



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

DOSIER MONOGRÁFICO

Movimientos reproductivos de personas, biomateriales, tecnologías y conocimientos: conocer, reflexionar, debatir

Moviments reproductius de persones, biomaterials, tecnologies i coneixements: conèixer, reflexionar, debate

Reproductive movements of people, biomaterials, technologies and knowledge: know, reflect, debate

Consuelo Álvarez Plaza¹, Rosana Machin²

¹ Consuelo Álvarez Plaza. Facultad de CC Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid (España). Email: coalvare@ucm.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9520-357X>.

² Rosana Machin. Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo (Brasil). Email: rmachin@usp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1306-4276>.

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto Repro-flows in Europe, North Africa and Latin America: peoples and gametes mobilities in the fragmented context of trans-national regulation of assisted reproduction and adoption. Subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España [PID2020-112692RB-C21/AEI/10.13039/501100011033].



Resumen

En este texto planteamos reflexiones sobre varios aspectos de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) que consideramos pendientes de un profundo debate académico y social. En primer lugar, las políticas intervencionistas por parte del Estado, que pretenden controlar la población. Partiendo de la “bondad” de determinados fines, en realidad maquillan prácticas eugenésicas y las TRHA son un medio necesario para lograrlos. En un segundo lugar, analizamos determinadas prácticas que se desarrollan en las clínicas de reproducción asistida que pueden entrar en contradicción con el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. Por último, la atención reproductiva transnacional pone de manifiesto diversos dilemas jurídicos y éticos al no controlar toda la cadena reproductiva. Hay una circulación de materiales reproductivos, de mujeres donantes y de profesionales que provoca inquietud ante la falta de uniformidad legislativa, la trazabilidad de las muestras, la incertidumbre con relación los consentimientos informados y los controles sanitarios.

Palabras clave: control de la población; eugenesia; movilidad reproductiva; donación de ovocitos; donantes reproductivos.

Resum

En aquest text plantegem reflexions sobre diversos aspectes de les tècniques de reproducció humana assistida (TRHA) que considerem pendents d'un profund debat acadèmic i social. En primer lloc, les polítiques intervencionistes per part de l'Estat, que pretenen controlar la població. Partint de la “bondat” de determinats fins, en realitat maquillen pràctiques eugenèsiques i les TRHA són un mitjà necessari per aconseguir-los. En segon lloc, analitzem determinades pràctiques que es desenvolupen a les clíniques de reproducció assistida que poden entrar en contradicció amb el Codi de Deontologia Mèdica de l'Organització Mèdica Col·legial d'Espanya. Finalment, l'atenció reproductiva transnacional posa de manifest diversos dilemes jurídics i ètics al no controlar tota la cadena reproductiva. Hi ha una circulació de materials reproductius, de dones donants i de professionals que provoca inquietud davant la falta d'uniformitat legislativa, la traçabilitat de les mostres, la incertesa en relació amb els consentiments informats i els controls sanitaris.

Paraules clau: control de la població; eugenèsia; mobilitat reproductiva; donació d'òvuls; donants reproductius.

Abstract

In this text we reflect on several aspects of assisted human reproduction techniques (AHRT) that we consider to be pending a profound academic and social debate. Firstly, interventionist policies on the part of the state, which aim to control the population. Based on the "goodness" of certain aims, they actually disguise eugenic practices, and AHRT are a necessary way to achieve them. Secondly, we analyse certain practices in assisted reproduction clinics that may be in contradiction with the Code of Medical Ethics of the Spanish Medical Association (Organización Médica Colegial de España). Finally, transnational reproductive care highlights a number of legal and ethical dilemmas as it does not control the entire reproductive chain. There is a circulation of reproductive materials, donor women and professionals that raises concerns about the lack of legislative uniformity, traceability of samples, uncertainty regarding informed consent and health controls.

Keywords: population control; eugenics; reproductive mobility; oocyte donation; reproductive donors.

1. Introducción

“Martín Varsavsky, encontró un nuevo método (...) para tener bebés con un proceso programado y controlado al milímetro” (El País, 17 de octubre 2016)¹.

