al tratamiento y le indicaron otra medicación para controlar la respuesta hormonal. “La enfermera llegó a decirme que quizás me programen una intervención de urgencia para ver qué podían extraer. Yo sí quería hacer la punción: no sólo cerraría la donación, sino que además me quitaría este exceso cuanto antes de mi cuerpo. Tenía novio y me daba miedo quedarme con todo este extra dentro de mí”.

Al final, la clínica descartó la intervención quirúrgica para Lorena que fue apartada del proceso, con la suspensión del tratamiento. En la clínica le explicaron que, al ser tan prematura y desbordada la respuesta hormonal de su cuerpo: “no tenían la certeza de qué clases de óvulos había producido. ‘No sabemos si están demasiado maduros o al contrario, si no han madurado lo suficiente’, me dijeron. Supongo que no les era rentable arriesgarse a sacarme unos óvulos que no estaban en su punto, por así decirlo” (Lorena, 25 años). Según le explicaron, hacerle una punción ovárica constituía un riesgo porque no había garantías de que sus óvulos estuviesen en un nivel apropiado de maduración:

“Me sentí triste. Cuando has iniciado todo el proceso, esperas poder cerrarlo. Me sentí mal: creí que algo no iba bien en mi cuerpo. ¿Esto le pasa a más mujeres o sólo a mí que tuve tan mala suerte?” (Lorena, 25 años)

Cuando Lorena me hizo esta última pregunta, yo tenía unos pocos testimonios que aseveraban haber sufrido experiencias similares. Pero a diferencia de lo sucedido a Lorena, en otros casos sí pudieron concluir el tratamiento.

Lucía, una de las donantes cuya experiencia he citado en otros capítulos, se quejaba de lo que ella entendía como “un trato animal”. Decía haberse sentido como “una vaca a la que están hormonando para que produzca más”. Recordemos que Lucía había donado cinco veces y, tras un comentario semejante, le pregunté si esta experiencia la tuvo en varias clínicas o en cuál de todas sus donaciones previas:

“La primera vez que doné, todo perfecto. No tuve ningún problema, más allá de los clásicos que se tiene durante el tratamiento hormonal. Pero en la tercera



donación, no se qué me dio por hacerle caso a mi prima y probar en otra clínica. Fue horrible. La sala en la que te hacen la entrevista es diminuta, daba una sensación como de agobio. Y luego ni te miraban cuando te hacían las preguntas sobre los antecedentes genéticos. Yo debí haberlo sospechado, pero me quedé. Seguí el tratamiento con ellos. Fue horrible. Me empecé a sentir mal. A los 5 días de ponerme las inyecciones, tenía la barriga hinchadísima, parecía embarazada. Llamé a la clínica porque me asusté y ¿sabes qué me dijo la tía esta? Que yo ya tenía esa barriga antes de empezar a donar y que no era para tanto. Estaba indignadísima; yo nunca tuve ese barrigón”.

Después de la experiencia que ella catalogó como “horrible”, no volvió a aquella clínica que, desde su perspectiva, la volvió “más cínica” con respecto a los tratamientos. “Uno espera que la cuiden, que la traten bien. Se supone que nosotras también contamos, o al menos eso fue lo que yo creí. Pero no, a ellos lo único que les importa es el negocio que tienen montado con nosotras” (Lucía, 24 años, dependienta).

Al preguntar en la clínica sobre el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), la respuesta fue: “a veces pasa que la respuesta es muy alta; pero nosotros hacemos un seguimiento exhaustivo y un trato especializado para que estas cosas no ocurran”. En la base estadística en la que se volcaban los datos de las donantes -incluyendo la cantidad de ciclos hormonales realizados-, las referencias al síndrome de hiperestimulación ovárica no eran claras. A menudo, había que revisarlas en el historial médico en los apuntes adicionales que realizaban diferentes miembros del personal clínico y a los que no era sencillo acceder.

Las quejas de Lucía y los apuntes de Lorena tenían que ver con una de las complicaciones que en las clínicas suelen definir como *poco frecuente*: el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) provocado por una respuesta elevada al tratamiento hormonal. En la Guía publicada por la SEF (Sánchez Martín, Sánchez Martín, & Traverso Morcillo, 2015) se afirma que el síndrome de hiperestimulación ovárica “en un ciclo con un bolo agonista es prácticamente inexistente” (Sánchez Martín, Sánchez Martín, & Traverso Morcillo, 2015:12).

#### 6.4. Cuerpos jóvenes reproductivos: una respuesta hormonal elevada

Cuando leí por primera vez algunos comentarios de donantes de óvulos -y de mujeres interesadas en donar- en el blog enfemenino.com, muchas mujeres preguntaban qué impactos y riesgos tenía la estimulación hormonal sobre el cuerpo. En algunos casos, estas preguntas generaron hilos de discusión en torno al tipo de hormonas, cambios corporales y tiempo de recuperación.

- Melisa, 23 años, en paro: “Me habré pasado horas leyendo y releendo la información que ponían allí. Donar óvulos parecía fácil y sin complicaciones [...] y, sobre todo, parecía que no era doloroso. Mi mayor temor era que luego esto pudiera pasarme factura, que pudiera tener complicaciones a la hora de querer tener hijos el día de mañana. A ver, ahora mismo no me interesa ser madre, pero no es lo mismo que seas tú la que lo decida a que sea tu cuerpo el que un día te diga que no.”
- Emilia, 24 años, dependienta: “¡Las pelotas no hay riesgo! A mí se me hinchó la panza, la rosácea se me empeoró y tenía que disimularla a punta de cremas y maquillaje. Por si fuera poco, me sentía dolorida, cansada y encima me daba hasta miedo echar un polvo, no vaya a ser que me dé una torsión ovárica y adiós ovario... ¡Quedé echa un aparato! Dejaba de estar sobrehormonada pero seguía de un mal genio y la panza no se me deshinchaba. Y encima tengo que seguir yendo a la clínica para que estén seguros de que todo va bien y sinceramente, me tiene hasta las pelotas que me estén haciendo la dichosa ecografía esa”.

La distensión abdominal es uno de los síntomas comunes del Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) en casos leves (Jacobson et al. 2019) y, al ser estos los más frecuentes -se estima que está presente en un 10% de los ciclos-. No “existen datos sobre la tasa real del síndrome en ciclos de estimulación ovárica [...] pues los pocos eventos no consiguen suficiente potencia para hacer análisis estadísticos adecuados” (Cortada i Echauz, 2014: 36). Cuando se trata de SHO agudo, la sintomatología puede abarcar dolores de cabeza intensos, aumento del volumen ovárico, acumulación de líquido en el área abdominal, mareos y vómitos y dolor abdominal agudo, entre otros (Barranquero et. al. 2020). Tras la

menstruación, estas molestias desaparecen porque los ovarios recuperan su tamaño normal, el líquido sobrante se reabsorbe y disminuye la hinchazón.

Otra complicación señalada por la guía de la SEF (Sánchez et. al. 2015) es la hemorragia post punción. Sánchez et. al (2015) señalan que, aunque no se trata de un hecho frecuente, en el caso de darse, son de intensidad leve. Por ello se recomienda efectuar una ecografía “que permite ver la existencia de una cantidad anómala de líquido” que debe ser aspirado para prevenir molestias posteriores (Sánchez et. al (2015: 14). En la charla introductoria con las posibles donantes, este aspecto no era señalado por la clínica. Pero, en algunas ocasiones -especialmente en el año 2015-, escuché sobre la torsión ovárica como riesgo asociado. Consiste en la rotación completa o parcial del ovario, causando la “disminución o pérdida completa de su aporte sanguíneo” (Carrasco, Cañete, Gisbert, & Reyes, 2015: 380). La rotación de la trompa de Falopio -además del ovario-, se denomina torsión anexial (Kilpatrick, 2019). Su incidencia es desconocida y aunque suele asociarse a la presencia de un quiste (Carrasco et. al. 2015), el riesgo también está presente en tratamientos reproductivos (Kilpatrick, 2019). En todo caso, esta complicación puede manifestarse en caso de tener relaciones sexuales durante o inmediatamente de la estimulación hormonal. Debido al tratamiento, el tamaño y la vascularización de los ovarios aumenta. Por ello, una de las recomendaciones más remarcadas durante el tratamiento por parte del personal clínico es evitar las relaciones sexuales hasta después de la siguiente menstruación tras la punción folicular -debido al riesgo de torsión ovárica, pero también de embarazos múltiples-. No obstante, desde la SEF (Sánchez et. al 2015) alertan que estos riesgos son prácticamente inexistentes debido a la mejoría de los protocolos sanitarios y a la combinación y dosificación apropiada de los medicamentos. En principio, la introducción de nuevos fármacos y la sustitución del hCG por análogos de la LH para desencadenar la ovulación, permitiría evitar su aparición (Barranquero et. al. 2020; Castillo et. al. 2010).

Un estudio estadístico a partir de un cuestionario aplicado a 43 donantes en España (Castillo et. al. 2010) reveló que por las mejoras en los protocolos de los tratamientos las donantes quedaron satisfechas con la donación. El análisis estadístico reveló que no existían diferencias entre “altas y normo respondedoras

en cuanto a molestias e interferencia en sus actividades cotidianas” (Castillo et. al. 2010:395). El equipo de investigadores concluyó que la percepción de dolor depende de “características somato sensoriales y de las emociones. Cuando conseguimos controlar el dolor las pacientes depositan mayor confianza y no ven amenazada su seguridad” (Castillo et. al. 2010: 395). Desde la SEF (Sánchez et al. 2015) afirman que “por definición las donantes no deberían correr ningún riesgo por el hecho de la donación, realmente las complicaciones, a excepción de cierto grado de discomfort abdominal, son extremadamente raras” (Sánchez et al. 2015:13). Algo similar, me explicaron en la clínica y también a las donantes durante las charlas informativas sobre la ovodonación. “Afecta a menos del 1% de las donantes”, señaló la enfermera tras explicar cuáles eran las posibles complicaciones del tratamiento.

En un artículo de revisión, Aviles Alepuz & Ramón Fernández (2019) señalan que no existe consenso en la literatura actual sobre los riesgos reconocidos por las clínicas y la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida o sobre el procedimiento de obtención de óvulos (pp. 23). Si para las clínicas, afirman Aviles Alepuz & Ramón Fernández (2019), las molestias consisten en distensión abdominal y cambios de humor similares al síndrome premenstrual, para la Comisión Nacional, los riesgos de la donación de óvulos son más amplios (Aviles Alepuz & Ramón Fernández 2019:24). Aunque el SHO no es muy frecuente (Barranquero et. al. 2020; Ellison & Meliker, 2011), sí es el “efecto secundario más grave debido a las molestias que ocasiona en el organismo” (Barranquero et. al. (2020). El origen de su aparición es una respuesta acelerada al tratamiento que provoca un desarrollo excesivo de folículos (Barranquero et. al. 2020; Jacobson et al. 2019). La estimulación excesiva, genera hinchazón en los ovarios, mayor permeabilidad de los vasos sanguíneos y, en consecuencia, la “extravasación de fluidos” hacia la zona del vientre y del pecho (Barranquero et. al. 2020; Jacobson et al. 2019; Ellison & Meliker, 2011).

Durante mi observación en la clínica, la constatación tangible de complicaciones médicas no era fácil. Las mujeres llegaban un día preguntando sobre cómo convertirse en donantes y, en ocasiones, tras haber llegado a un acuerdo con ellas, las volvía a ver cuando iniciaban los tratamientos. Después, la sensación que

quedaba era que *desaparecían* en medio de ese ir y venir de donantes, receptoras, enfermeras, personal administrativo, pasantes, informáticos, técnicos y encargados de marketing y publicidad. Por tanto, la información relativa a la vivencia e impacto de los tratamientos sobre el cuerpo proviene de dos fuentes: la base de datos estadística de y las entrevistas en profundidad. En sus narrativas, la mayoría de las mujeres mencionó haber experimentado, en distintos grados, síntomas asociados al síndrome de hiperestimulación ovárica. De las 50 mujeres entrevistadas, sólo a cinco les suspendieron el tratamiento debido a esta complicación: Lorena (25 años, dependienta, argentina), Ángela (30 años, colombiana), Yusleisby (22 años, cubana, desempleada), Elisa (23 años, española, en paro) y Andrea (27 años, camarera, española). Cinco casos en que el factor común era que se trataba de su primera donación.

En entrevistas con otras donantes, el SHO en distintos grados también apareció en sus testimonios, concretamente, 15, sólo que, a diferencia de las cinco mujeres antes mencionadas, se trataba de segunda, tercera o incluso cuarta donación. Sólo a dos les cancelaron la punción, mientras que las demás pudieron concluir el proceso.

Ángela (30 años, colombiana, en paro al momento de la entrevista) afirmaba que en varias ocasiones llamó a la clínica porque empezó a sentir molestias, dolor abdominal e hinchazón:

“La respuesta de ellos fue que se trataba de algo normal; que no es para tanto y que siga con las inyecciones. Pasaron los días, yo seguía quejándome hasta que ya no podía casi ni caminar por el dolor. Ahí por fin se dieron cuenta de que yo no exageraba. Al final, me cancelaron porque no tenían garantías de que mis óvulos estén en su punto exacto de maduración” (Ángela, 30 años, en paro).

En los testimonios, los síntomas en general consistían en la sensación de hinchazón que empeoraba con los días y que “dificultaba hasta el caminar”. Las analogías con el embarazo eran frecuentes y un ejemplo de ello eran expresiones del tipo: “caminaba como si tuviera 8 meses de embarazo, me pesaba todo”; “llevaba las manos en la barriga, como si estuviera embarazada”. A la hinchazón, se sumaba la sensación de mareo, náuseas y dolor de cabeza.

En la base de datos de la clínica, además del registro de peso, altura, IMC, había una sección adicional para apuntar observaciones concernientes al tratamiento, tipo y dosis de inyecciones, óvulos extraídos y su funcionalidad. Las notas solían ser escuetas y poco explicaban sobre el impacto de los tratamientos ni recogían información sobre las quejas de las donantes. Sí recogían información sobre la cantidad y la calidad de los óvulos extraídos:

“Escasa reserva. 12 días de tratamiento [...] Óvulos extraídos: 8. Útiles 3, calidad normal. No volver a llamar.”

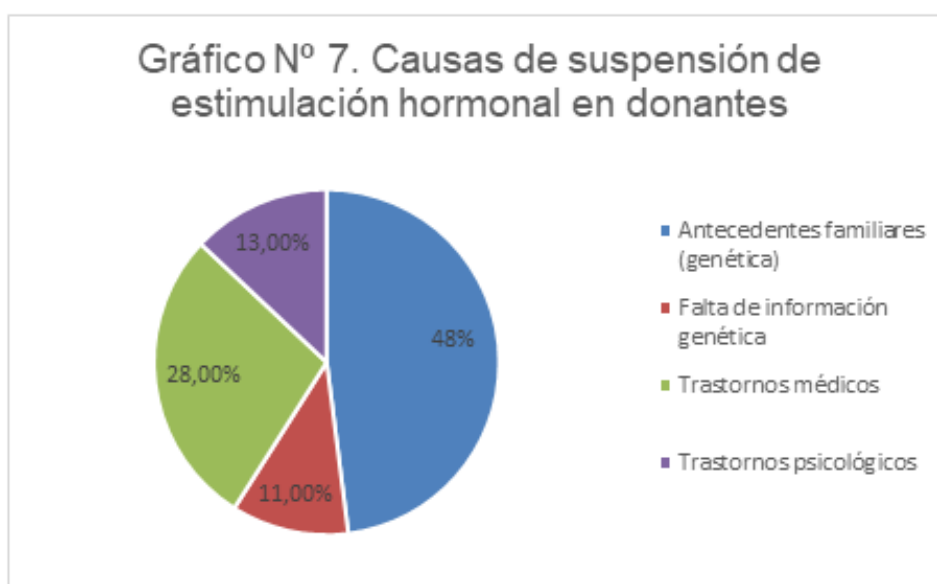
Una información que podría dar pistas del impacto de los tratamientos es la registrada en la base de datos sobre número de cancelaciones y número de estimulaciones. Una correlación entre los dos factores daría una idea del nivel de afectación de los tratamientos hormonales.

**Tabla N° 5: Volumen de ciclos cancelados según el número de estimulaciones iniciadas**

<b>Volumen de donantes</b>	<b>Número de Estimulaciones (por persona)</b>	<b>Nº Cancelaciones totales</b>
365*	0	365*
807	1 (807ciclos)	47
317	2 (634ciclos)	34
176	3 (528ciclos)	27
126	4 (504ciclos)	24
94	5 (470 ciclos)	21
92	6 (552 ciclos)	23
61	7 (427 ciclos)	18
50	8 (400 ciclos)	16
24	9 (216 ciclos)	13
3	10 (30 ciclos)	0
Total muestra: 2115. Total mujeres con ciclos iniciados: 1750	4568	223

Fuente: Realización propia a partir de los datos cuantitativos recogidos en 2017.

El número 365\* revela la cantidad de mujeres apartadas del sistema de ovodonación por resultados negativos en las analíticas (Gráfico N° 7), una cifra irrelevante para analizar el impacto de los tratamientos porque no iniciaron los ciclos de estimulación hormonal. Se trata de mujeres que fueron excluidas debido a la detección de antecedentes familiares considerados de heredabilidad genética (48%), que en ocasiones fueron descritos como “familiar con retraso mental”. En este dato, se incluyen también aquellos en los que detectaron anomalías cromosómicas. En el caso de trastornos psicológicos, algunos fueron referidos como “rasgos esquizoides”, “trastorno de personalidad” y “ansiedad”, junto a la detección de consumo y abuso de estupefacientes.



Fuente: Realización personal a partir de análisis estadístico de base de datos de la clínica. Datos procedentes del año 2017.

En la Tabla N° 5 es posible observar el número de mujeres (1750) que iniciaron un ciclo de estimulación hormonal que, en algunos casos (3), repitió en 10 ocasiones. Se observa también que un número significativo de mujeres iniciaron un solo ciclo en la clínica, un dato que no garantiza la ausencia de la misma donante en diferentes clínicas. Solo muestra la cantidad de mujeres que repitieron el ciclo de estimulación hormonal en un mismo centro.

En cuanto a las cancelaciones, el dato refleja las veces que un tratamiento hormonal fue suspendido. Por ejemplo, aquellas mujeres que lo iniciaron hasta en

9 ocasiones (24), al menos la mitad de ellas tuvieron que suspender el proceso de estimulación en alguna ocasión aunque no se especifican las razones.

Partiendo de la información de la Tabla Nº 5, si se toma en cuenta el número total de ciclos cancelados (223) frente al total de ciclos iniciados (4568), se obtiene un porcentaje de afectación del 4,88%. Es decir, de los 4568 ciclos hormonales iniciados, cerca del 5% de ellos tuvieron que suspenderse por complicaciones durante el tratamiento. Un último aspecto sobre los posibles riesgos asociados a los tratamientos es el concerniente a una posible relación entre ellos y la aparición temprana de cáncer. Escuché por primera vez este tipo de afirmación en una mujer que me escribió por e-mail. Ella respondió a un mensaje que yo había dejado en un blog para entrevistar a quienes habían donado óvulos y quisieran narrar su experiencia. Carmen (38 años al momento de enviarme una carta, cuidadora, española) me escribió:

“Doné hace unos 12 años, cuando tenía unos 26. Yo estaba sana y creí que el tratamiento nunca me afectaría más allá de las típicas molestias que tuve y que imagino que pasa a muchas. Así que me sacaron los óvulos y fui a la clínica por un par de chequeos. Se suponía que estaba todo perfecto y volví en 3 ocasiones más porque ellos [la clínica] me lo pidieron. Después de todos estos años, me arrepiento de haberlo hecho. No sé si tú sabes algo al respecto, si hay estudios pero a mí me acaban de diagnosticar cáncer de mama. Le expliqué a mi médico que había donado óvulos años atrás y me dice que puede haber una relación. Pero yo estoy segura de que sí hay una relación. No se porqué no dicen las cosas o es que sólo experimentan a ver qué pasa y sólo con el tiempo, esperar a que quizás se destape la olla de los grillos”.

El email de Carmen terminaba haciendo un llamado a “exigir cuentas claras, que nos digan si puede producir o no cáncer”. Leí su e-mail con cierta inquietud y dudas. Al preguntar a las donantes en la clínica sobre temores que podrían generarles los tratamientos, muchas se referían a la anestesia, a su eficacia y muchas se centraban en la herencia genética: “me daría miedo encontrarme a otra persona con mi misma cara, gestos”, uno de los comentarios más recurrentes: “¿Y si se pareciera a mí?” Existía la curiosidad a la vez que el *temor* de encontrar una especie de “doble” frente al que no se sentían preparadas. Este tipo de comentarios se



decía en medio de gestos y risas nerviosas. Además del *doble* desconocido, otro comentario relativo a los temores y que aparecía generalmente en las entrevistas externas era una posible infertilidad sobrevenida: “¿y si en la punción me tocan algo que luego me deja estéril?” “¿Y si esto altera los óvulos que tengo y luego, cuando quiera, ya no podré ser madre?” Eran preguntas recurrentes. Sarah (26 años), estudiante de historia se preguntaba si los tratamientos hormonales adelantarían la menopausia y por ende, acortarían sus capacidades reproductivas.

En este sentido, Aviles Alepuz & Ramón Fernández (2019) señalan que una posible infertilidad o incluso el cáncer son posibles riesgos que aún deben ser estudiados. Kramer et. al. (2009) y Woodriff et al. (2014) hallaron un 26% y un 10% -respectivamente- de donantes que refirieron problemas de infertilidad varios años después de la donación al contrario que Dominic Stoop et al. (2012) que no hallaron ninguna correlación. Kramer et. al. (2009) señalaron hace ya más de diez años que en estudios longitudinales sí se habían observado cambios en el ciclo menstrual, un incremento del riesgo de cáncer uterino. Asimismo, el riesgo de cáncer de mama y la aparición de melanomas malignos también fueron más elevados en aquellas que estuvieron expuestas durante largos períodos -1 año- a los tratamientos hormonales. También observaron un avance rápido de la endometriosis en mujeres no diagnosticadas y tras el tratamiento hormonal previo a la extracción de óvulos (Aviles Alepuz & Ramón Fernández, 2019: 26).

Con respecto al síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), Sauer (2001), en un estudio basado en 1000 casos de extracción de ovocitos, encontró 7 casos de relevancia médica: 3 de síndrome poliquístico severo, 2 reacciones severas a la anestesia y 2 casos de hemorragia tras la aspiración folicular. Años después, Brodi et. al. (2008) observaron un total de 22 casos -en una muestra de 4052 ciclos- en los que hubo sangrado intrabdominal, una torsión ovárica y SHO de grado moderado. Kenney & McGowan (2008) en entrevistas a 80 donantes de óvulos en Estados Unidos que, en su primera donación tenían entre 20 y 32 años, encontraron que 8 de las entrevistados afirmaron haber sufrido complicaciones serias debido a los tratamientos -SHO y hospitalización-. Las mujeres entrevistadas por Kenney & McGowan (2008) habían donado en varias ocasiones -hasta 3 y 4 veces-. Por el contrario, el estudio de Maxwell et. al. (2008) dio cuenta de una incidencia del 0,7%

de complicaciones severas en ciclos de ovodonación. El estudio de Kramer et. al. (2009) halló que un 30% de las donantes de óvulos encuestadas afirmaron haber sufrido SHO en diferentes grados de gravedad. En un cuestionario aplicado a 428 donantes, Söderström-Anttila et al. (2016) encontraron una incidencia de SHO en un 5% de las encuestadas, un 11,5% experimentaron dificultades posteriores para engendrar, pero no tuvieron reportes del desarrollo de cáncer uterino ni de ningún otro tipo (Söderström-Anttila et. al., 2016). Aviles Alepuz & Ramón Fernández (2019) señalan que hay un decrecimiento en la gravedad, así como en los efectos adversos de estos tratamientos a raíz de los cambios en los protocolos. Sin embargo, dada la ausencia de registros de donantes que faciliten su seguimiento correcto y que las donaciones de óvulos datan de hace unos 30 años, aún faltan investigaciones que permitan determinar los riesgos a largo plazo (Ariza, 2016; Aviles Alepuz & Ramón Fernández, 2019; Sauer & Kavic, 2006; Woodriff, Sauer, & Klitzman, 2014).

### **6.5. Cuerpos jóvenes productivos: “Tengo unos óvulos preciosos”**

Era un día de septiembre en la clínica. Las obras en los despachos, la circulación de más gente de la habitual en la cocina y la entrada y salida constante de mujeres que podían convertirse en donantes, generaba un cierto caos en el ambiente. La llegada de los técnicos agravó durante unas horas la fallas en la red y la caída del sistema en los ordenadores. A todos, especialmente a las intérpretes que debían enviar emails a receptoras extranjeras, les costaba trabajar aquel día hasta que los ordenadores volvieron a funcionar y todos-as retomaron su trabajo. Una noticia en particular había despertado interés entre las secretarías y casi de inmediato entre el personal clínico: “tenemos unos óvulos preciosos”, dijo tras comprobar en el ordenador junto a una de las enfermeras, lo que parecía ser el informe de una reciente intervención quirúrgica. Mientras escuchaba sus comentarios referentes a lo “lindos que son” y a que “apostábamos por su calidad”, me aproximaba más hacia el ordenador en el que apenas pude ver una ficha en la que alcanzar a leer algunos fragmentos: “Óvulos extraídos: 25. Estado de

maduración óptima. Desechados: 2. Útiles: 23. Volver a llamar.” Una de las administrativas me explicó que se trataba de una punción con muy buenos resultados, en parte porque: “la chica era muy mona, no sabes lo guapa que era, seguro la conociste”. “Era una tía majísima, agradable, así de alta (señala con la mano lo que intuyo sería 1.75), con los ojos verdes, con un pelo precioso y un cuerpo, que ni te cuento. Parecía modelo”, añadió una de las recepcionistas. Para finalizar diciendo: “queríamos que se quedara con nosotros porque mira, sabíamos que de ahí, saldrían unos óvulos preciosos. Tendría que haber apostado (risas)”.

Aquella fue la primera vez que escuché que los óvulos también eran descritos como “preciosos” frente a otros considerados “regulares” y normales. Luego estaban aquellos que eran desechables, que no servían. Con el tiempo, y a base de preguntas, conversaciones y observaciones de algunas fichas médicas, noté que la característica *desechables* era para aquellos con exceso de maduración o a los que les faltó desarrollo. “Deben alcanzar su punto exacto: ni pasarse ni quedarse, tienen que ser perfectos”, me explicaba una de las enfermeras tiempo después a propósito de mis preguntas sobre la conservación de los óvulos. La *perfección* de los gametos femeninos es lo que garantizará el éxito de los tratamientos reproductivos en las receptoras. Sin embargo, los *óvulos preciosos* lo eran no solo por sus características de producción, sino también por las de su proveedora y productora: la donante. Aunque en la etnografía no vi que la clínica creara categorías explícitas de *diva donors* vs *regular donors* como observó Deomampo (2016) en algunas clínicas de la India, tiempo después percibí lo que pienso que son categorizaciones tácitas de los óvulos a partir de consideraciones estéticas de sus dadoras. Es decir, si bien en las bases de datos no se creaban categorías de donantes a partir del atractivo físico percibido, en las conversaciones y en los apuntes privados del personal, sí existían distinciones entre los gametos donados. Los *óvulos preciosos* eran aquellos que, además de ser viables, provenían de cuerpos percibidos como atractivos, disciplinados y actitud amable. Todas esas características siempre estaban ligadas a la descripción de la donante de la que provenían todos aquellos óvulos considerados como *preciosos* o *perfectos*.

Además de su viabilidad también era importante su cantidad. Al inicio de este epígrafe, señalé una constante observada en los apuntes adicionales que se registraban en las fichas de las donantes: *volver a contar* con ella o no. Un aspecto determinante -llegados a la etapa de la punción ovárica-, era la cantidad de óvulos extraídos y su estado. Si una donante, después del proceso de estimulación, no producía una cantidad significativa de folículos que permitieran una maduración apropiada de ovocitos, era improductiva y por tanto, la clínica procuraría no volver a trabajar con ella. Al contrario, si la producción era alta, al igual que la calidad, se registraba sugería volver a contactarla después de un tiempo.

Ahora bien, la pregunta ¿cuántos óvulos son necesarios? derivaría en respuestas condicionadas por factores económicos: cuánto dinero invirtió la clínica en producirlos y, por tanto, cuántos necesita para rentabilizar la inversión, por ejemplo-. Por lo que, otra pregunta que me hice fue ¿cuántos óvulos son extraídos en una punción tras una estimulación hormonal considerada óptima? Preguntando a las mujeres entrevistadas su conocimiento sobre el resultado de la donación, las respuestas fueron negativas:

- “Me preguntaba, ¿cuántos me sacarán? Tenía mucha curiosidad por saber cómo había reaccionado mi cuerpo”
- “El día de la punción, sí estaba loca por saber cuántos óvulos saldrían de mí. Pero sobre todo, me hubiera gustado saber qué pasó con ellos luego: los usaron o no, ¿cumplieron su objetivo?”
- “No lo sé, me hago una idea, pero no sé cuántos te sacan el día de punción. Sólo te dicen que fue todo bien y que te recuperarás pronto. Pero no te explican mucho... a menos que haya habido algún problema”

En general, en las entrevistas, las donantes expresaron que no sabían o no tenían una referencia clara de la cantidad de óvulos extraídos. Este dato tampoco estaba registrado en los datos de la clínica a los que pude acceder y a partir de los cuales, realicé la base de datos. No obstante, la información proporcionada por el personal clínico afirmaba la extracción de un promedio de entre 15 a 25 ovocitos maduros. Observando el registro de la anamnesis junto a los datos de la punción,

en algunos casos había registros de extracción de hasta 40 folículos. Estos eran los casos menos frecuentes al igual que también lo eran aquellos con una producción inferior a 10.

Como señalé anteriormente, los óvulos se extraen del cuerpo de las donantes, a través de una aguja introducida durante la punción ovárica que penetra en los folículos y aspira el líquido en el que se hayan los óvulos flotando. A partir de aquí, se inicia en el laboratorio la búsqueda de óvulos maduros por parte de los embriólogos quienes se encargan de analizar el líquido folicular para determinar el grado de maduración de los óvulos. Tras seleccionar los considerados aptos, se procede a su fecundación -en caso de que sean para tratamientos reproductivos- o a su almacenamiento.

En el caso de fecundación, se procede a realizar “una de las fases más importantes” denominada “cultivo de embriones” (Ochoa Marieta *et. al.* 2020) la cual se inicia a partir del día en el que los óvulos son extraídos mediante punción y se unen a los espermatozoides para su fecundación. Ochoa Marieta *et. al.* (2020: s.p) explican que el “cultivo de embriones obtenidos tras la fecundación se extenderá hasta el día en que los embriones” sean transferidos al útero, se vitrifiquen<sup>33</sup> o se descarten. A partir de aquí, se abren varias vías posibles para esos ovocitos extraídos, analizados y cultivados. Una de ellas es su fecundación para tratamientos FIV en mujeres receptoras. De acuerdo con el artículo 7 de la Ley de Reproducción Asistida 14/2006 (BOE 126, 2006), el número máximo autorizado de hijos-as procedentes de un mismo donante no deberá superar a seis en España. “A los efectos del mantenimiento efectivo de ese límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de estas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones” (BOE 125, 2006: 8). Al respecto, Marta (28, dependiente) una de las mujeres que donó un total de cinco ocasiones, al hablar sobre el número máximo de hijos por donante, comentó:

---

<sup>33</sup> Se trata de una técnica de preservación de la fertilidad que consiste en congelar los óvulos a una velocidad de 15000°C por minuto y a una temperatura de -196°C. Difiere de la congelación lenta, en que la vitrificación “evita la formación de cristales intracelulares” (Zafra *et. al.* 2018:22) que afectan la supervivencia y calidad de los ovocitos tras su descongelación.

-“Creo que le falta claridad. Se supone que por ley, el máximo es 6 hijos por donante, con lo que yo me pregunto: ¿6 hijos equivale a seis donaciones o literalmente son seis hijos? Yo he donado varias veces ya y la verdad es que no me creo que no haya salido nada de ahí.” (Marta, 28 años, dependienta)

Para evitar embarazos múltiples, la clínica procura implantar un embrión en cada intento -a partir de la fecundación de un óvulo con gametos masculinos que pueden ser de la pareja o donados-. Si en cada ciclo hormonal, se extrae un promedio de 15 a 20 ovocitos, ¿qué finalidad tiene el excedente?

Durante la experiencia etnográfica, las respuestas a preguntas semejantes se obtenían durante charlas y conversaciones informales, por ejemplo cuando los promotores y comerciales venían a la sección de *ovodonación* y hablaban con el personal administrativo sobre el perfil de los óvulos obtenidos y aquellos cuya demanda estaba en alza:

“Debemos procurar óvulos españoles. Ya tenemos un porcentaje muy elevado de [óvulos] sudamericanos congelados esperando a que podamos utilizarlos, pero necesitamos otro perfil más acorde con Europa”.

Esta frase de uno de los promotores estaba dirigida a todo el personal en general y a las administrativas en particular, dado que ellas también ejercían un rol en la selección de donantes. Al finalizar la charla, pregunté a uno de los comerciales con el que ya había conversado en otras ocasiones, por los óvulos extraídos en la clínica: ¿qué pasa con el excedente? “Los preparan en packs de seis y luego hay que gestionar su distribución en otras clínicas europeas”. Al preguntarle sobre un coste orientativo del “pack de seis”, el comercial señaló seis mil euros como valor promedio. Además de los centros europeos, en la clínica hacían hincapié en la necesidad de consolidar las relaciones comerciales con determinados centros afines ubicados en Asia -India, en particular- y América Latina -Panamá y Argentina-.

Frente a los óvulos que circulan están los que se vitrifican y pasan a integrar los bancos de embriones y células reproductivas. En el año 2017, el Ministerio de Sanidad anunció la puesta en marcha del Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (SIRHA) que albergaría un registro de donantes y uno de

actividades y resultados de los centros, además de un registro de centros y servicios de reproducción humana asistida (Ministerio, 2017). Sin embargo, hasta la fecha, en España no existe un Registro Nacional único que permita conocer datos reales sobre la totalidad de donantes, gametos donados y su utilización final. Pese a que la Ley de Reproducción Humana Asistida de 1988 ya exigía la creación del registro, aún no se ha ejecutado y actualmente, estaría en “fase de implantación” (Nova, 2021). De acuerdo con fuentes gubernamentales, el registro establecerá una lista de donantes procedentes de los centros médicos que funcionan en todo el territorio y “cumplirá con los requerimientos europeos en materia de codificación de las donaciones” (Nova, 2021).