De 1997 a 2018 la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESRHE) ha registrado 11.726.598 ciclos de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) que han dado lugar al nacimiento de 2.275.585 bebés (Wyns, 2022). Las cifras son muy relevantes, a pesar de que no todos los países aportan el número de tratamientos que se llevan a cabo en las clínicas y no se conocen realmente todos los nacimientos². Las técnicas de reproducción humana asistida con intervención de donantes³ de semen, óvulos o gestantes por sustitución (TRHA-D) producen gran inquietud por las consecuencias a corto y largo plazo tanto en los donantes-gestantes como en los hijos nacidos mediante estas biotecnologías (Rivas y Álvarez Plaza, 2020). Resulta perturbador las múltiples posibilidades que permiten estas técnicas reproductivas: la manipulación del patrimonio genético⁴, la gestación artificial, los gametos de laboratorio, el salto generacional producido al descongelar embriones años más tarde de su formación⁵, la reprogramación celular y los trasplantes citoplasmáticos, que permiten extraer el núcleo de la célula con toda la información genética de una persona e introducirlo en el citoplasma de una donante, la selección de embriones para el nacimiento de un niño con el fin de salvar a un hermano, el llamado “bebé medicamento⁶”, entre otras.

Cualquier debate sobre las TRHA debe tener presente que se sustentan en tres pilares. En primer lugar, procesa el profundo deseo de tener un hijo (Álvarez Plaza, 2008). En segundo lugar, la genética es muy relevante en las sociedades occidentales (Hubbard, 1995⁷). Así, el gameto es un gran icono cultural (Katz-Rothman, 1998), un símbolo que permite construir identidades, relaciones y pertenencias. Constituye un eje fundamental para la reproducción asistida ya que

¹ <https://elpais.com/noticias/fon-wireless/>

² En 2018 participaron en la recogida de datos el 86,3% de los países europeos.

³ Algunos académicos prefieren hablar de “proveedores”. En este texto utilizaremos el término “donación” por seguir un lenguaje popular y porque es el que utilizan los y las donantes (término emic).

⁴ El patrimonio genético se refiere a toda la diversidad genética que existe en una población. Cuanto mayor es esta reserva genética, mayor es la diversidad y más oportunidades tendrá esta población de sobrevivir al estrés ambiental al que pueda encontrarse sometida.

⁵ La disociación tiempo y espacio de la que habla Alves (2014).

⁶ Se selecciona un embrión genéticamente compatible para poder salvar la vida de un hermano con enfermedad grave. El primer nacimiento en el mundo tuvo lugar en Reino Unido en 2003 <https://www.elperiodicodearagon.com/sociedad/2003/06/20/polemica-reino-unido-nacimiento-bebe-48312086.html>

⁷ El epidemiólogo Lippman acuñó el término “genetización” del sistema sanitario (1993), y la bióloga Hubbard (1995) caracterizó el estado de ánimo social predominante como “genomanía”. En este contexto, los genes ganan espacio como un icono cultural (Katz-Rothman, 1998).

permite “diseñar”⁸ la forma de reproducirse y gestionar los deseos de la “relación”⁹ genética con la descendencia. En tercer lugar, estamos ante un mercado reproductivo en continuo crecimiento. Se espera que el mercado global de las TRHA alcance los 54,75 mil millones de dólares en 2028 (Emergen Research, 2021¹⁰).

Teniendo presentes estos tres pilares sobre los que se sustentan las TRHA, en este texto vamos a intentar reflexionar, con perspectiva antropológica y sociológica, sobre aspectos que consideramos aún pendientes de un debate profundo (Álvarez Plaza, 2008; Rivas y Álvarez Plaza 2020). Plantearemos: 1) el control de la reproducción por parte del estado; 2) la inequidad de algunas prácticas médicas en las clínicas y 3) y la atención reproductiva transnacional.

2. El Estado y el control de la reproducción: aspectos demográficos y objetivos eugenésicos

Controlar la reproducción humana es una vieja aspiración en occidente. Platón proponía que la reproducción estuviera bajo control del gobierno con un claro objetivo eugenésico. Michel Foucault da un paso más. Con el término biopolítica define una forma de ejercer el poder (biopoder¹¹) no sobre los territorios, sino sobre la vida de los individuos y las poblaciones. Este concepto hace referencia a los mecanismos que se implementan desde el poder para gobernar la vida individual de cada ser humano, incluso en su intimidad, es decir en la sexualidad y la reproducción.