En todo caso, las propuestas actuales de creación de un registro nacional de donantes son también resultado de la aprobación del Real Decreto-Ley 9/2014, en el que se trasponen las directivas de la Unión Europea en materia financiera, mercantil y sanitaria (BOE 126, 2017). Concretamente, la Unión Europea impone la necesidad de cumplir determinadas exigencias de transposición, a riesgo de establecer sanciones económicas en caso de no efectuarse en un plazo definido. Dichas exigencias, materializadas en el Real Decreto-ley 9/2014 (BOE 126, 2017) se centran en la aplicación de un código único europeo que proporcione información sobre la donación y el producto, a fin de establecer la “trazabilidad de las células y los tejidos humanos” (BOE 126, 2017:42824). Deberá especificarse, además, si los tejidos y células son puestos en circulación ya sea para su procesamiento posterior con o sin retorno (BOE, 2017).

## 6.6. Óvulos fecundados en el congelador: “estoy hecho de pedacitos de ti”.

“Los seres humanos, antes que hablar, cantamos [...]. Cuando te diriges a un bebé, lo haces cantando” Antonio Orozco, (Confuso, 2015)

Con estas palabras, Antonio Orozco explicaba el porqué de su participación en un concierto realizado en una clínica de fecundación para 380 embriones (Confuso, 2015). El concierto formaba parte de una investigación sobre la influencia de la música en el desarrollo embrionario y fetal. De hecho, se señalaba que la ESHRE (La Vanguardia, 9 de julio de 2015) “demostró que las vibraciones musicales aumentan un 5% la tasa de éxito de la fecundación in vitro y mejoran el desarrollo embrionario”

“Sentarse en una sala prácticamente vacía, con el pijama hospitalario y una guitarra, dispuesto a estimular a varios centenares de embriones en formación puede parecer extraño, pero ¿no llevamos años hablando de los beneficios de la música en los fetos? ¿No observamos cómo las embarazadas lucen en sus cuellos ese collar con bolita que emite sonidos para estimular al futuro bebé?” (Confuso, 2015: 1).

El artículo (Confuso, 2015) resumía las razones que explicaban la elección de este cantante en particular por parte de una clínica reproductiva. Hablaban del “boom de popularidad” que había generado su participación como jurado en el programa La Voz: “si las editoriales buscan autores que salgan en televisión, ¿por qué los centros de investigación no van a contar con cantantes que ocupen horas de prime time?” (Confuso, 2015). Podría haber sido cualquier otro cantante, matizaba el periodista (Confuso 2015), pero no es lo mismo uno desconocido que otro que esté en un buen momento de su carrera, afirmaba. La canción escogida por Orozco para iniciar el concierto fue “Estoy hecho de pedacitos de ti” y a continuación “Devuélveme la vida”.

Tras la publicación de la ESHRE (La Vanguardia, 2015) y los efectos del concierto de Antonio Orozco, en el mismo artículo de prensa señalaban que el centro sanitario había desarrollado un método para incorporar música en todas las incubadoras de embriones. Según explicaba la jefa de Reproducción Asistida (La Vanguardia 2015), se trataba de reproducir en el laboratorio las condiciones que



los embriones tendrían en el útero para así mejorar las tasas de fecundación. Al parecer, las vibraciones musicales “remueven los medios de cultivo en los que nada el óvulo” produciendo un “reparto más homogéneo de los nutrientes” a la vez que el sistema imita “los movimientos que se producen cuando el óvulo y el embrión viajan por las trompas de Falopio hacia el útero” (La Vanguardia, 2015: s.p).

Comenté en la clínica mi lectura de la nota de prensa sobre el concierto de Antonio Orozco en el banco de embriones. Durante la etnografía, la información sobre lo que ocurría en el laboratorio tras la extracción de ovocitos, procedía de las enfermeras y personal médico. Ellas ya habían comentado en ocasiones anteriores sobre la necesidad de que el laboratorio fuera un espacio aséptico. Por ello, además de restringir el acceso al personal autorizado, debían también cumplir determinadas normas como no portar anillos, esmalte de uñas, maquillaje, perfumes y joyas en general. Tras conocer la historia del concierto, hice más preguntas referentes al ambiente en el laboratorio que, en síntesis, fue descrito como “espacio zen” gracias al uso de “música instrumental”. “No tenemos a Orozco, pero procuramos un espacio zen en el que no haya malas vibraciones. Al finalizar, hasta ponemos luces bajas para mantener ese ambiente de armonía”.

Además de la música, desde el Institut Marquès, en un comunicado de prensa emitido en el 2019, explicaban que las mujeres receptoras tenían a su disposición una aplicación móvil *-Embryomobile-* que les permitía seguir a través de imágenes el desarrollo de sus embriones en la incubadora. Este seguimiento, según el centro médico, aumentaba las posibilidades de embarazo hasta en un 11% (Institut-Marquès, 2019): “Además, las tasas aumentan en proporción directa al número de veces que se conectan para estar con ellos” (pp. 1). Unos datos que forman parte de un estudio realizado por el Institut Marquès presentado en congresos europeos y en el que participaron 934 mujeres con ciclo FIV y transferencia embrionaria (Institut Marquès, 2019). Según revela la publicación, las receptoras observaron durante 5 días el desarrollo de sus embriones (Institut Marquès, 2019) lo que permitió medir la correlación entre número de visualizaciones y tasas de embarazo: a mayor número de observación de sus embriones, mayor índice de embarazo (un 73% frente al 61% de aquellas que no hicieron el seguimiento a través de la app) (Institut Marquès, 2019).

La conexión emocional podría ser la clave del proceso porque “una mejoría de la receptividad del útero podría explicarse por la conexión emocional de una mujer con sus embriones si los puede ver diariamente antes de la implantación” (Institut Marquès, 2019: 2).

“Nuestra hipótesis es que el estímulo visual repetido de las imágenes de sus embriones induce en la mujer una cascada de reacciones que empiezan en el cerebro y que generan una conexión emocional con ellos, activan el sistema inmunitario y el hormonal, dando como resultado una mejor receptividad de su útero” (María López Teijón, Directora del Institut Marquès, 2019: 3)<sup>34</sup>.

Las construcciones simbólicas con relación a la maternidad derivan de la interacción de diferentes líneas de pensamiento teológicas, filosóficas y científicas (Crespo, 2015). En *El Segundo Sexo* (1949), Beauvoir señaló cómo desde la filosofía aristotélica se construye el imaginario social de la mujer vinculada a la emoción como contraposición al hombre ligado a la razón. Las mujeres, explicaba Beauvoir (1949), son conceptualizadas como seres imperfectos debido a que la biología -expresada a partir de cambios hormonales como la menstruación y la producción hormonal ligada al embarazo, la lactancia y la menopausia-, es un impedimento para construirse como seres totalmente racionales. Si bien tienen la capacidad de abstracción -señala Aristóteles-, se ven condicionadas por la biología de sus cuerpos. Esta cosmovisión cimentada a partir de la filosofía aristotélica perdurará a lo largo de la historia occidental y se traducirá en la organización diferencial de las sociedades (Beauvoir, 1949).

Desde la antropología, uno de los aportes centrales en torno al análisis de la construcción social del género, lo constituye la obra de Sherry Ortner -referida también en el capítulo 1-. Su artículo publicado en 1974 afirmaba que la dominación

---

<sup>34</sup> Cita textual de una afirmación realizada por la directora del Institut Marquès, María López Teijón reproducida por la nota de prensa publicada en mayo de 2019 por el centro médico. El estudio al que hace referencia la nota de prensa es una investigación dirigida por los doctores Moffa et al. (2019) cuya síntesis de resultados y metodología está publicada en la web del Instituto: <https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2019/05/ABSTRACT-ESHRE-EMBRYOMOBILE-2019-esp.pdf>

masculina es universal y sustentaba su teoría en la dicotomía naturaleza / cultura. Años después, Sherry Ortner (2006) retomó algunos de los aspectos más debatidos de su primera publicación -como la afirmación de que la dominación masculina es universal porque parte de que la construcción social en torno a la naturaleza y cultura, también lo es-. Entonces, aunque Ortner reconoció la diversidad de cosmovisiones en torno a la naturaleza, terminará por afirmar que la dominación masculina es *casí* universal y se asienta sobre los modos de concepción occidental en torno a la naturaleza / cultura. Desde esta perspectiva, al igual que en el pensamiento aristotélico (Beauvoir, 1949), la asociación de la mujer con la naturaleza es lo que permite establecer el vínculo hacia las emociones que en el ámbito reproductivo se traduce en la asunción de que los sentimientos maternales forman parte de la esencia femenina (Crespo, 2015; Imaz, 2007; Marre, San Román & Guerra, 2018). De la asociación mujer-naturaleza, proviene la unión de su cuerpo a la maternidad como condición femenina universal (Lozano, 2001).

Beauvoir (1949) desmitifica el embarazo como condición universal de las mujeres, así como rechaza la idea del *instinto materno* por cuanto es resultado de una construcción social a partir de la que se delimitan reglas y obligaciones que no son más que la constatación de la dominación masculina (Héritier, 2007). Goffman (1959), a partir de la “máscara” como la imagen social que exhibimos de nosotros mismos, sostenía que la colocación en el espacio por parte de las mujeres-madres, expresa la negociación conceptual entre el individuo y las normas sociales que rigen las interacciones sociales. Así, las mujeres-madres “tienden a adoptar una máscara de identidad que asocia los conceptos de mujer y madre, e incorporan los recursos ilustrativos de la fachada tal y como se espera por parte de los demás” (Crespo, 2015: 42). Imaz (2007) refiere a las representaciones en torno al cuerpo de la mujer gestante como la simbiosis entre feto e individuo que concibe el cuerpo de la embarazada como un cuerpo que contiene a otro que depende de ella, pero diferente, como cuerpo “escindido”.

En la producción de embriones en el laboratorio las conexiones iniciales no se producirían en el cuerpo, sino a través de las conexiones emocionales entre la madre y el posible hijo/a forjadas a partir del seguimiento a través de una aplicación de móvil. En este sentido, Castillo (2013) señalará que es en la intencionalidad en

donde se produce la apropiación del material genético -ajeno o no- y se da a partir de la palabra y después, a partir del cuerpo. “La fecundación in vitro produce una percepción del cuerpo de la mujer en fragmentos: óvulos y útero se perciben como partes separadas y separables del cuerpo. Los óvulos, en las representaciones de las mujeres son imaginados como recipientes que serán activados por el semen [...] y en la recepción del óvulo adquiere más importancia el útero que los óvulos” pues es él, el que “posibilita el parto y la filiación de la mujer” (Castillo, 2013: 33).

En mayo del 2018, tres años después de aquel primer concierto realizado por Orozco (La Vanguardia, 2015; Confuso, 2015), Sharon Corr y Álex Ubago se sumaron a la propuesta y cantaron a cientos de embriones en incubadoras del Institut Marquès en Barcelona y, gracias al *streaming*, en Roma e Irlanda (Institut Marquès, 2018). Este segundo concierto coincidió con la entrega por parte de la Universidad de Harvard, del premio Nobel de Medicina en el campo de la Obstetricia como un reconocimiento a las investigaciones sobre los beneficios de la música en el desarrollo embrionario y fetal (Institut Marquès, 2018).

“Disponer de la mejor tecnología y el amor con que atendemos a nuestros pequeños pacientes son nuestra filosofía para intentar mejorar cada día hasta conseguir cuidarlos como lo harían las propias pacientes” (Dra. Marisa López-Teijón, Institut Marquès, 2018: 2)<sup>35</sup>.

Dadas las investigaciones del Institut Marquès (2018; 2019) que establecen una correlación entre la música y el desarrollo embrionario, ¿cuál es el género musical más apropiado? El centro médico da la respuesta: la música que estimula a los fetos es la música clásica y la tradicional (Institut-Marquès, 2018). Dentro del género clásico, también hay preferencias: Mozart y Bach. En la categoría música tradicional, el Institut Marquès (2018) revela que la canción española *campana sobre campana*, así como la música japonesa presentan los porcentajes más elevados de aceptación. Dentro del pop y el rock, predomina el grupo Queen y su

---

<sup>35</sup> Cita textual extraída del comunicado del prensa publicado por el Institut Marquès (2018). De acuerdo con el documento, estas palabras fueron dichas por la Directora del centro médico, la Dra. Marisa López-Teijón. Las cursivas son del texto original. En: [https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/05/InstitutMarqu%C3%A8s\\_Concierto-CorrUbagoES.pdf](https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/05/InstitutMarqu%C3%A8s_Concierto-CorrUbagoES.pdf)

canción *Bohemian Rhapsody*, junto a los *Village People* e *Y.M.C.A* (Institut Marquès, 2018). Llama la atención que, al final de la lista de música pop preferencial, apareciera el *Waka Waka* de Shakira. En cuanto a las voces, los fetos y los bebés humanos prefieren “el tono en falsete de Mickey Mouse” (Institut Marquès, 2018: 2).

Analizar la correlación entre música y desarrollo embrionario no es el objetivo central de este capítulo ni de este epígrafe. He citado aquí las publicaciones del Institut Marquès por la forma en que son conceptualizados los embriones resultantes de los óvulos fecundados en el laboratorio. Vale recordar que su producción, en el caso aquellos producidos con gametos donados, depende de un complejo sistema de búsqueda, selección de donantes, controles médicos, estimulación hormonal, extracción, análisis y recuento. En capítulos anteriores he señalado que este proceso, implica a personas cuya caracterización no es neutral: los tratamientos son aplicados en cuerpos de mujeres jóvenes, con un perfil social y económico determinado, movidas también por intereses particulares que articulan lo íntimo con lo económico.

Ahora bien, los óvulos una vez extraídos y fecundados son caracterizados como *pequeños pacientes* en un comunicado de prensa del centro médico que ve en la música, la clave para incrementar las tasas de éxito de los tratamientos. Junto a declaraciones semejantes, en las explicaciones para cantar ante 380 embriones se intercalaban los términos *futuro bebé* y *fetos*. El hallazgo y afirmación del Institut Marquès de que, a mayor número de visualizaciones del desarrollo embrionario, mayor tasa de eficacia debido a la conexión emocional creada con los embriones, me llevaron a cuestionarme: ¿cómo pensamos las sustancias reproductivas?

Desde una perspectiva antropológica y retomando la propuesta de Kopitoff (1991) de pensar la biografía de las cosas, el objeto es una entidad construida, cargada de significados, clasificada y reclasificada según categorías culturalmente constituidas (pp. 94). Kopitoff (1991) remarca que, desde el inicio de la modernidad europea, prevalece una separación que antes no existía: la distinción conceptual entre el universo de las personas y el de las cosas, que constituyen, a la vez, dos esferas de intercambio. En la base de esa distinción, Kopitoff (1991) inscribe los conflictos culturales en torno al aborto: dónde ubicar con precisión la línea divisoria

que separa a las personas -no mercantilizables- de las cosas. Es posible abortar “cosas” pero no “personas” (Kopitoff, 1991: 113).

Waldby (2019) remarcará que los óvulos representan las capacidades materiales de extenderse en el tiempo. Unen el pasado y el futuro de un grupo familiar a través del cuerpo femenino. Y para aquellas mujeres que tengan esa concepción del tiempo -pasado y futuro a partir la potencialidad reproductiva-, la adquisición de ovocitos les da un medio técnico para conciliar las demandas del presente. Su capacidad para crear y establecer continuidades familiares, a la vez que su escasez y su declive en mitad del ciclo vital, es lo que los convierte en sustancias valiosas (Waldby, 2019). Su vitrificación -que permite su almacenamiento a largo plazo y circulación-, está remodelando la economía de los óvulos, desde las transacciones más íntimas entre donantes y receptoras, hasta el desarrollo de un mercado corporativo global. Esto es lo que conllevaría al desarrollo de las *tissue economies* (Waldby, 2019; 2014; 2002; Waldby & Mitchell, 2006; Pavone, 2017) o la creación y apropiación de valor biológico a partir del trabajo reproductivo, en las que son los cuerpos los que reproducen cosas generadoras de ganancias a la vez que son alienados de los beneficios de su producción (Thompson, 2005). A partir del concepto *biomedical mode of reproduction*, (Cooper & Waldby, 2014; Waldby & Cooper, 2008; Thompson, 2005) afirman que la lógica subyacente en la reproducción asistida es industrial o post-fordista (Waldby, 2019). Aunque se remarcan sus beneficios para la investigación, el problema reside en las prácticas que derivan de un control y manipulación del cuerpo femenino, en la que se expropia -no sólo unos gametos-, sino también la carga simbólica implícita (Waldby & Cooper, 2010; Sarah Franklin 2006; 2013; Waldby 2019; Waldby & Cooper 2014). Pero esta expropiación conlleva efectos para el cuerpo de las mujeres por lo que, esto se traduce en interrogantes acerca de cómo entendemos las relaciones biopolíticas entre trabajo reproductivo, investigación e industria biomédica (Waldby, 2011). Finalmente, Waldby (2019) remarca que las economías de los tejidos no son socialmente neutrales y están inmersas en relaciones de poder. Cuando una persona dona un óvulo -o un tejido- realiza un sacrificio corporal en favor de otra persona o de un programa de investigación por lo que, la capacidad

biotécnica de transferencia de tejidos implica preguntarse acerca de su justa distribución (Walby, 2019).