Por control de la población aquí nos referimos no solo a aspectos demográficos, también a objetivos eugenésicos (mejoramiento genético en humanos). Este control en sentido amplio plantea muchos interrogantes, ¿Es un problema para el mundo el descenso de la población o más bien un alivio? ¿Deben ser los Estados los que ejerzan un control social en materia reproductiva? ¿Las biotecnologías reproductivas son una forma de control de la reproducción social a través del mercado? Las respuestas no son simples.

En este epígrafe hablaremos sobre políticas intervencionistas por parte del Estado y la influencia del mercado de las biotecnologías reproductivas, que bajo el paraguas de la libertad

⁸ Tener bebés con un proceso programado y controlado al milímetro (cómo, cuándo y en qué momento)

⁹ Relación genética y biológica, o no, con el hijo.

¹⁰ Emergen Research es una empresa que asesora sobre la evolución de los mercados.

¹¹ “Biopoder” es un término acuñado por Michel Foucault. El biopoder actúa sobre la salud, la higiene, la sexualidad, la natalidad, la esperanza de vida, la mortalidad y todos aquellos demás aspectos que tienen que ver con los procesos biológicos, el bienestar vital de las poblaciones y el ajuste de los fenómenos demográficos en los procesos económicos

reproductiva en realidad genera necesidades artificialmente creadas (Illich, 1978) que van estimulando a que los sujetos dependan más de estas biotecnologías. Dentro de un marco general que es el control y el bioderecho/biopolítica, planteamos dos tesis y 1) la Organización de Naciones Unidas (ONU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, partiendo de la “bondad” de determinados fines, en realidad maquillan prácticas eugenésicas y 2) las TRHA son un medio necesario para la consecución de fines eugenésicos.

2.1. De la amenaza demográfica al descenso de la natalidad

En el 2008, el millonario Ted Turner era partidario de reducir la población ya que “somos muchos”, lo que conduce a agravar el calentamiento global. Según Turner estamos alterando el clima y “reduciendo la capacidad de carga de la tierra” y añade “todos en el mundo se deben comprometer a tener solo 1 o 2 hijos”¹². Este comentario, de una persona aparentemente comprometida con proteger el medio ambiente, contrasta con la afirmación de otro magnate de las tecnologías, Elon Musk: “el colapso de la población debido a las bajas tasas de natalidad es un riesgo mucho mayor para la civilización que el calentamiento global”¹³.

Esta frase tan apocalíptica sobre el colapso de la sociedad ante la disminución de la tasa de reemplazo generacional¹⁴ es aplicable a todos los continentes. Sólo África se libera de esta situación. Los países africanos en el 2100 aumentarán exponencialmente su población¹⁵. ¿Qué interés tienen estos multimillonarios en el crecimiento, estabilización, decrecimiento de la población a nivel mundial? ¿Se debe controlar la población? ¿Quién debe llevar a cabo ese control? ¿Y si está equivocada la previsión?

Destaca la conexión entre medio ambiente y amenaza demográfica. El banco de inversión Morgan Stanley afirmó que las preocupaciones sobre el cambio climático¹⁶ pueden estar teniendo

¹² Turner es fundador de la cadena CNN y miembro fundador de Greenpeace <https://sv-se.facebook.com/cunadelanoticia/videos/cuando-ted-turner-dec%C3%ADa-que-hab%C3%ADa-que-reducir-la-poblaci%C3%B3n-mundial-httpswwwcunad/513139799858730/>

¹³ <https://cnnespanol.cnn.com/2022/08/30/elon-musk-poblacion-colapsara-demografos-trax>

¹⁴ El nivel de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer), que garantiza la renovación de una población y su supervivencia, parece inalcanzable para los españoles. (Instituto Política Familiar de España, 2015).

¹⁵ Según fuentes de Naciones Unidas sobre la Población Mundial, la población estimada para el año 2100 indica que Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía, Tanzania y Egipto estén entre los diez países con mayor número de habitantes (primero India, segundo China y tercero Nigeria). (Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2022.)

¹⁶ Ver Agenda 2030 Meta 3.7 del objetivo 3 Salud y bienestar “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas”. (Naciones Unidas Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2022).

un impacto significativo en el crecimiento de la población. En un informe señalaron que el temor al cambio climático está afectando las tasas de fertilidad de manera más rápida que cualquier otra tendencia. Varios miles de adolescentes están firmando algo llamado el compromiso de “sin futuro, sin hijos”¹⁷ que los anima a evitar tener hijos para reducir las emisiones de carbono.

La historia muestra algunos ejemplos de cómo las políticas intervencionistas sobre la reproducción pueden ser nefastas, produciendo consecuencias no deseadas a largo plazo y además ser fundamentalmente injustas¹⁸. Existen varios ejemplos: la política del “hijo único” en China, la “higiene racial” nazi, la estabilización del crecimiento de la población, la selección de la población durante la dictadura argentina¹⁹, e incluso los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2030. Puede que hayamos pasado del maltusianismo²⁰ del siglo XIX a la agenda 2030²¹, pero la propuesta es similar: la población mundial tiende a aumentar más rápido que el suministro de alimentos, con lo cual, los escasos recursos tendrán que ser compartidos entre cada vez más individuos.

Frente a las representaciones políticas gubernamentales, que decaen por falta de apoyos económicos provocando una finalización de las cumbres internacionales sobre la población mundial, el protagonismo pasa a las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y se traslada la temática de la preocupación por el crecimiento poblacional al nuevo término de “salud reproductiva”. Esto nos lleva a una reflexión en relación con la agenda 2030²². En la Meta 3.7,

¹⁷ Facebook edición digital ¿Dejarías de tener hijos hasta que tomen medidas por el cambio climático (2023)
<https://www.facebook.com/photo/?fbid=433845997238628&set=a.128630477760183>

¹⁸El intervencionismo del estado chino, desde 1975 a 2015, fue visto como nefasto ya que afectó al recambio generacional y provocó un desequilibrio en el mercado matrimonial. En 2014 la política restrictiva provocó una proporción de 107 hombres por cada 100 mujeres entre los 20 y los 34 años. En 2035 esa diferencia aún se habrá agudizado más, 116 hombres por cada 100 mujeres: la competencia masculina por las mujeres se convertirá en un signo de poder en la China del futuro, y eso se dejará ver como un signo de desigualdad. (WU Xiaogang, 2014).

¹⁹ La selección de la población durante la dictadura argentina tal vez sea menos conocida. En plena dictadura argentina en 1935 la Asociación Argentina de Biotopología, Eugenesia y Medicina Social, tenía como finalidad seleccionar la población mediante la reproducción de los “mejores” y la inhibición de la reproducción de los inferiores o indeseables. Esta política comenzó a aplicarse con el certificado médico prenupcial vinculante, la anticoncepción, el aborto eugenésico, la esterilización de delincuentes, idiotas y el control de la calidad de la inmigración.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20455/BenitezPinerosAndreaKatherine2015.pdf?sequence=1>

²⁰ Teoría económica y sociológica que preconiza la restricción del número de nacimientos ante la limitación de recursos alimentarios.(Malthus, 1846)

²¹ “Los ODS mantienen la tradición de acuerdos utópicos promovidos por la ONU, pero sin responsabilidades precisas, lo que facilita su incumplimiento (Gil, 2018: 115). Con los ODS se ha criticado que numerosos objetivos son pura retórica, que buena parte de las 169 metas serían idealistas y visionarias, junto con problemas muy serios en la viabilidad de los indicadores aprobados. “No parece correcto afirmar que los ODS sean la Agenda del Desarrollo más novedosa jamás construida, en la medida en que buena parte de sus objetivos y metas sustantivas provienen de acuerdos, cumbres y conferencias internacionales fijadas hace años e incumplidos de forma sistemática”.(Gil, 2018:112)

²² <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

dentro del objetivo 3, *Salud y bienestar*, se señala que “para el año 2030, (se debe) garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva²³ en las estrategias y los programas nacionales”. Si se busca planificación familiar en un buscador de internet aparece, casi de manera sistemática, el concepto de anticoncepción. Resulta curioso que aparezca sólo la idea de evitar embarazos. En realidad, la planificación familiar debería ser el derecho a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que se tendrán ¿Qué se pretende realmente con esta meta?