## **6.7. Conclusiones**

El objetivo central de este capítulo fue explorar el modo en que los óvulos son producidos, redefinidos y clasificados. Dado que los óvulos son producidos en el cuerpo de las mujeres que los donan, he propuesto un recorrido por el proceso hormonal a partir del relato de sus experiencias con los tratamientos. Desde el cómo viven los tratamientos hormonales, pasando por sus percepciones y temores. La finalidad era mostrar a través de la experiencia, cómo los óvulos son producidos, extraídos y puestos en circulación en el contexto reproductivo global.

Al respecto, una de las primeras conclusiones que se pueden extraer de los relatos es la complejidad de la vivencia de los tratamientos. Presentados en las webs y en la clínica como un proceso sencillo de realizar, en la práctica, el proceso de estimulación hormonal se vuelve más complejo no sólo por la aversión a las agujas -expresada por algunas de las mujeres entrevistadas- sino sobre todo, por los cambios experimentados en el cuerpo a medida que avanzaban los tratamientos. Una de las quejas más recurrentes fue el dolor abdominal y cómo la sensación de hinchazón impedía o dificultaba mantener la rutina. En algunas entrevistas, el uso de analogías como “barriga de embarazada” eran frecuentes y funcionaban como un medio para ejemplificar el nivel de transformación, pero también de malestar experimentado en sus cuerpos. Este tipo de percepciones se agudizaban en donaciones múltiples y aún más en aquellos casos en los que el tiempo de descanso de los tratamientos era menor. La reflexión final de algunas entrevistadas es que donar óvulos constituye un esfuerzo. Ello recuerda al análisis de Thompson (2005) y de Walbdy & Cooper (2008; 2010; 2014; Waldby, 2019) cuando señalaron que la tecnología reproductiva requiere de lógicas de producción industrial que en el contexto de la reproducción asistida, serán los cuerpos jóvenes -femeninos- los que reproducen cosas -los óvulos- que generan ganancias. En el camino, las sustancias son alienadas de la carga simbólica en ellos implícita.

En las donantes, los significados dados a los óvulos adquirirían dos matices:

por un lado, la conciencia de la relevancia que tienen dentro de los tratamientos reproductivos así como la disociación producida durante el proceso de estimulación, maduración y extracción. Al inicio, los temores giraban en torno a la herencia genética -la posibilidad de encontrar un doble desconocido-. Sin embargo, este mismo temor se diluía en el tiempo tras múltiples visitas en la clínica. Mi hipótesis, al respecto, es que las analogías con sustancias de menor carga simbólica como el pelo expresadas desde la autoridad de un representante de la biomedicina, contribuía al proceso de desubstancialización que trivializa no sólo el acto de donar, sino también la sustancia donada, de modo que se facilite la ruptura de un posible vínculo entre el donante y su don.

Sin embargo, conforme avanzaban los tratamientos, las preocupaciones se trasladarán hacia su extracción y a que el proceso acabe lo antes posible, recuperar el control de su sexualidad y que el acto de donar no conlleve, a largo plazo, una infertilidad sobrevenida. En el devenir de los tratamientos, las donantes descubrían las dificultades de los ciclos hormonales, veían la compensación -tratada en el capítulo 5- como algo necesario para equilibrar el esfuerzo que implicaba la donación. Estos aspectos son los que considero que situarían a los óvulos en la base sobre la que se reconstruyen proyectos de continuidad familiar, a la vez que remarca su valor como sustancia o bien escaso.

A propósito de la producción de óvulos, uno de los elementos que se pueden extraer de esta investigación, son sus proporciones. En la línea de lo expresado por Waldby & Cooper (2008; 2010; 2014; Waldby, 2019), la tecnología reproductiva requiere la puesta en marcha de lógicas propias de explotación industrial: la producción elevada de unas células a partir del uso y la explotación de las capacidades reproductivas. Los cuerpos jóvenes femeninos, dadas sus capacidades reproductivas, producen en un corto período de tiempo un número de gametos que en algunos casos superan la treintena para luego ser congelados, fecundados y distribuidos a nivel global.

Por ello, y dado que forma parte de las explicaciones médicas, describí en qué consiste el síndrome de hiperestimulación ovárica, su grado de incidencia según los datos proporcionados por la SEF y también por la clínica durante la etnografía, todo ello, puesto en relación con las vivencias narradas de las donantes.



Me sorprendió el número de mujeres que afirmaron haber sufrido algún grado de hiperestimulación ovárica, especialmente en aquellas que habían donado en varias ocasiones para las que la experiencia de la hiperestimulación fue más recurrente. No obstante, este mismo hecho apenas estaba presente en las interacciones con el personal clínico y el informe de la SEF afirma que con las innovaciones en los medicamentos, el riesgo es prácticamente inexistente. En apariencia, las diferencias entre lo expresado por los diferentes actores parece una contradicción: ¿a qué se deben las contradicciones entre lo expresado por las donantes y lo expresado en la clínica y aún más, en las webs de centros especializados además de la SEF?

Partiendo de las descripciones de síntomas y niveles de gravedad de la SHO, es probable que las diferencias entre las percepciones de las donantes y el personal clínico se deban a diferencias de gradación. Es decir, niveles de gravedad baja o media -cuyos síntomas sí coinciden con los expresados por algunas donantes- producidos hacia el final del ciclo de estimulación, pero que no son contabilizados porque no implican la suspensión del tratamiento y la punción. Sólo aquellos casos graves surgidos al inicio de la estimulación fueron anulados, pero además, como en los datos proporcionados por la clínica acerca de los tratamientos, no se especificaba la causa, se vuelve difícil explicar el porqué de las interrupciones. No obstante, he de señalar que el porcentaje de cancelaciones totales asciende a un 5%: una cifra cercana a la observada en estudios enfocados en el impacto de los tratamientos en el cuerpo de las donantes (Sauer, 2001; Kramer et. al. 2009; Brodi et. al. 2008; Söderstrom-Antilla, 2016). Sin embargo, la limitación del porcentaje extraído de la base de datos reside en la falta de información sobre el motivo de la cancelación. Un error semejante sólo puede explicarse a partir de los ejes de prioridades subyacentes a la aplicación de los tratamientos: aumentar su productividad vs medir su impacto a largo plazo. Ambas premisas obedecen a lógicas distintas que se traducen en líneas de investigación claramente diferenciadas. Por esta razón, considero que el trabajo cualitativo y la investigación longitudinal podrían aportar más información acerca de la vivencia y efectos de los tratamientos.

## REFLEXIONES FINALES

El objetivo central de esta investigación ha sido el análisis de las narrativas de las mujeres que donan sus óvulos en las clínicas de reproducción asistida en Barcelona. A partir de sus narrativas, exploro los modos en el que mercado reproductivo dan forma a sus experiencias. A lo largo de esta disertación he pretendido visualizar sus reflexiones, motivaciones, vivencias y temores en torno al acto de donar, así como el rol que adquieren las sustancias y los cuerpos reproductivos al interior de la biotecnología.

Mi investigación giró en torno a estas preguntas centrales: 1) ¿Quiénes son las donantes de óvulos? ¿Cuáles son los criterios de admisión y de exclusión? La respuesta a esta pregunta es múltiple y, como expongo en el capítulo 4, se articulará en torno políticas sanitarias que, reinterpretados por el personal clínico, adquiere connotaciones que trascienden parámetros médicos.

Una segunda interrogante es: 2) ¿cómo construyen sus narrativas en torno a la experiencia de la donación? Esta pregunta engloba una serie de aspectos observados durante la etnografía en el contexto de la ovodonación: por una parte, la conceptualización de la práctica como un don por parte de las clínicas, que conduce la reflexión hacia los modos en que se construye socialmente el discurso de la ovodonación. Por otra, también a preguntarnos ¿qué motiva a estas mujeres a donar sus óvulos? ¿Y qué papel cumplen los distintos agentes implícitos en los tratamientos reproductivos en la conformación de un discurso en torno a los óvulos y a las mujeres que los donan?

La donación de óvulos requiere de una serie de intervenciones sobre el cuerpo que incluye la estimulación hormonal sistemática para concluir en una intervención quirúrgica ambulatoria. Tomando como referencia la complejidad de estos tratamientos, la tercera pregunta central es 3) ¿cómo afrontan la experiencia corporal de los tratamientos hormonales? Y en cuanto a las células reproductivas, ¿cómo son producidas, redefinidas y clasificadas?

Para llevar a cabo esta investigación, realicé un trabajo de campo de dos años -2015-2017- en una clínica privada de reproducción asistida en Barcelona

donde mi rol como investigadora se centraba en presenciar entrevistas efectuadas por el personal clínico a donantes y receptoras, asistir a charlas informativas organizadas por médicos y personal sanitario, revisar cuestionarios aplicados a las posibles donantes de óvulos, realizar entrevistas en solitario a donantes y posibles donantes y, finalmente, colaborar en la sistematización de información cualitativa y cuantitativa en la base de datos de la clínica. De allí provienen los datos sociodemográficos expuestos en los capítulos 4 y 5 que permiten establecer un perfil de donantes observado en la clínica durante un período de seis meses así como la información relativa a los tratamientos explicada a partir de tablas estadísticas en el capítulo cinco. La etnografía basada en la observación, junto a la entrevista en profundidad, cualitativa y sistemática, constituyeron la otra base metodológica a partir de la cual desarrollé esta investigación.

A modo de reflexión general, la estratificación de los procesos reproductivos está presente en la reflexión sobre la comercialización de las capacidades reproductivas de las donantes de óvulos (Speier, 2016; Deomampo, 2016; Whittaker & Spier, 2010). Al analizar los procesos de admisión y exclusión, expuse cómo estos están determinados por la intersección de raza y clase social. Este tipo de afirmaciones derivan de la constatación de conceptualizaciones jerárquicas de donantes de óvulos, efectuadas a partir del nivel educativo, las características físicas definidas en términos raciales, la nacionalidad y el atractivo físico percibido.

En España, la selección de donantes, así como el proceso de emparejar a donantes y receptoras es realizado por la clínica que decide a partir de interpretaciones subjetivas expresadas en términos de 'raza' y fenotipo, conjugados con los deseos y aspiraciones de las parejas receptoras. Como señalé en las conclusiones del capítulo 4, a partir de las explicaciones epigenéticas -centradas en la capacidad de la gestante en influir sobre la genética del óvulo donado a partir del alimento compartido-, de la confianza depositada en la gestión de los médicos, de la percepción del país y su gente, las receptoras moldean al descendiente. Esto es evidente, por ejemplo, en los comentarios y preocupaciones sobre el origen social, las características físicas y la personalidad de las donantes. A las preocupaciones en torno al fenotipo, se añade el perfil psicológico y, por ende, las pruebas realizadas a las donantes, su nivel educativo y sus motivaciones para

donar. Las inquietudes sobre esto derivaban de las dudas que planteaba su heredabilidad genética y surgían como parte de la resistencia a aceptar la ovodonación como única opción para la reproducción. El énfasis en la epigenética como elemento central para favorecer una mayor aceptación social de la ovodonación, así como la generación de vínculos de parentesco sobre la base de sustancias compartidas. Pero, en la línea planteada por Finkler (2010) y Wade (2012), considero que las adaptaciones de las premisas de la epigenética y el fenotipo podrían significar una posible reemergencia del determinismo biológico. Thompson (2006), Parry (2015), Rose (2007) y Franklin (2001) coincidirán en que los mercados globales de gametos adquieren legitimidad a partir de la *raza* y la *etnia* como categorías que refuerzan el imaginario social de conservar una supuesta *pureza nacional* (Wade, 2012; 2009; 2007).

El valor diferenciado de los cuerpos y sus células reproductivas se observa también en el tipo de llamado efectuado a través de la publicidad. Desde el modo en que aparecen situadas en la publicidad, hasta los gestos, el tipo de vestimenta y el mensaje, los cambios observados en los perfiles de donantes son producto de las transformaciones en la percepción en torno a los cuerpos y al género presentes en la industria de la moda, el cine y la publicidad actual. A la vez que podrían estar ligados a una mayor amplitud en el perfil de las receptoras. No obstante, propongo pensar los afiches publicitarios de donantes de óvulos con relación a las fotografías de los hijos/as concebidos/as con gametos donados -predominantemente blancos, con ojos azules y cabello rubio. En mi opinión, ambos grupos de recursos publicitarios tienen algo en común: son imágenes evocadoras de lo que desde la clínica -que reinterpreta lo que considera son exigencias sociales- se asume como el modelo de unidad familiar deseada, pero producida a través de los tratamientos reproductivos. Por lo que propongo pensar estas imágenes como *fantasías reproductivas* en tanto no sólo contribuyen a definir rutas de viaje sino también a reforzar determinados modelos de familia que se consideran no sólo admisibles, sino deseables.

La pregunta ¿quiénes son las donantes? desde una perspectiva antropológica, conlleva la reflexión sobre cómo construyen su experiencia y sus motivaciones para participar en el sistema de ovodonación. El uso constante -tanto

en la publicidad como en la legislación- de términos como “altruismo”, “generosidad” y “donación” como conceptos que definen la práctica. Sin embargo, la dificultad de repensar el “don” en el XXI reside en la incorporación de políticas neoliberales en la producción de conocimiento, en el ámbito sanitario, educativo y social en general. Por ello, en un contexto semejante, preguntaba cómo pensar la donación de óvulos.

En las narraciones de las donantes, se yuxtaponen factores económicos con su esfera doméstica, evidentes a través de comentarios relativos a la economía familiar; la precariedad laboral que genera deudas -y que facilita el interés por el dinero ofrecido en las clínicas-. Estas reflexiones son intercaladas con la comprensión de que los óvulos son la sustancia fundamental que permite el acceso a la maternidad.

Por otra parte, la conciencia de que el énfasis en el altruismo tiene una mayor aceptación social, generaba una posición particular de las mujeres durante sus primeras interacciones en la clínica, y en las que subrayaban el altruismo y la generosidad como principales motivaciones. Esta interpretación de las donantes sobre lo que constituiría un hábitus (Bourdieu, 2007) que convierte relaciones interesadas en relaciones de reciprocidad, está también presente en el lenguaje de las clínicas cuando remarcan que se trata de un gesto solidario que permite la felicidad de las familias a través de la generación de una nueva vida. Debido a que la generosidad constituiría un hábitus que aumenta el capital simbólico (Bourdieu, 2007), apelar a ella a través de la publicidad, facilita la aceptación social del uso de gametos donados, a la que vez que legitima un discurso particular sobre la ciencia, los cuerpos, el género, el parentesco, la sexualidad, la genética y la biología.

Con respecto a los tratamientos hormonales, una de las primeras observaciones es la complejidad de los ciclos de estimulación hormonal. Expuestos en las páginas webs de las clínicas reproductivas como un proceso sencillo de realizar, en la práctica las donantes se refieren a él como un proceso complejo, molesto, doloroso y que en ocasiones puede llegar a ser problemático. Sin embargo, a partir del uso de analogías entre donar óvulos y la experiencia del embarazo, las donantes explicaban los cambios físicos de sus cuerpos a medida que avanzaban los tratamientos. Éstos eran asumidos como resultado del aumento sustancial en la producción de folículos para la extracción de óvulos maduros que,

en promedio, podía ascender entre 15 a 25 por donante -y que en algunos casos llegó a superar la treintena-. Por ello, coincidían en que donar óvulos constituye un esfuerzo en sí mismo porque implica un cambio de las rutinas sociales y sexuales. No sólo durante el tiempo que dure la estimulación hormonal, sino incluso un mes después, por lo que la percepción final es que el dinero obtenido apenas compensa las molestias generadas.

Reflexiones semejantes recuerdan a la propuesta analítica de Thompson (2005) y de Waldbly & Cooper (2008; 2010; 2014; Waldbly, 2019) cuando subrayan las lógicas de producción industrial inherentes al uso de tecnología reproductiva. En este contexto, son los cuerpos de mujeres jóvenes los que reproducen cosas - óvulos- para la generación de ganancias. Esto es lo que constituye el modelo biomédico de reproducción (Cooper & Waldbly, 2014; Waldbly & Cooper, 2008; Thompson, 2005) que deriva en un control del cuerpo (Waldbly & Cooper, 2010; Sarah Franklin 2006; 2013; Waldbly 2019; Waldbly & Cooper 2014). En el camino, las sustancias son alienadas de la carga simbólica en ellas presente. Un ejemplo de ello son las analogías entre donar óvulos y donar pelo efectuadas durante las primeras entrevistas entre las donantes y el personal de la clínica. Desde mi perspectiva, asociaciones semejantes expresadas desde la autoridad de representantes de la biomedicina, son una forma de restar complejidad al proceso que a la vez, contribuye a la dessubstancialización de los óvulos donados. Se trivializa tanto el acto como la sustancia, favoreciendo la ruptura de un posible vínculo entre donantes y la cosa dada. Al negarles el simbolismo en ellos implícito, se convierten en materia -o cosa- susceptible de ser manipulado, transformado y neutralizado.