Liu Zhenmin, subsecretario general de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), señala:

“El alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente los relacionados con la salud, la educación y la igualdad de género, contribuirá a reducir los niveles de fecundidad y a desacelerar el crecimiento de la población mundial”²⁴.

Resulta, cuanto menos asombrosa, esta relación entre natalidad, hambre, salud, igualdad, educación. Es una ecuación muy simplista, como si el reparto de los recursos fuese a ser equitativo controlando la población.

2.2. La pseudo mística de la genética: los objetivos eugenésicos en las TRHA-D

La idea de disminuir la población mundial y mejorar la especie humana mediante la atención sexual y reproductiva es un proyecto que no parece encajar como política racista ni genocida²⁵. Las TRHA ofrecen un ambiente propicio para instaurar la eugenesia como fin normal, aceptado y científico de determinadas prácticas que antes eran consideradas bárbaras. El símbolo de la genética y el concepto de salud permite llevar a cabo una selección de sujetos más adaptados para

²³ En la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, se recoge la necesidad de una acción urgente, por una parte, de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo y, por otra parte, de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. La Declaración de Alma-Ata de 1978 destacó como elementos esenciales de la atención primaria de salud, el suministro de alimentos y nutrición adecuada, el agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, entre otros (Alma-Ata, URSS, 1978).

²⁴ <https://www.un.org/es/desa-es/la-poblaci%C3%B3n-mundial-llegar%C3%A1-8000-millones-en-2022>

²⁵ El término “genocidio” fue acuñado por Raphael Lemkin (1944) para calificar las atrocidades cometidas por el régimen nazi contra millones de judíos y gitanos. Es el exterminio masivo de un grupo humano.

ser incluidos en la sociedad ¿Se puede llegar a restaurar viejos autoritarismos a pesar del lenguaje de la tolerancia y el respeto a la diversidad tan utilizado en las sociedades occidentales²⁶?

En la actualidad es difícil saber si lo que se nos está diciendo tiene un fondo médico real o bien un interés económico capaz de hacernos gastar sumas importantes de dinero en pruebas que no son estrictamente necesarias para la salud prenatal. Es cierto que hay pruebas de diagnóstico prenatal que pueden ser de gran ayuda para descartar posibles enfermedades en nuestro futuro hijo/a (Abellán, 2007²⁷) y poder acudir a una clínica especializada en selección embrionaria y fecundación in vitro, pero ¿de qué nos sirve conocer todas las afecciones que podría o no tener? La respuesta posible es que la medicina reproductiva nos permite seleccionar el tipo de hijo que queremos y tener unas expectativas de control y seguridad que son, cuanto menos, discutibles.

La aceptación del mejoramiento genético implicaría, por un lado, aceptar tácitamente que hay seres humanos de primera y segunda clase lo que puede suponer una fuente de discriminación y segregación social (Valdés, 2015). Por otro lado, nos lleva a admitir la legitimidad de tener determinados estereotipos estéticos, la homogenización racial e incluso cultural (Homanen, 2018) y como indica Valdés, la subvaloración de la diversidad genética. La búsqueda de determinados fenotipos, ¿puede resultar tan legítima como la búsqueda de la salud? La integridad, la dignidad y la diversidad genética que propugna el bioderecho se ponen en cuestión con el mejoramiento genético (Bernal-Camargo, 2015) Este mejoramiento está propulsado por las TRHA que, en muchas ocasiones, es generadora de hábitos eugenésicos.