## REFERENCIAS

- Aarden, E. (2017). Making Value(s). Through Social Contracts for Biomedical Population Research (p. 161-186) En Vincenzo Pavone & Joanna Goven (eds). *Bioeconomies. Life, Technology, and Capital in the 21st Century*. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan.
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford: Stanford University Press.
- Agamben, G. (2005). *State of Exception*. Chicago-Londres: The University of Chicago Press.
- Alkorta Idiakez, I. (2015). La regulación de la reproducción asistida: evolución y tendencias actuales en el mundo. En E. Farnós Amorós, & P. Benavente Moreda, *Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual* (p. 67-84). Madrid: Ministerio de Justicia.
- Almelling, R. (2009). Gender and the value of bodily goods: commodification in egg and sperm donation. *Law & Contemporary Problems*, 72(37), 37-58.
- Almelling, R. (2015). Reproduction. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 423-442.
- Almelling, R. (2007). Selling genes, selling gender: egg agencies, sperm banks, and the medical market in genetic material. *American Sociological Review*, 72(3), 319-340.
- Almeling, R. (2011). *Sex cells: the medical market for eggs and sperm*. Berkeley-California: University of California Press.
- Alvarez, B. (2018). La gobernanza de la(s) bioeconomía(s): un proyecto político. *Revista de Antropología Social*, 27(2), 391-396.
- Alvarez-Mora, B. (2017). *Las (Ir)racionalidades de la maternidad en España: Influencias del mercado laboral y las relaciones de género en las decisiones reproductivas*. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

- Álvarez-Plaza, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Jaén: Alcalá Grupo Editorial.
- Álvarez-Plaza, C. (2008a). La materia humana en un alambique: nuevos modos de engendrar y la asimetría de la donación de semen y óvulos. En A. Piella, & H. Valenzuela, *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural* (p. 65-81). San Sebastián: Ankulegi.
- Álvarez-Plaza, C. & Pichardo-Galán, J. (2018). La construcción del "buen donante" de semen: selección, elección, anonimato y trazabilidad. *Papeles del CEIC*, 2, 1-25.
- Álvarez-Plaza, C., & Pichardo-Galán, J. (2020). Semen: el oro blanco de los circuitos reproductivos En Ana María Rivas & Consuelo Álvarez. *Etnografía de los Mercados Reproductivos: Actores, Instituciones y Legislaciones*, 157-205. Valencia: Tirant Lo Blanch
- Appadurai, A. (1991[1986]). Introducción: Las mercancías y la política del valor. En *La vida social de las cosas*, (p. 17-87). México D.F: Grijalbo.
- Ariza, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*, 12(3), 361-382.
- Atwood, M. (1985). *The Handmaid's Tale*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Aviles Alepuz, B. & Ramón Fernández, F. (2019). La Donación de Óvulos en la Reproducción Asistida: Riesgos y Responsabilidad. *Ius et Scientia*, 5(2), 11-54.
- Bader, E. (julio 23 del 2013). Book Review Miriam Zoll: 'Cracked Open: Liberty, Fertility, and the Pursuit of High-Tech Babies. *Rewire News*. In: <https://rewire.news/article/2013/07/23/book-review-cracked-open-liberty-fertility-and-the-pursuit-of-high-tech-babies/>.
- Balbo, N., Billari, F. & Mills, M. (2013). Fertility in Advanced Societies: A Review of Research. *European Journal of Population*, 29(1), 1-38.



- Balibar, E. & Wallerstein, I. (1998). *Raza, Nación, Clase. Las identidades Ambiguas*. Madrid: Iepala.
- Bandelj, N. (2020). Relational work in the Economy. *Annual Review of Sociology*, 46, 251-272.
- Barbosa-Pérez, E., Gómez-Rodríguez, D. & Leuro-Gallego, J. (2017). Ecología y bioeconomía. El diálogo de saberes. *Clío América*, 11(21), 108-119.
- Barranquero, M., Rogel Cayetano, S. & Salvador, Z. (29 de septiembre de 2020). Riesgos y consecuencias de la donación de óvulos en donantes. *Reproducción Asistida ORG*. Recuperado el 5 de Enero de 2021. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/riesgos-donacion-ovulos/>
- Barranquero-Gómez, M., Recuerda-Tomás, P., Reus, R. & Gómez de Segura, R. (26 de noviembre de 2020). *La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio?* Recuperado el 5 de Enero de 2021. Reproducción Asistida ORG Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/>
- Bataille, G. (1987). *La parte maldita*. Barcelona: Icaria.
- BBC Mundo (29 de octubre de 2011). *El control demográfico, ¿una herramienta de los ricos?* Recuperado el 20 de febrero de 2020, de BBC Mundo: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/10/111028\\_control\\_demografico](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/10/111028_control_demografico)
- BBC. (11 de septiembre de 2019). *"El Cuento de la Criada": ¿es posible un futuro de infertilidad global como el de la popular serie?* Recuperado el 20 de abril de 2020, de BBC Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49653651>
- BBC-News. (16 de mayo de 2020). Coronavirus. Los bebés nacidos por gestación subrogada varados en un hotel en Ucrania. *BBC Mundo*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52679424>
- Beaudevin, C. & Pordié, L. (2016). Diversion and Globalization in Biomedical Technologies. *Medical Anthropology*, 35(1), pp. 1-4.

- Beauvoir, S. (2018[1949]). *El Segundo Sexo*. (U. d. València, Ed.) Madrid: Cátedra.
- Bergmann, S. (2011). Reproductive agency and projects: Germans searching for egg donation in Spain and the Czech Republic. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(5), 600-608.
- Bestard, J. (2002). *Identidades, relaciones y contextos*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bestard, J. (2003). *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones* (Vol. 9). Edicions Universitat Barcelona.
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social*, 18, 83-95.
- Bestard, J. (2004). *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bestard, J., & Marre, D. (2004). El cuerpo familiar: personas, cuerpos y semejanzas. En D. Marre, & J. Bestard, *La adopción y el acogimiento: presente y perspectivas* (p. 293-312). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bestard, J., & Orobitg, G. (2009). Le paradoxe du don anonyme. En E. Porqueres i Gené, *Défis contemporains de la parenté* (p. 277-295). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Bharadwaj, A. (2008). Biosociality to bio-crossings: encounters with assisted conception and embryonic stem cells in India. En S. Gibbon, & C. Novas, *Genetics, Biosociality and the Social Sciences: Making Biologies and Identities* (p. 98-116). London: Routledge.
- Bhardwaj, R. (2020). Reinterpreting epistemologies: an exploratory study of the ova donation websites in Delhi. *Social Theory Health*, 1-20. doi:<https://doi-org.are.uab.cat/10.1057/s41285-020-00138-w>

- Birch, K., & Tyfield, D. (2013). Theorizing the Bioeconomy: Biovalue, Biocapital, Bioeconomics or... What? *Science, Technology & Human Values*, 38(3), 299-327.
- Block, F. (2012). Relational Work in Market Economies: Introduction. *Politics & Society*, 40(2), 135-144.
- Böcher, M., Töller, A., Perbandt, D., Beer, K., & Vogelpohl, T. (2020). Research trends: Bioeconomy politics and governance. *Forest Policy and Economics*, 118, 1-6.
- Bodri, D., Guillén, J. J., Polo, A., Trullenque, M., Esteve, C., & Coll, O. (2008). Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. *Reproductive biomedicine online*, 17(2), 237-243.
- BOE. (2017). *Real Decreto-ley 9/2017*. Madrid: Jefatura del Estado.
- Bohannan, P. (1959). The impact of money on an African subsistence economy. *The Journal of Economic History*, 19(4), 491-503.
- Bourdieu, P. (2007[1980]). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Bourdieu, P. (1997[1994]). *Razones Prácticas sobre la teoría de la acción*. (T. Kauf, Trad.). Barcelona: Anagrama.
- Brody, J. (octubre 24 del 2016). La engañosa promesa de la fecundación 'in vitro' para mujeres de más de 40 años. *The New York Times*. (Consultado el 20 de noviembre de 2018). Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2016/10/24/la-enganosa-promesa-de-la-fecundacion-in-vitro-para-mujeres-de-mas-de-40-anos/>
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y Causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227-248.
- Campbell, B. (2007). Racialization, Genes and the Reinvention of Nation in Europe. En P. Wade, *Race, Ethnicity and Nation: Perspectives from Kinship and Genetics* (p. 95-124). New York: Berghahn Books.

- Canals, R. (2012). ¿Más allá del dualismo? Reflexiones sobre la noción de "cuerpo" en el culto a María Lionza (Venezuela). *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, (1), 241-266.
- Carol, M. (13 de Julio de 1984). *Victoria Ana, el primer 'bebé probeta' español, nació anoche en Barcelona, una semana antes de lo previsto*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de *El País*:  
[https://elpais.com/diario/1984/07/13/sociedad/458517603\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1984/07/13/sociedad/458517603_850215.html)
- Carrasco, A., Cañete, P., Gisbert, A., & Reyes, B. (2015). Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 16(4), 379-384.
- Carrasco, C. (2017). La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz*, 91(1), 52-77.
- Castillo, E. (2013). Análisis antropológico de la preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. En C. López, D. Marre, & J. Bestard, *Maternidades, Procreación y Crianza en Transformación* (p. 39-56). Barcelona: Bellaterra.
- Castillo, J., Ferrer, R., Ferrero, E., Moreno, X., Gijón, L., & Dolz, M. (2010). Grado de satisfacción en las donantes de ovocitos con un nuevo protocolo. *Fertilidad*, 27(5), 389-395.
- Castro, T., Martín, T., Cordero, J., & Seiz, M. (2018). El desafío de la Baja fecundidad en España. En A. Blanco, A. Chueca, A. López-Ruiz, & S. Mora, *Informe España 2018* (p. 165-223). Madrid: Cátedra.
- Charlie. (20 de diciembre de 2015). Así fue mi experiencia como donante de óvulos. *Tendencias*. Recuperado el 10 de Febrero de 2016. Obtenido de:  
<https://www.tendencias.com/salud/asi-fue-mi-experiencia-como-donante-de-ovulos>
- CLOSINGAP (agosto 4/ 2020) La pandemia agudiza el paro femenino y aumenta la brecha de género. Recuperado el 10 de Enero de 2021. En:  
<https://closingap.com/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-pandemia-agudiza-el-paro-femenino-y-aumenta-la-brecha-de-genero/>

- Cohen, L. (2005). Operability, Bioavailability, and Exception. En A. Ong, & S. Collier, *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (p. 79-90). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Colen, S. (1995). 'Like a Mother to Them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. In F.D. Ginsburg & R. Rapp, eds. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (p. 78-102). Berkeley, CA: University of California Press.
- Colen, S. (1986). With respect and feelings- Voices of West Indian child care and domestic workers in New York City. In J. B. Cole (ed.), *All American women- Lines that divide, ties that bind* (p. 36-70). New York- Free Press.
- Comas D'Argemir (2016) Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10-22
- Comas D'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Dossier* (20), 167-182.
- Confuso, J. (12 de julio de 2015). Antonio Orozco: Tocar para embriones ha sido una experiencia casi extraterrestre. *El País*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de noviembre de 2015. Obtenido de [https://elpais.com/elpais/2015/07/12/tentaciones/1436706846\\_052290.html](https://elpais.com/elpais/2015/07/12/tentaciones/1436706846_052290.html).
- Cooper, M. (2008). *Life as Surplus: Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. Seattle: University of Washington Press.
- Cooper, M., & Culyer, A. (1968). The price of blood: an economic study of the charitable and commercial principle. *Institute of Economic Affairs*, 41, 1-5.
- Cooper, M., & Waldby, C. (2014). *Clinical Labor: Tissue donors and Research Subjects in the Global Bioeconomy*. London: Duke University Press.
- Cortada i Echauz, J. (2014). *Práctica avanzada de enfermería en el control de la estimulación ovárica en comparación con el control médico*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020. Obtenido de <https://ddd.uab.cat/record/117051>

- Cotelette, P. (2012). Marcel Mauss, Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *Lectures*, 1-5, Recuperado el 20 de Febrero de 2020. Obtenido en:: <https://journals.openedition.org/lectures/9657>
- Crawshaw, M. (2018). Direct-to-consumer DNA testing: the fallout for individuals and their families unexpectedly learning of their donor conception origins. *Human Fertility*, 21(4), 225-228.
- Crawshaw, M., Adams, D., Allan, S., Blyth, E., Bourne, K., Brügge, C., . . . Hammarberg, K. e. (2017). Disclosure and donor-conceived children. *Human Reproduction*, 32(7), 1534-1535.
- Crespo, E. (2015). *Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y postparto tras someterse a técnicas de reproducción asistida*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Crouch, D., Jackson, R., & Thompson, F. (Eds.). (2005). *The media and the tourist imagination: Converging cultures*. London-New York: Routledge.
- Cuaron, A. (2006). *Children of Men* [Película].
- Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton W. & Pacey A. A. (2011). Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Human Reproduction*, 26(9), 2373-2381. doi:10.1093/humrep/der191.
- Dalla Costa, M. (1977). *Las mujeres y la subversión de la comunidad*. Mexico: Siglo XXI.
- Daniels, C., & Heidt-Forsythe, E. (2012). Gendered Eugenics and the Problematic of Free Market Reproductive Technologies: Sperm and Egg Donation in the United States. *Journal of Women in Culture and Society*, 37(3), 719-745.
- Daniels, K., Kramer, W., & Perez-y-Perez, M. (2012). Semen donors who are open to contact with their offspring: issues and implications for them and for their families. *Reproductive Biomedicine Online*, 25, 670-677.
- Davis, A. (2005). *Mujeres, Raza y Clase*. Madrid: Akal.

- De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., . . . ESHRE. (2018). ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 33(9) 1586-1601.
- Degli Espositi, S., & Pavone, V. (2019). Oocyte provision as a (quasi) social market: Insights from Spain. *Social Science & Medicine*, 235, 112402.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paris: Editions de Minuit
- Delgado Echeverría, I. (2007). *El Descubrimiento de los cromosomas sexuales: un hito en la historia de la biología*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Deomampo, D. (2019). Racialized Commodities: Race and Value in Human Egg Donation. *Medical Anthropology*, 38(7), 620-633.
- Deomampo, D. (2016). Race, Nation, and the Production of Intimacy: Transnational Ova Donation in India. *Positions*, 24(1), 303-330.
- Deomampo, D. (2016). *Transnational Reproduction. Race, Kinship, and Commercial Surrogacy in India*. New York: New York University Press.
- Desy A & Marre D (forthcoming 2021) Reproductive exclusion: French women and couples undergoing cross-border reproductive care in Barcelona. In: Guerzoni S & Mattalucci C (eds.) *Body Politics and Reproductive Governances: "Flesh", Technologies and Knowledge*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing.
- Deutscher, P. (2010). Reproductive Politics, Biopolitics and Auto-Immunity: From Foucault to Esposito. *Journal of Bioethical Inquiry*, (7), 217-226.
- Dexus Mujer (20 de julio de 2019). Fecundación in vitro con ovocitos donados. *Dexus.com*. Recuperado el 20 de Octubre de 2020. Obtenido de: <https://www.dexus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/medicina-de-la-reproduccion/fecundacion-in-vitro-con-ovocitos-donados>

- Downie, J., & Baylis, F. (2013). Transnational trade in human eggs: law, policy, and (in) action in Canada. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), 224-239.
- EFE. (14 de julio de 2019). ¿El anonimato de los donantes de óvulos y espermatozoides llega a su fin? *20 Minutos*, p. 1-2.
- El Mundo (15 de julio de 2020). La población de España e Italia podría reducirse en un 50% en 2100. *El Mundo*, p. 1-2.
- Ellison, B., & Meliker, J. (2011). Assessing the Risk of Ovarian Hyperstimulation Syndrome in Egg Donation: Implications for Human Embryonic Stem Cell Research. *The American Journal of Bioethics*, 11(9), 22-30.
- ESHRE. (2005). Capri Workshop. Group Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 11, 261-276.
- Eugin. (10 de enero de 2019). *Eugin.es*. Recuperado el 20 de abril de 2020, de Eugin.es: <https://www.eugin.es/precios/>
- Eurostat. (12 de marzo de 2019). *Over 5 million birth in EU in 2017*. Recuperado el 10 de septiembre de 2019, de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9648811/3-12032019-AP-EN.pdf/412879ef-3993-44f5-8276-38b482c766d8>
- Eurostat. (2019). *People in EU. Population Projections*. Recuperado el 10 de September de 2019, de Eurostat: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People\\_in\\_the\\_EU\\_-\\_population\\_projections](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_population_projections)
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44-60.
- Feeney, J. (3 de febrero de 2009). Hay que hablar de la superpoblación. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de BBC Mundo: [http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid\\_7866000/7866283.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7866000/7866283.stm)
- Fernández, M. (8 de julio de 2017). Más demanda de óvulos que donantes. *El País*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de noviembre de 2017: [https://elpais.com/politica/2017/07/05/actualidad/1499271600\\_927293.html](https://elpais.com/politica/2017/07/05/actualidad/1499271600_927293.html)



- Ferrante, C. (2008). De Mauss a Lévi-Strauss. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(2), 49-61.
- Fertility, P. (26 de julio de 2017). Donación de óvulos. En qué consiste. *Phi Fertility.com*. Obtenido de: <https://phifertility.com/donacion-de-ovulos-en-que-consiste-por-que-donar/>
- Finkler, K. (2010). *Experiencing the New Genetics. Family and Kinship on the Medical Frontier*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Fitó, C. (2010). *Identidad, cuerpo y parentesco. Etnografía sobre la experiencia de la infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Foradori, A., & Lagos, M. (2003). La larga historia de una molécula: el ADN. *Revista chilena de pediatría*, 74(6), 565-567.
- Fortier, C. (2009). Quand la ressemblance fait la parenté. En E. Porqueres i Gené, *Défis contemporains de la parenté* (p. 251-272). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Foucault, M. (1977). Nacimiento de la Medicina Social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 3(11) 89-108.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (2007[1976]). Derecho de Muerte y Poder sobre la Vida. En M. Foucault, *Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber* (p. 161-194). Madrid, México, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2012[1953]). *El nacimiento de la clínica*. México DF: Siglo XXI.
- Franklin, S. (2006). Embryonic Economies: The Double Reproductive Value of Stem Cells. *BioSocieties*, 1, 71–90.
- Franklin, S. (2013). *Biological Relatives-IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*. Durham: Duke University Press.

- Franklin, S. 1995. Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction. In F.D. Ginsburg & R. Rapp, eds. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (p. 323-345). Berkeley, CA: University of California Press.
- Franklin, S., & Inhorn, M. C. (2016). Introduction (Symposium: IVF-Global Histories). *Reproductive BioMedicine and Society Online* 2, 1-7.
- Fuentes, V. (16 de junio de 2015). Las mujeres deberían recurrir a óvulos de donante a partir de los 44 años. *Agencia Sinc. La ciencia es noticia*, págs. 1-2.
- Gallardo-Román, C., Agirregoikoa, J., Barranquero-Gómez, M., Oviedo-Moreno, O., Reus, R., & Rogel-Cayetano, S. (2 de septiembre de 2020). *¿Qué es el método ROPA? -FIV con recepción de óvulos de la pareja. Reproducción Asistida ORG*. Recuperado el 10 de Enero de 2021. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/metodo-ropa/>
- Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. En M. Fontela, *Diccionario de Estudios de Género y Feminismos* (p. 1-8). Buenos Aires: Biblos.
- Gandini, E. (2016). *La Teoría Sueca del Amor* [Película].
- García Saiz, L. (2018). La congelación de óvulos en el ámbito laboral por causas sociales: nueva estrategia empresarial para controlar el cuerpo de la mujer. *Asparia*, 33, 45-59.
- Geertz, C. (2003[1973]). Juego Profundo: notas sobre la riña de gallos en Bali. En C. Geertz, *La interpretación de las Culturas* (p. 339-372). Barcelona: Gedisa.
- Gilman, L., & Nordqvist, P. (2018). Organizing Openness: How UK Policy Defines the Significance of Information and Information Sharing about Gamete Donation. *International Journal of Law, Policy and The Family*, 38, 316-333.
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

- Global Population (20 de enero de 2009). *Population Media Center. Acting for Change*. Recuperado el 10 de febrero de 2020, de Population Media. org: <https://www.populationmedia.org/about-us/>
- Godelier, M. (2000). Acerca de las cosas que se dan, de las cosas que se venden y de las que no hay que vender ni dar sino que hay que guardar. Una reevaluación crítica del Ensayo Sobre El Don De Marcel Mauss. *Hispania. Revista Española de Historia*, 60(204), 11-26.
- Goffman, E. (1959) La representación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrurtu.
- Golombok, S. (2017). Disclosure and donor-conceived children. *Human Reproduction*, 32(7), 1532-1533.
- Goven, J., & Pavonne, V. (2015). The Bioeconomy as Political Project: A Polanyian Analysis. *Science, Technology & Human Values*, 40(3), 302-337.
- Guber, R. (2001). *La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Guevara Pardo, G. (2004). ADN: historia de un éxito científico. *Revista colombiana de filosofía de la ciencia*, 3(11), 9-40.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hardt, M. and A. Negri (2000). *Empire*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Harper, J., Kennett, D., & Reisel, D. (2016). The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human Reproduction*, 31(6), 1135-1140.
- Haylett, J. (2012). One woman helping another: egg donation as a case of relational work. *Politics & Society*, 40(2), 223-247.
- Health, M. O. (2017). *Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40/2004*. Roma: Italian Ministry of Health.

- Henn, B., Hon, L., Macpherson, J., Eriksson, N., Saxonov, S., Pe'er, I., & Mountain, J. (2012). Cryptic distant relatives are common in both isolated and cosmopolitan genetic samples. *PLoS One*, 7(4), e34267.
- Héritier, F. (1996). *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- Hernández Núñez, J., Ledesma Martín-Pintado, F., & Navarro Gómez, H. (2003). Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH. Aproximación a la situación actual. *Medifam*, 13(2), 68-74.
- Hochschild, A. R. (1995). The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3), 331-346.
- Hochschild, Arlie Russell (2000). Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In Tony Giddens y Will Hutton (eds.): *On the Edge: Living with Global Capitalism* (p. 130– 146). Thousand Oaks: Sage.
- Hoeyer, Klaus y Anja Jensen (2011). Organ Donation and the Ethics of Muddling through. *Critical Care*, 15(1): 1, 109.
- Homanen, R. (2018). Reproducing whiteness and enacting kin in the Nordic context of transnational egg donation: Matching donors with cross-border traveller recipients in Finland. *Social Science & Medicine*, 203, 28-34.
- Howell, S. & Marre, D. (2006). To kin a transnationally adopted child in Norway and Spain: The achievement of resemblances and belonging. *Ethnos*, 71(3), 293-316.
- Howell, S., & Melhus, M. (2007). Race, Biology and Culture in Contemporary Norway: Identity and Belonging in Adoption, Donor Gametes and Immigration. In P. Wade, *Race, Ethnicity and Nation: Perspectives from Kinship and Genetics* (p. 53-72). New York: Berghahn Books.
- Imaz, M.E. (2007). Mujeres Gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. Universidad del País Vasco. *Tesis Doctoral*.

- Inhorn, M. (2015). *Cosmopolitan Conceptions: IVF Sejours in Global Dubai*. Durham: Duke University Press.
- Inhorn, M. (2009). Introduction. Defining Women's Health: A dozen messages from more than 150 ethnographies. En M. Inhorn, *Reproductive Disruptions: Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millenium* (págs. 1-34). Berghahn Books.
- Inhorn, M. (2011). Globalization and gametes: reproductive 'tourism', Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity. *Anthropology & Medicine*, 18(1), 87-103.
- Inhorn, M. C., & Birembaum-Carmeli, D. (2008). Assisted Reproductive Technologies and Cultural Change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177-196.
- Inhorn, M. C. & Patrizio, P. (2018). Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(7), 1277-1288. doi: 10.1007/s10815-018-1181-
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking Reproductive 'Tourism' as Reproductive 'Exile'. *Fertility and Sterility*, 92(3), 904-906.
- Inhorn, M. C., & Van Balen, F. (Eds.). (2002). *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Institut-Marquès. (30 de mayo de 2019). *Las pacientes que observan sus embriones tienen mejores tasas de embarazo*. Institut Marqués.com. Recuperado el 2 de Enero de 2021. Obtenido de: [https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2019/08/NdP\\_embryomobile\\_visualizaciones\\_ES.pdf](https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2019/08/NdP_embryomobile_visualizaciones_ES.pdf)
- Institut-Marquès. (12 de junio de 2018). *¿Qué música estimula más a tu bebé?* Institut Marques.com. Recuperado el 2 de Enero de 2021. Obtenido de: [https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/06/0608\\_NDP-Estilos-Musicales-v5-ES.pdf](https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/06/0608_NDP-Estilos-Musicales-v5-ES.pdf)

Instituto-Marquès (23 de mayo de 2018). *Sharon Corr y Alex Ubago celebran el premio Ig Nobel de Institut Marquès cantando a los embriones en el laboratorio*. Institut Marques.Com. Recuperado el 2 de Enero de 2021.

Obtenido de: [https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/05/InstitutMarqu%C3%A8s\\_Concierto-CorrUbagoES.pdf](https://institutomarques.com/wp-content/uploads/2018/05/InstitutMarqu%C3%A8s_Concierto-CorrUbagoES.pdf)

IVF, B. (15 de julio de 2019). Donación de óvulos en Barcelona. *Barcelonaivf.com*. Recuperado el 10 de Marzo de 2020. Obtenido de:

[https://barcelonaivf.com/es/tratamientos/reproduccion-asistida/donacion-ovulos?qclid=Cj0KCQiA8dH-BRD\\_ARIsAC24umae5HWE9S0tU3sBV3h-QsQ8nmlvAXGhCJqeeQ8e5mDImCBuuGyyA4saAtvkEALw\\_wcB](https://barcelonaivf.com/es/tratamientos/reproduccion-asistida/donacion-ovulos?qclid=Cj0KCQiA8dH-BRD_ARIsAC24umae5HWE9S0tU3sBV3h-QsQ8nmlvAXGhCJqeeQ8e5mDImCBuuGyyA4saAtvkEALw_wcB)

IVI. (10 de enero de 2019). *Iviv.es*. Recuperado el 20 de abril de 2020, de IVI.es:

<https://ivi.es/tratamientos-reproduccion-asistida/fiv-genetic/>

Izquierdo Trechera, E., Suárez, L., Dolz Arroyo, M., & Salvador, Z. (13 de noviembre de 2019). Medicamentos para la estimulación ovárica en IA y FIV. *Reproducción Asistida Org*. Recuperado el 20 de Marzo de 2020.

Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/medicamentos-utilizados-en-la-estimulacion-ovarica/#gonadotropinas>

Jacobson, H. (2016). *Labor of love: Gestational surrogacy and the work of making babies*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Jacobson, J., Zieve, D., & Conaway, B. (30 de junio de 2019). Síndrome de hiperestimulación ovárica. *Medlineplus.gov*. Recuperado el 20 de Agosto de 2020. Obtenido de:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007294.htm>

Jefatura de Estado (27 de mayo de 2006). *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de Boletín Oficial del Estado:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>

Jessop, B. 2008. 'A Cultural Political Economy of Competitiveness and its Implications for Higher Education. In B. Jessop, N. Fairclough, and R.

- Wodak, eds. *Education and the Knowledge Based Economy in Europe* (p. 13-41). Rotterdam, NL: Sense.
- Jociles-Rubio, M. (2020). "Supongo que si hubiera tenido pasta, no lo habría hecho": motivaciones para donar óvulos e ideología del altruismo. En A. Rivas-Rivas, & C. Álvarez-Plaza, eds. *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones* (p. 35-90). Barcelona: Tirant Le Blanch.
- Keehn, J., Howell, E., Sauer, M., & Klitzman, R. (2015). How agencies market egg donation on the internet: A qualitative Study. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(3), 610-618.
- Kenney, N. J., & McGowan, M. L. (2010). Looking back: egg donors' retrospective evaluations of their motivations, expectations, and experiences during their first donation cycle. *Fertility and sterility*, 93(2), 455-466.
- Kilpatrick, C. (20 de julio de 2019). Torsión Anexial. *Manual Merck*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020. Obtenido de: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-femenina/otras-alteraciones-ginecol%C3%B3gicas/torsi%C3%B3n-anexial>
- Kleinman, A. (1992). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Knoll, E. M. (2012). Reproducing Hungarians: Reflections on Fuzzy Boundaries in Reproductive Border Crossing. En M. Knecht, M. Klotz, & S. Beck, eds. *Reproductive Technologies as Global Form: Ethnographies of Knowledge, Practices and Transnational Encounters* (p. 255-282). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, H., Billari, F., & Ortega, J. (2002). The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe During the 1990s. *Population and Development Review*, 28 (4), 641-680.
- Kopitoff, I. (1991). La biografía cultural de las cosas: la mercantilización como proceso. En A. Appadurai, *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías* (p. 89-124). México: Grijalbo.

- Kramer, W., Scheneider, J., & Schultz, N. (2009). US oocyte donors: a retrospective study of medical and psychosocial issues. *Human Reproduction*, 24(12), 3144-3149.
- Kreyenfeld, M., & Konietzka, D. (2016). Analyzing Childlessness. En M. Kreyenfeld, & D. Konietzka, eds. *Childlessness in Europe: Context, Causes and Consequences* (p. 3-16). Cham, Switzerland: Springer Nature.
- Kupka, M. S., D'Hooghe, T., Ferraretti, A. P., de Mouzon, J., ... & Goossens, V. (2016). Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE. *Human reproduction*, 31(2), 233-248.
- La Vanguardia (23 de octubre de 2019). El Comité de Bioética estudia la posibilidad de levantar el anonimato de los donantes de óvulos y esperma en España. Recuperado el 30 de octubre de 2019. *La Vanguardia*. En: <https://www.lavanguardia.com/vida/20191023/471158859308/el-comite-de-bioetica-estudia-la-posibilidad-de-levantar-el-anonimato-de-los-donantes-de-ovulos-y-esperma-en-espana.html#:~:text=El%20Comit%C3%A9%20de%20Bio%C3%A9tica%20de,donaci%C3%B3n%20de%20gametos%20es%20an%C3%B3nima.>
- La Vanguardia (24 de noviembre de 2008). *El semen de los españoles, de poca calidad pero muy efectivo en los embarazos*. Recuperado el 20 de junio de 2016, de La Vanguardia.com: <https://www.lavanguardia.com/vida/20081124/53585462765/el-semen-de-los-espanoles-de-poca-calidad-pero-muy-efectivo-en-los-embarazos.html>
- La Vanguardia (9 de julio de 2015). Antonio Orozco da concierto en directo para embriones que están incubadoras. *La Vanguardia*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de agosto de 2015. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/20150709/54433813502/antonio-orozco-da-concierto-en-directo-para-embriones-que-estan-incubadoras.html>
- Lafuente, S. (2017). *Bioeconomías reproductivas: los óvulos en la biología pos fecundación in vitro*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/45518/1/T39400.pdf>



- Lafuente, S. (2017). Egg Donation in the Making: Gender, Selection and (In)Visibilities in the Spanish Bioeconomy of Reproduction. En V. Pavone, J. Goven, V. Pavone, & J. Goven (Edits.), *Bioeconomies. Life, Technology, and Capital in the 21st Century* (p. 253-278). Cham, Suiza: Springer.
- Lafuente, S. (2019). Shall we stop talking about egg donation? Transference of reproductive capacity in the Spanish Bioeconomy. *Biosocieties*, 15, 207-225.
- Lafuente, S., & Pérez-Orozco, A. (2020). On (global) care chains in times of crisis: egg donation and domestic work in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 354-376.
- Lainez, N. (2020). Relational work and careers of intimacy: Rethinking the cultural interpretation of the sex trade in Vietnam. *The Sociological Review*, 68(6), 1307-1321.
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A., Karlström, P., & Tyden, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21(2), 558-564.
- Leinaweaver, J. (2009). The Medicalization of Adoption in and from Perou. In D. Marre & L. Briggs, *International Adoption: Global Inequalities and the Circulation of Children* (p. 190-207. New York: New York University Press
- Lema Añón, C. (2015). Mujeres y reproducción asistida: ¿autonomía o sujeción? En E. Farnós Amorós, & P. Benavente Moreda, *Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual* (p. 205-238). Madrid: Ministerio de Justicia.
- Lidón, I. (8 de enero de 2018). La congelación de óvulos en la empresa llega a España: ¿Beneficio laboral o abuso? *El Mundo*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de marzo de 2019. Obtenido de <https://www.elmundo.es/papel/historias/2018/01/08/5a52647ee2704eda078b4621.html>

- Lie, M., Ravn, M. & Spilker, K. (2011). Reproductive Imaginations: Stories of Egg and Sperm. *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 19(4): 231–248.
- Lima, N., & Álvarez-Plaza, C. (2019). Ovodonación: Bioeconomías emergentes en contextos de inequidad. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. Buenos Aires-Argentina*, 30-35.
- López Alonso, E. (2019). ¿Qué propone cada partido? *El Periódico*, 1-2. Recuperado el 30 de abril de 2019. Obtenido de: <https://www.elperiodico.com/es/politica/20190427/que-propone-cada-partido-7427606>
- López Gálvez, J., & Moreno García, J. (2015). ¿"Industria de la fertilidad" o respuesta a la búsqueda del hijo biológico? En E. Farnós Amorós, & P. Benavente Moreda, *Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global actual* (p. 239-266). Madrid: Ministerio de Justicia.
- López, S. (3 de octubre de 2019). *Las posibles causas de la infertilidad masculina*. Recuperado el 25 de noviembre de 2019, de Saber Vivir Tve: [https://www.sabervivirtv.com/ginecologia/cuales-son-causas-infertilidad-masculina\\_1386](https://www.sabervivirtv.com/ginecologia/cuales-son-causas-infertilidad-masculina_1386)
- Luengo, I. (2017). *Biut. La Tercera*. Recuperado el 7 de noviembre de 2019, de <http://biut.latercera.com/maternidad/2017/03/nomo-mujeres-sin-hijos/>
- MacPherson, A. (25 de octubre de 2018). El 8% de los bebés nacen mediante fecundación in vitro. *La Vanguardia*, pág. 1. <https://www.lavanguardia.com/vida/20181025/452541257858/fecundacion-in-vitro-tratamiento-nacimientos-reproduccion-asistida.html#:~:text=En%20el%202016%20nacieron%2037.503,todo%20la%20fecundaci%C3%B3n%20in%20vitro.&text=El%208%25%20de%20los%20beb%C3%A9s%20nacidos%20en%20Espa%C3%B1a,generan%20actualmente%20en%20un%20laboratorio>.