3. La toma de decisiones y prácticas médicas en las clínicas de RHA

Determinadas prácticas médicas en los bancos de gametos y en las clínicas de reproducción asistida merecen una reflexión desde la perspectiva de la ética profesional de la medicina. Vamos a plantear tres cuestiones: mismo ginecólogo para la donante de ovocitos y para la receptora de

²⁶ En EE. UU. a mediados de 1920 en algunos estados era legal esterilizar a determinadas personas. En 1927 la esterilización eugenésica era constitucional y por tanto pasó de ser popular a ser legal, disparándose en los años 30 (epilépticos, ciegos, “débiles mentales” y pobres), alrededor de 70.000 personas fueron esterilizadas en EE. UU. En Virginia se continuó esterilizando hasta 1979. (En la Sentencia del Tribunal Supremo de Estados Unidos *Buck vs. Bell*, 274 U.S. 200 (1927), dice el juez O.W. HOLMES: “Tres generaciones de subnormales son suficientes.”)

²⁷ Indica Abellán (2007: 39-45) que en el artículo 12 de la Ley 14/2006, hay dos casos específicos en los que puede usarse el DGP (detectar enfermedades hereditarias graves y detectar cualquier otra enfermedad que comprometa la viabilidad del feto), supuestos a y b del artículo 12.1. Más una puerta abierta a usarlo para cualquier otra finalidad, siempre y cuando haya autorización expresa de la autoridad competente y un informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (art. 12.2).

los mismos; la elección del mejor tratamiento en función del coste y la oferta al usuario-paciente de pruebas diagnósticas; y terapias cuya efectividad no está demostrada empíricamente.

3.1. Donante y receptora compartiendo ginecólogo en las clínicas de reproducción asistida

Tal como señalan Rivas y Jociles (2020) que el mismo ginecólogo trate a receptoras y donantes de ovocitos puede provocar un conflicto de intereses:

El hecho de que donante y receptora compartan el mismo médico genera un conflicto de intereses, por cuanto el cuidado de la donante y el cuidado de la receptora pueden exigir prácticas médicas contradictorias entre sí; por ejemplo, el mejor interés de la donante debería llevar al médico a no centrarse en maximizar la producción de óvulos, mientras que el éxito del tratamiento de las receptoras puede depender del número de óvulos producido por la donante. (Rivas y Jociles, 2020: 125)

El interés de maximizar el número de ovocitos producidos por una donante se da independientemente de que el mismo médico no atienda a receptora y a donante. La vitrificación de ovocitos, al permitir el almacenamiento indefinido en bancos, rompe la cadena reproductiva. Ya no tenemos una donante (sujeto con corporeidad, historicidad, sexualidad, cultura) para una o dos receptoras; las biotecnologías reproductivas disponen de partes corporales, ovocitos, semen y “úteros” para utilizarlos en función de las necesidades e incluso exportarlos a otros bancos o clínicas. El criterio de maximización sigue vigente independientemente que donante y receptora no compartan ginecólogo.

La donación de ovocitos²⁸ tiene como fin ayudar a otra mujer a tener un hijo. Si bien no debe tomarse a la ligera la infertilidad, el tratamiento no es médicamente necesario por cuestiones de salud. La donante de ovocitos en realidad es una paciente, no una persona que ofrece repuestos (Cattapan, 2016) y el médico no debería maximizar la producción de gametos para hacer cada estimulación más rentable. La mayoría de las regulaciones en la donación de órganos insisten en que donante y receptor sean tratados por equipos médicos diferentes. Esto no es exigible en el caso de la donación-recepción de gametos²⁹. Para los receptores la donación de ovocitos es

²⁸ La donación de ovocitos es una técnica de reproducción asistida en la cual el gameto femenino es aportado por una mujer distinta de la que recibirá éste o el embrión resultante. La donación compartida es cuando los ovocitos obtenidos de una donación se comparten con varias receptoras. Y la donación dirigida es aquella en la que el o la donante elige específicamente quién recibirá los gametos. La legislación española prohíbe esta práctica. (Santalla, et al. 2008)

²⁹ En la Sociedad Canadiense de Fertilidad se recomienda dos grupos médicos diferentes que traten a donantes y receptoras. (Havelock

simplemente una intervención médica y las donantes son periféricas al proceso; las decisiones suelen correr a cargo del médico o de las receptoras. La ESRHE (2022) recomienda que tanto receptores como donantes tengan información y asesoramiento por igual de lo que supone la donación de material genético. Todas las partes implicadas en el proceso reproductivo deben tener acceso a la mejor información, evidencia e investigación sobre el tema.