- Mahon, R., and S. McBride. (2009). Standardizing and Disseminating Knowledge: The Role of the OECD in Global Governance. *European Political Science Review*, 1(1): 83-101.
- Malinowski, B. (1986). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Mandell, B.R. (2010). *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the United States*. New York: Palgrave Macmillan
- Marina, S., Marina, F., Expósito, R., Alcolea, R., Pérez, N., Bermejo, B., . . . Huguet, J. (2002). HIV y reproducción asistida. Reproducción Asistida en parejas seordiscordantes (hombre seropositivo) al VIH-1: experiencia de 118 niños nacidos sanos. *Ginecología y Obstetricia*, 3(3), 146-150.
- Marre, D. (2007). 'I want her to learn her language and maintain her culture': Transnational Adoptive Families' Views of 'Cultural Origins'. En P. Wade, *Race, Ethnicity and Nation: Perspectives from Kinship and Genetics* (p. 73-94). New York: Berghahn Books.
- Marre, D. (2009). Los silencios de la adopción en España. *Revista de Antropología Social*, 19, 97-126.
- Marre, D. & Bestard, J. (2009). The Family Body: Persons, Bodies and Ressemblance. En J. Edwards & C. Salazar (eds), *European Kinship in the Age of the Biotechnology* (p. 64-78). New York: Berghahn Books.
- Marre, D., San Román, B. & Guerra, D. (2018). On reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg Donation, Surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2), 158-173.
- Martínez-Moro, A., Alcaide Raya, A., Barrenetxea-Ziarrusta, G., Martín, J., Dolz-Arroyo, M., & Salvador, Z. (24 de julio de 2020). *¿Qué es el diagnóstico genético preimplantacional o DGP? Reproducción Asistida ORG*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/diagnostico-genetico-preimplantacional-dgp/>

- Martínez-Moro, A., Paraíso, B., & Barranquero-Gómez, M. (20 de Noviembre de 2020). *¿Qué es la FIV con óvulos vitrificados y cuáles son sus resultados?* Obtenido de Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/fiv-con-ovulos-congelados/>
- Matorrás, R. (2005). Reproductive Exile versus Reproductive Tourism, *Human Reproduction*, 20(12), 3571.
- Mauss, M. (1923). Essai sur le don forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année sociologique*, 1, 30-186.
- Maxwell, K., Cholst, I., & Rosenwaks, Z. (2008). The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertility and Sterility*, 90(6), 2165-2171.
- Mejía, C. (21 de junio de 2017). 10 razones por las que 'Wonder Woman' es la película que necesitábamos. *El País*, págs. 1-2. Recuperado el 30 de Julio de 2017. Obtenido de <https://smoda.elpais.com/moda/actualidad/impacto-wonder-woman-cine-espectadores/>
- Mendiola Olivares, J. (2005). Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 22(1), 15-22.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- Menéndez, E. (2005a). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Menéndez, E. (2009). Modelos, Saberes y Formas de atención a los padecimientos: de Exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En L. Citarella, & A. Zangari, *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (p. 83-119). La Paz: Prohisaba-Gente Común.
- Mestre, C. (20 de marzo de 2015). La Hormona hCG (Gonadotropina Coriónica Humana). *Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/hcg/>
- Miller, B. (Dirección). (2017). *The Handmaid's Tale* [Película].

- Mills, C. (2017). Biopolitics and Human Reproduction. En S. Prozorov, & S. Rentea, *The Routledge Handbook of Biopolitics* (págs. 281-294). London-New York: Routledge.
- Mills, M., Rindfuss, R., MacDonald, P., & Te Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17 (6), 848-860.
- Ministerio de Sanidad (1 de Octubre de 2020). *Los tratamientos de reproducción asistida en España aumentan un 28% en los últimos 3 años*. Obtenido de Ministerio de Sanidad del Gobierno de España:  
[https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5067#:~:text=Concretamente%2C%2037.094%20beb%C3%A9s%20nacieron%20gracias,Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica%20\(INE\).](https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5067#:~:text=Concretamente%2C%2037.094%20beb%C3%A9s%20nacieron%20gracias,Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica%20(INE).)
- Mirowski, P. 2011. *Science-mart: Privatizing American Science*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Molas Closas, A. (2016). *El parentiu, l'agència i el context socioeconòmic de les donants d'ovuls a Espanya*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Molas, A., & Bestard, J. (2017). En Espagne, le don d'ovules entre intérêt, solidarité et précarité. *Ethnologie Française*, 47(3), 491-498.
- Molas, A., & Perler, L. (2020). Selecting women, taming bodies? Body ontologies in egg donation practices in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 396-414.
- Molina, I., Cervera, R., Duque, C., Alfonso, J., & Romeu, A. (2004). Criopreservación de ovocitos humanos. Vitrificación vs Congelación. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 21(3), 177-189.
- Moll, T. (2019). Making a Match: Curating Race in South African Gamet Donation. *Medical Anthropology*, 38(7), 588-602.
- Morgan, L. (2019). Reproductive Governance, Redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113-117.

- Morgan, L. M., & Roberts, E. F. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & medicine*, 19(2), 241-254.
- Motluk, A. (2 de November de 2005). Anonymus sperm donor traced on internet. *New Scientist*, pág. 2524.
- Mouzon, J. de, Chambers, G. M., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., Banker, M, Dyer, S., Kupka, M. & Adamson, G. D. (2020). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: assisted reproductive technology 2012. *Human Reproduction*, 35(8), 1900-1913. doi: 10.1093/humrep/deaa090.
- Mucientes, E. (27 de Enero de 2017). Las 'NoMo', así son las mujeres que no quieren ser madres. *El Mundo* , págs. 1-2.
- Nahman, M. (2008). Nodes of Desire: Romanian Egg Sellers, 'Dignity' and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchange. *European Journal of Women's Studies*, 15(2), 65-82.
- Nahman, M. (2013). *Extractions. An ethnography of reproductive tourism*. London: Palgrave Mcmillan.
- Nahman, M. (2016). Reproductive Tourism: Through the Anthropological "Reproscape". *Annual Review of Anthropology*, 45, 417-432.
- Nahman, M. (2018). Migrant extractibility: Centring the voices of egg providers in cross-border reproduction. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 7, 82-90.
- Nahman, M. R. (2005). *Israeli extraction: An ethnographic study of egg donation and national imaginaries* (Doctoral dissertation, University of Lancaster).
- Nelson, S., Telfer, E., & Anderson, R. (2013). The ageing ovary and uterus: new biological insights. *Human Reproduction Update*, 19 (1), 67-83.
- Neri, M.; Turillazzi, E.; Pascale, N.; Riezzo, I.; Pomara, C. (2016). Egg production and donation; a new frontier in the global landscape of cross-border reproductive care: ethical concerns. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 17(4):316-320. doi: 10.2174/1389201017666160118103418

- Nishijima-Azeredo, Y., & Blima-Schraiber, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21.
- Nova, I. (3 de Enero de 2021). *El registro nacional de esperma y óvulos entra en "fase de implantación"*. Obtenido de Redacción Médica.com: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/el-registro-nacional-de-esperma-y-ovulos-entra-en-fase-de-implantacion--8935>
- Nuño Gómez, L. (2016). Una nueva cláusula del Contrato Sexual: el vientre de alquiler. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*(55), 683-700.
- Nygren, K., Adamson, D., Zegers-Hochschild, F., & de Mouzon, J. (2010). Cross-border fertility care-International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies global survey: 2006 data and estimates. *Fertility and Sterility*, 94(1), e4-e10.
- O'Riordan, K & Haran, J. (2009). From reproduction to research. Sourcing eggs, IVF and cloning in the UK. *Feminist Theory*, 10(2), pp. 191-210.
- Ochoa Marieta, C., Duque Royo, C., de Las Heras Martínez, M., & Reus, R. (6 de Febrero de 2020). Cultivo de embriones en el laboratorio de fecundación 'in vitro' (FIV). *Reproducción Asistida.Org*. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/cultivo-de-embriones/>
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). 2008. Issues Paper for the OECD Workshop on Knowledge Markets in the Life Sciences, October 16-17. Washington, DC: US National Academy of Sciences.
- Orobitg, G., Bestard, J., & Salazar, C. (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.
- Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En O. Harris, & K. Young, *Antropología y feminismo* (págs. 109-131). Barcelona: Anagrama.

- Ortner, S. (2006). Entonces, ¿es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura? *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana.*, 1 (1), 12-21.
- Oviedo, O. (2013). *¿Influye la madre gestante en la genética del bebé?*  
Recuperado el 20 de Enero de 2017, de serpadres.es:  
<https://www.serpadres.es/antes-del-embarazo/fertilidad/articulo/influye-la-madre-gestante-en-la-genetica-del-bebe-851521049382>
- Pande, A. (2010). At least I Am Not Sleeping with Anyone: Resisting the Stigma of Commercial Surrogacy in India. *Feminist Studies*, 36(2), 292-312.
- Parry, B. (2007) Cornering the Futures Market in 'Bio-epistemology'. *Biosocieties*, 2 (3): 386-89.
- Parry, B. (2015). Narrative of neoliberalism: 'clinical labour' in context. *Medical humanities*, 41, 38-49.
- Pasch, L., Benward, J., Scheib, J., & Woodward, J. (2017). Donor-conceived children: the view ahead. *Human Reproduction*, 32(7), 1533.
- Pavone, V. (2012). Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía. *CTS Revista Iberoamericana de Ciencia Tecnología y Sociedad*, 7, pp. 145–161.
- Pavone, V. (2017). Bio-identification, Value Creation and the Reproductive Bioeconomy: Insights from the Reprogenetics Sector in Spain, (pp. 126-159). En Vincenzo Pavone & Joanna Goven (eds). *Bioeconomies. Life, Technology, and Capital in the 21st Century*. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan.
- Pellicer, L. (23 de Septiembre de 2020). *Bruselas renuncia a las cuotas obligatorias y apuesta por más expulsiones de inmigrantes irregulares*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2020, de El País:  
<https://elpais.com/internacional/2020-09-23/bruselas-renuncia-a-las-cuotas-obligatorias-y-apuesta-por-mas-expulsiones-de-inmigrantes-irregulares.html>
- Pennings, G. (2002). Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics*, 28, 337-341.



- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Peterson, B., Pirritano, M., Tucker, L., & Lampic, C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27(5), 1375-1382.
- Philipov, D. (2009). Fertility Intentions and Outcomes: The role of Policies to Close the Gap. *European Journal of Population*, 25(355).
- 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](http://www.monicapuga.com/ovulo_rubio.htm)
- Purewal, S., & Van den Akker, O. (2009). Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Human Reproduction Update*, 15, 499-515.
- Rabinow, P. (1992). Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociology. En Jonathan Crary & Sanford Kwinter (eds.): *Incorporations* (Zone, 6). Cambridge; London: Zone Books.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *Biosocieties*, 1, 195-217.
- Raman, S., & Tutton, R. (2010). Life, Science and Biopower. *Science, Technology & Human Values*, 35(5), 711-734.
- Ramírez, V., & Escobar, I. (1 de Febrero de 2019). *Estos son los requisitos para acceder a la reproducción asistida en la sanidad pública*. Recuperado el 10 de Enero de 2020, de La Sexta Noticias: [www.lasexta.com/noticias/economia/consumo/estos-son-requisitos-acceder-reproduccion-asistida-sanidad-publica\\_201901235c5410200cf2be7ee4853696html](http://www.lasexta.com/noticias/economia/consumo/estos-son-requisitos-acceder-reproduccion-asistida-sanidad-publica_201901235c5410200cf2be7ee4853696html)
- Reproducción-asistida. (2018). *¿Cuánto pagan por donar óvulos?* Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de Reproducción-Asistida.org: <https://reproduccion-asistida.org/donacion-de-ovulos/cuanto-pagan-por-donar-ovulos/>

- Rivas, A. (2017). Incentivos Sociales/Laborales a la vitrificación de Óvulos: ¿Mayor autonomía de las mujeres? *RJUAM*(35), 291-306.
- Roberts, E. F. (2012). *God's laboratory: assisted reproduction in the Andes*. Univ of California Press.
- Roberts, E. F., & Scheper-Hughes, N. (2011). Introduction: medical migrations. *Body & Society* 17(2-3), 1-30. <https://doi.org/10.1177/1357034X11400925>
- Roca, M. (2018). *La cura a Catalunya: sector ocupacional i espai de desigualtats de gènere*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Roca, M. (2019). La feminización del trabajo de cuidados: discursos y prácticas de los gestores de los Servicios de Ayuda a Domicilio. *AFIN*(116), 1-12.
- Rodrigo, A., & Barranquero Gómez, M. (4 de Marzo de 2020). ¿Cómo es la punción folicular para las donantes de óvulos? *Ovodonante.com*. Obtenido de: <https://ovodonante.com/la-puncion-ovarica/>
- Rodrigo, A., Trolice, M., Rogel-Cayetano, S., & Montalvo-Pallés, V. (18 de Septiembre de 2018). *FIV o ICSI: ¿Qué es mejor? ¿Cuál es la diferencia?* Obtenido de Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/fiv-icsi/>
- Rodríguez Ferradas, E., Fuentes Dorado, R., Gómez de Segura, R., & Salvador, Z. (29 de Julio de 2020). ¿Cómo se hace la donación de óvulos paso a paso? *Reproducción Asistida Org*. Obtenido de: <https://www.reproduccionasistida.org/proceso-de-donacion-de-ovulos/#:~:text=La%20punci%C3%B3n%20ov%C3%A1rica%20o%20punci%C3%B3n,unos%2015%2D20%20minutos%20aproximadamente.>
- Rodríguez, M. (9 de Marzo de 2019). La impresionante historia de Anton van Leeuwenhoek, el "descubridor" de los espermatozoides (y su peculiar reacción al conseguirlo). *BBC News Mundo*, págs. 1-2. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47422115>
- Romero, J. & Hernández, M. (productores ejecutivos) (2015, Mayo 16). La mitad de todas las donaciones de óvulos en Europa se realiza en España. *Equipo*

- de Investigación de La Sexta*. [Programa televisivo]. Madrid: Servicio de televisión abierta.
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Rose, N. (2007). *The politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizenship. *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*, 439-463.
- Rossmann, G. (2014). Obfuscatory relational work and disreputable exchange. *Sociological Theory*, 32, 43-69.
- Salvador, Z. (15 de Febrero de 2018). *Reproducción Asistida Org*. Obtenido de Hormona FSH: ¿cuáles son sus funciones y valores normales?: <https://www.reproduccionasistida.org/fsh/>
- San Román, B., & Marre, D. (2013). De "chocolatinas" y "princesas de ojos rasgados": sobre la diferencia "fisionómica" en la adopción transracial en España. En C. López, D. Marre, & J. Bestard, *Maternidades, Procreación y Crianza en Transformación* (págs. 213-142). Barcelona: Bellaterra.
- Sánchez Martín, F., Sánchez Martín, P., & Traverso Morcillo, E. (2015). *Guía 20. Programa de Donación de óvulos*. Sevilla: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Sánchez, A. (12 de Marzo de 2019). *La Europa del Sur tiene cada vez menos hijos*. Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de El País: [https://elpais.com/sociedad/2019/03/12/actualidad/1552388916\\_941343.html](https://elpais.com/sociedad/2019/03/12/actualidad/1552388916_941343.html)
- Sánchez, V. (8 de Marzo de 2020). Hace 40 años nació la primera 'bebé probeta' de la historia. *France 24*, pág. 1. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de <https://www.france24.com/es/20180725-fecundacion-invitro-bebe-probeta>
- Saubidet, A., & Azaretto, C. (2019). Sobre otras formas de intercambio no capitalista (Mauss, Lacan, Lévi-Strauss y Bataille) (potlatch, don y hau). *XI*

*Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación.*, 801-806.

- Sauer, M. (2018). Revisiting the early days of oocyte and embryo donation: relevance to contemporary clinical practice. *Fertility and Sterility*, 110(6), 981-987.
- Sauer, M. V. (2001). Defining the incidence of serious complications experienced by oocyte donors: a review of 1000 cases. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(3), 277-278.
- Sauer, M., & Kavac, S. (2006). Oocyte and embryo donation 2006: reviewing two decades of innovation and controversy. *Reproductive BioMedicine Online*, 12(2), 153-162.
- Scheper-Hughes, N. (2007). The tyranny of the gift: sacrificial violence in living donor transplants. *American Journal of Transplantation*, 7(3), 507-511.
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J., & Nyboe Andersen, A. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18 (1), 29-43.
- Schneider, D. (1980). *American kinship: a cultural account*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schurr, C. (2018). The baby business booms: Economic geographies of assisted reproduction. *Geography Compass*, 12 (8), 1-15.  
doi:doi.org/10.1111/gec3.12395
- SEF. (2011). Hechos y Datos sobre la Fertilidad. En SEF, & R. Matorras Weining (Ed.), *La infertilidad en España: Situación actual y Perspectivas* (págs. 19-30). Madrid: Imago Development & Image Development.
- SEF. (2011). *Saber más sobre Fertilidad y Reproducción asistida*. Madrid: MSH Impresores.
- SEF. (2017). *Registro Nacional de Actividad 2017-Registro SEF*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Obtenido de SEF.

- SEF. (2018). *Registro Nacional de Actividad 2018-Registro SEF*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Obtenido de SEF.
- Serrano-Martínez, J., & García-Marín, R. (2013). Regresión demográfica en España: crisis económica y cambio de ciclo migratorio. *Papeles de Población*, 19 (76), 89-128.
- SINC. (22 de Septiembre de 2015). *Las embarazadas varían la genética de su futuro hijo incluso si el óvulo es donado*. Recuperado el 20 de Enero de 2016, de [agenciasinc.es](https://www.agenciasinc.es/Noticias/Las-embarazadas-varian-la-genetica-de-su-futuro-hijo-incluso-si-el-ovulo-es-donado): <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Las-embarazadas-varian-la-genetica-de-su-futuro-hijo-incluso-si-el-ovulo-es-donado>
- Sisto-Campos, V., Ascorra-Costa, P., Reyes, I., González-Torralbo, H., Acosta-González, E., & Salvo-Agoglia, I. (2016). Crisis de los cuidados: Familia, diversidad y bienestar. *Psicoperspectivas*, 15(3), 1-9.
- Smietana, M, Thompson, C., Winddance, T. (2018). Making and breaking families -reading queer reproductions, stratified reproduction and reproductive justice together. *Reproductive Biomedicine & Society Online* 7, 112-130.
- Smietana, M. (2017). Affective de-commodifying, economic de-kinning: Surrogates' and gay fathers' narratives in U.S. surrogacy. *Sociological Research Online*, 22, 5.
- Söderström-Anttila, V., Miettinen, A., Rotkirch, A., Nuojua-Huttunen, S., Poranen, A.-K., Sälevaara, M., & Suikkari, A.-M. (2016). Short and long term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity release and known oocyte donors. *Human Reproduction*, 31(3), 597-606.
- Sosa Troya, M. (19 de Junio de 2019). Los nacimientos caen casi un 30% en España en la última década. *El País*, pág. 1. Recuperado el 30 de Julio de 2019. En: [https://elpais.com/sociedad/2019/06/19/actualidad/1560938428\\_722944.html#:~:text=En%20una%20sola%20d%C3%A9cada%2C%20los,de%20la%20fecundidad%20es%20desolador.](https://elpais.com/sociedad/2019/06/19/actualidad/1560938428_722944.html#:~:text=En%20una%20sola%20d%C3%A9cada%2C%20los,de%20la%20fecundidad%20es%20desolador.)

- Speier, A. (2016). *Fertility Holidays. IVF Tourism and the Reproduction of Whiteness*. New York: NYU Press.
- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Nueva York, NY: Holt, Rinehar & Winston.
- Stewart, J. (2018). Introduction. En R. Titmuss, *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy* (págs. 6-12). Chicago, Bristol: The University Chicago Press.
- Stolcke, V. (1995). Talking culture: new boundaries, new rhetorics of exclusion in Europe. *Current anthropology*, 36(1), 1-24.
- Stoop, D., Vercammen, L., Polyzos, N., de Vos, M., Nekkebroeck, J., & Devroey, P. (2012). Effect of ovarian stimulation and oocyte retrieval on reproductive outcome in oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1328-1330.
- Storrow, R. (2005). Quest for conception: fertility tourists, globalization, and feminist legal theory. *Hastings Law Journal*, 57, 295-330.
- Strathern, M. (1992). *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship, and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.
- Strathern, M. (1999). *Property, substance and effect: anthropological essays on persons and things*. Londres: Athlone Press.
- Te Velde, E., Habbema, D., Leridon, H., & Eijkemans, M. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, 27(4), 1179-1183.
- Thomas, L. (26 de Febrero de 2019). *News Medical Life Sciences*. Obtenido de Hormonas de la gonodotropinas: [https://www.news-medical.net/health/Gonadotrophin-Hormones-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Gonadotrophin-Hormones-(Spanish).aspx)
- Thompson, C. (2005). *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge-London: The MIT Press.
- Thompson, C. (2006). Race Science. *Theory, Culture & Society* 23, 547-549

- Thompson, C. (2016). IVF global histories, USA: between Rock and a marketplace. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 128-135.
- Titmuss, R. (1970). *The gift relationship. From human blood to social policy*. London: George Alien & Unwin Ltd.
- Titmuss, R. (2018). *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. Chigaco, Bristol: University of Chicago Press.
- Tober, D. (2001). Semen as Gift, Semen as Goods: Reproductive Workers and the Market in Altruism. *Body & Society*, 7(2-3), 137-160.
- Tober, D. (2018). *Romancing the Sperm: Shifting Biopolitics and the Making of Modern Families*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Tober, D. (Dirección). (2017). *The Perfect Donor* [Película]. USA.
- Tober, D., & Pavone, V. (2018). Las bioeconomías de la provisión de óvulos en Estados Unidos y en España: una comparación de los mercados médicos y las implicaciones en la atención a las donantes. *Revista de Antropología Social* 27(2), 261-286.
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria*, 15, 53-73. [ [Links](#) ]
- Torres-Cosme, J. L. (2005). Clonación terapéutica: un dilema bioético actual. *Perinatología y reproducción humana*, 19(2), 71-76.
- Torres Menárguez, A. (11 de Noviembre de 2015). *Los niños no frenan la carrera de la mujer, son los maridos*. Recuperado el 10 de Febrero de 2017, de El País:  
[https://elpais.com/economia/2015/11/09/actualidad/1447062347\\_374448.html](https://elpais.com/economia/2015/11/09/actualidad/1447062347_374448.html)
- Tupasela, A. (2017). Data-Sharing Politics and the Logics of Competition in Biobanking (pp.187-206). En Vincenzo Pavone & Joanna Goven (eds). *Bioeconomies. Life, Technology, and Capital in the 21st Century*. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan.

- Turner, B. (1995). *Medical power and Social Knowledge*. London: Sage Publications.
- Van Balen, F., Verdurmen, J., & Ketting, E. (1997). Age, the desire to have a child and cumulative pregnancy. *Human Reproduction*, 12, 623-627.
- Van den Akker, O. (2006). A review of family donor constructs: current research and future directions. *Human Reproduction Update*, 12, 91-101.
- Van den Akker, O., Crawshaw, M., Blyth, E., & Frith, L. (2014). Expectations and experiences of gamete donors and donor-conceived adults searching for genetic relatives using DNA linking through a voluntary register. *Human Reproduction*, 30(1), 111-121.
- Van den Broeck, U., Vandermeeren, M., Vanderschueren, D., Enzlin, P., Demyttenaere, K., & D'Hooghe, T. (2013). A Systematic review of sperm donors: demographic characteristics, attitudes, motives and experiences of the process of sperm donation. *Human Reproduction Update*, 19, 37-51.
- Vander Borght, M. &. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Human Reproduction*, 62, 2-10.
- Vermeulen, Niki, Sakari Tamminen y Andrew Webster (2012). *Bio-Objects: Life in the 21st Century*. Ashgate: Farnham (Reino Unido).
- Vilella, F., Moreno-Moya, J., Balaguer, N., Grasso, A., Herrero, M., Martínez, S., . . . Simón, C. (2015). Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the preimplantation embryo and might modify its transcriptome. *Development*, 142, 3210-3221.
- Wade, P. (2007). Race, Ethnicity and Nation: Perspectives from Kinship and Genetics . En P. Wade, *Race, Ethnicity and Nation* (págs. 1-32). New York: Bergham Books.
- Wade, P. (2009) *Race and Sex in Latin America*, London: Pluto Press
- Wade, P. (2010). The presence and absence of race. *Patterns of Prejudice*, 44(1), 43-60.



- Wade, P. (2010). The presence and absence of race. *Patterns of Prejudice*, 44(1), 43-60.
- Wade, P. (2012). Race, Ethnicity and Nation: Perspective from Kinship and Genetics. En K. Schram, D. Skinner, & R. Rottenburg, *Identity Politics and the New Genetics. Re/Creating Categories of Difference and Belonging* (págs. 79-96). New York-Oxford: Berghan Books.
- Waldby, C. & Mitchell, R. (2006) *Tissue Economies: Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*. Durham, NC: Duke University Press.
- Waldby, C. (2002). Stem Cells, Tissue Cultures and the Production of Biovalue. *Health*, 6(3), pp. 305–323.
- Waldby, C. (2011). Citizenship, Labor, and the Biopolitics of the Bioeconomy: Recruiting Female Tissue Donors for Stem-Cell Research. *The Scholar and Feminist Online*, 1-11.
- Waldby, C. (2015). The oocyte market and social egg freezing: From scarcity to singularity. *Journal of Cultural Economy*, 8(3), 275-291.
- Waldby, C., & Cooper, M. (2008). The Biopolitics of Reproduction. Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour. *Australian Feminist Studies* 23(55), pp. 57-70.
- Waldby, C., & Cooper, M. (2010). From regenerative work to regenerative labour. The female body and the stem cell industries. *Feminist Theory*, 11(1), 3-22.
- Waldby, C., Kerridge, I., Boulos, M., & Carroll, K. (2013). From altruism to monetisation: Australian women's ideas about money, ethics and research eggs. *Social science & medicine*, 94, 34-42.
- Weber, F. (2012). Introduction. Du don, et en particulier de l'obligation à rendre les présents. En M. Mauss, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Whittaker, A. (2015). Technology, Biopolitics, Rationalities and Choices: Recent studies of Reproduction. *Medical Anthropology* 34(3), pp. 259-273.

- Whittaker, A., & Speier, A. (2010). Stratification in Cross-Border Reproductive Travel. *Medical Anthropology*, 29(4), 363-383.
- Wilmot, K., Campbell, K., & Tudge, C. (2001). *The Second Creation: Dolly and the Age of Biological Control*. Cambridge-Massachusetts: Harvard University Press
- Woodriff, M., Sauer, M., & Klitzman, R. (2014). Advocating for longitudinal follow-up of the health and welfare of egg donors. *Fertility and Sterility*, 102(3), 662-666.
- Wyns, C., Bergh, C., Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Kupka, M. S., Motrenko, T., ... & Goossens, V. (2020). ART in Europe, 2016: results generated from European registries by ESHRE. *Human reproduction open*, 2020(3), hoaa032.
- Zafra, I. (20 de Julio de 2019). *España, el granero europeo de óvulos*. Recuperado el 10 de Octubre de 2019, de El País: [https://elpais.com/sociedad/2019/07/19/actualidad/1563531405\\_529791.html](https://elpais.com/sociedad/2019/07/19/actualidad/1563531405_529791.html)
- Zafra, J., Aurell Ballesteros, R., Callejo Olmos, J., Fábregas Xaudaró, R., Lluch Hernández, A., Marqués Soler, L., & Martín Jiménez, M. (2018). *Documento de Recomendaciones para la preservación de la Fertilidad en Pacientes con cáncer de mama*. Barcelona: Glosa.
- Zelizer, V. (2012). How I Became a Relational Economic Sociologist and What Does that mean? *Politics & Society*, 40(2), 145-174.
- Zelizer, V. A. (2005). The priceless child revisited. In Jens Qvortrup (ed.) *Studies in modern childhood* (pp. 184-200). Palgrave Macmillan, London.

## ANEXO I

### PERFIL DE DONANTES ENTREVISTADAS

**1. Alexandra** (23 años de edad, estudiante de enfermería)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características físicas:** Pelo Rubio – Ojos Marrones – 1.65

**2. Ana** (21 años, estudiante FP)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.60

**3. Anabel** (29 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 6

**Características Físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Verdes – 1.64

**4. Berta** (29 años, española, en paro):

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 2

**Características físicas:** Pelo Castaño Claro - Ojos Marrones - 1.66

**5. Carmen** (38 años al momento de enviarme una carta, cuidadora, Española)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 4

**Características físicas:** Pelo Castaño - Ojos Marrones – 1.61

**6. Claudia** (30 años, cuidadora)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 2

**Características Físicas:** Pelo Rubio – Ojos Marrones – 1.62

7. Dolores (22 años, en paro)

Nacionalidad: Española

Número de donaciones: 2

Características Físicas: Pelo Castaño Claro – Ojos verdes – 1.65

8. **Emilia** (24 años, argentina, dependienta)

**Nacionalidad:** Argentina

**Número de Donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo castaño – Ojos Marrones – 1.67

9. **Erika** (20 años, española, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.67

10. **Esperanza** (29 años, estudiante de enfermería)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 3

**Características Físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones – 1.63

11. **Esther** (31 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 4

**Características Físicas:** Pelo Rubio – Ojos Marrones – 1.66

12. **Eleonora** (28 años, dependienta)

Nacionalidad: Argentina

Número de donaciones: 2

Características Físicas: Pelo Castaño oscuro – Ojos Marrones – 1.70

**13. Jeanette** (24 años, estudiante de bellas artes en la Universidad de Barcelona)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones- 1.64

**14. Jenny** (29 años, camarera)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Negro – Ojos Marrones – 1.65

**15. Josefina, (28 años, dependienta)**

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Verdes – 1.59

**16. Julieta** (27 años, en paro)

Nacionalidad: Venezolana

Número de donaciones: 1

Características Físicas: Pelo rubio – Ojos verdes – 1.70

**17. Laura:** (20 años, en paro, sin trabajo al momento de la donación y al momento de la entrevista.

**Nacionalidad:** Colombia

**Número de donaciones:** 2

**Características Físicas:** Pelo – Ojos Marrones – 1.63

**18. Lorena** (25 años, camarera)

**Nacionalidad:** Argentina

**Número de Donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones – 1.62

**19. Lucía** (24 años, catalana, dependienta)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 5

**Características físicas:** Pelo Castaño - Ojos Azules– 1.70

**20. María** (19 años, dependienta)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 2

**Características físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.68

**21. Mariona** (20 años, estudiante)

Nacionalidad: Española

Número de Donaciones: 1

Características Físicas: Pelo castaño – Ojos marrones – 1,65

**22. Melisa** (23 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española.

**Número de donaciones:** 1

**Características físicas:** Pelo castaño – Ojos Marrones – 1.62

**23. Mireia** (29 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 3 (dos de ellas, cuando estaba desempleada)

**Características físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones – 1.67

**24. Marta** (28 años, que trabajaba como dependienta)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 5

**Características Físicas:** Pelo Negro – Ojos Verdes – 1.69

**25. Patri** (26 años, dependienta al momento de la entrevista)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Marrones – 1.62

**26. Pilar** (22 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española.

**Número de Donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos verdes – 1.60

**27. Ramona** (22 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos marrones – 1.60

**28. Remedios** (26 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de Donaciones:** 2

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos marrones – 1.65

**29. Rocío** (24 años, dependienta.)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 3, en clínicas diferentes.

**Características físicas:** Pelo Negro – Ojos Marrones – 1.63

**30. Romina** (27 años, en paro)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de Donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.62

**31. Sarah** (26 años, una estudiante de historia)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 3, en clínicas diferentes.

**Características físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Marrones – 1.60

**32. Sonia** (26 años, dependienta)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 2, en clínicas diferentes

**Características Físicas:** Pelo Castaño claro – Ojos verdes – 1.60

**33. Soraya** (26 años, dependienta)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Rubio – Ojos verdes – 1,65

**34. Sofía** (24 años, camarera a media jornada al momento de la entrevista)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 5

**Características físicas:** Pelo Rojizo – Ojos Verdes – 1.60

**35. Susan** (24 años, colombiana, en paro):

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Marrones – 1.59

**36. Vicky** (28 años, española, estudiante de ingles)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.65

**37. Valentina** (25 años, estudiante de maestría)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Marrones – 1,60

**38. Valeria** (25 años, dependienta)

**Nacionalidad:** Ecuatoriana

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.64

### **EXCLUIDAS DEL SISTEMA DE OVODONACIÓN**

**39. Andrea** (27 años, camarera, española)



**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** Ninguno. Síndrome de Hiperestimulación Ovárica

**Características Físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Marrones – 1.65

**40. Ángela** (30 años, Colombiana)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 1 suspendida. SHO.

**Características Físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones – 1.60

**41. Belén** (20 años, estudiante, Colombia)

**Nacionalidad:** Colombia

**Número de donaciones:** Ninguna. Excluída del proceso por fenotipo

**Características Físicas:** Pelo Negro – Ojos Marrones - 1.58

**42. Carolina** (28 años, dependienta)

**Nacionalidad:** Colombiana

**Número de donaciones:** 0

**Características Físicas:** Pelo Castaño Oscuro – Ojos Marrones – 1.61

**43. Dayanara** (24 años, camarera)

**Nacionalidad:** Ecuatoriana

**Número de Donaciones:** Ninguna. Exclusión, fenotipo.

**Características Físicas:** Pelo negro – Ojos Marrones – 1.55

**44. Eila** (27 años, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de Donaciones:** 1 cancelada. SHO

**Características Físicas:** Pelo castaño -Ojos Marrones – 1.62

**45. Elisa** (23 años, española, en paro)

**Nacionalidad:** Española

**Número de donaciones:** 1

**Características Físicas:** Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.63

**46. Lorena** (25 años, dependienta, Argentina)

**Nacionalidad:** Argentina

**Número de donaciones:** 1 cancelación. SHO.

**Características Físicas:** Pelo Castaño Claro – Ojos Marrones – 1.64

**47. Yusleisby** (22 años, cubana, desempleada)

**Nacionalidad:** Cubana

**Número de donaciones:** 0. Exclusión por fenotipo

**Características Físicas:** Pelo Negro – Ojos Marrones – 1.55

**48. Yamileth** (20 años, en paro)

Nacionalidad: República Dominicana

Número de donaciones: Ninguna. Exclusión por Fenotipo.

Características Físicas: Pelo negro – Ojos marrones – 1.56

**49. Zoila** (20 años, dependienta)

Nacionalidad: Ecuador

Número de donaciones: Ninguna. Fenotipo

Características Físicas: Pelo Castaño – Ojos Marrones – 1.60

**50. Valeria** (19 años, camarera)

Nacionalidad: España

Número de Donaciones: Cancelación. SHO.

Características Físicas: Pelo Castaño – Ojos Verdes – 1.60