La mujer donante puede ser vista como una máquina con piezas sustituibles, desechables, recambiables, que fragmenta la cadena reproductiva y permite el distanciamiento. La donante no ofrece sus ovocitos a una mujer, se lo ofrece a la clínica o banco y esta institución es quien decide qué hacer con ese material, utilizarlo en ese momento, vitrificarlo, trasladarlo a otro país, o utilizarlo pasados varios años. La donante no tiene ningún control sobre este proceso. Estamos ante una economía basada en la manipulación, explotación y apropiación tecnológica de la materia viviente sin que los y las principales protagonistas puedan tomar todas las decisiones (Pavone, 2012)

3.2. Velar por la calidad de la práctica profesional. La elección del gameto

En el artículo 6.2 de los Principios generales del Código de Deontología Médica (Organización Médica Colegial de España, 2022) se señala que “el médico debe velar por la calidad, la seguridad y la eficiencia de su práctica profesional, principales instrumentos para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud de sus pacientes y de la comunidad”. Nos gustaría señalar de este párrafo “velar por la calidad” como principio ético de la profesión médica.

La legislación española, en relación con las técnicas de reproducción asistida (Ley 14/2006), indica expresamente que los receptores no pueden participar, en ningún caso, en la elección del donante. Este aspecto es potestad médica.

En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante de 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. (Ley 2006 TRHA Capítulo II, artículo 6.4)

No hay motivos para dudar de que el banco de gametos selecciona³⁰ a los y las mejores donantes y tanto el ginecólogo como el embriólogo en el laboratorio proporcionan para los tratamientos las

et al., 2016).

³⁰ Los médicos no se encargan de la captación ni la remuneración de los y las donantes, ni de informar sobre el coste de los tratamientos

“muestras de la más alta calidad en cuanto a criterios de concentración, movilidad y morfología de los espermatozoides”(IVFforYOU³¹).

Algunas clínicas y bancos en su web (IVFforYOU ³²) ofrecen la posibilidad de elegir entre un semen “básico” y un semen “premium”. En la opción básica “semes estándar” las muestras tienen un coste de 220 euros y la categoría “semes premium” de 310 euros³³. En ambos casos se garantiza que se cumplen los cánones de calidad en criterios biológicos. La diferencia es que en el caso de la categoría “premium” el ginecólogo tiene “acceso a fotos, aficiones, historial de estudios y su fertilidad en donaciones previas comprobada con la obtención de embarazos” (IVFforYOU³⁴). Las fotos pueden indicarnos un intento por parte del facultativo de compatibilizar fenotipos entre donante y receptor/a. Ahora bien ¿qué sentido tiene acceder al historial académico y a las aficiones del donante? ¿Qué se pretende mostrar? ¿Qué información se dará a los receptores sobre estos aspectos y para qué? La potencia de la genética cobra aquí una especial importancia. Se van a transmitir a través de la “sangre”, transformada en lenguaje genético, aficiones (compatibles con los padres) o cociente intelectual (medido a través del expediente académico). Pero detengámonos en la frase, que forma parte de la publicidad, “fertilidad en donaciones previas”.

Al ser más costoso el semen de donante con fertilidad demostrada previamente, parece que el donante cuyo semen se califica como estándar no cumple ese criterio. Este escenario puede poner al médico en una situación en la que permite pensar que se vulnera el sistema de equidad³⁵ en salud (Ministerio de Sanidad del Gobierno de España). El profesional debería elegir el mejor tratamiento para su paciente, en este caso la mejor muestra de semen con capacidad fértil demostrada y no basarse en los recursos económicos de los que disponga la receptora.

¿Debería el médico participar en un procedimiento donde la elección del tratamiento está sujeta a la disponibilidad económica del paciente?

a los receptores, aunque sí toma decisiones y es responsable directo sobre el control de estos. Para Miner (2019) la profesión médica separa selectivamente el conocimiento científico (biomédico) del legal, emocional o ético para tener autoridad sobre la donación de ovocitos. Otras tareas necesarias (publicidad, compensación económica, logística de distribución) Miner las denomina “trabajo sucio”. Ahí el médico negocia relaciones de colaboración con otros profesionales permitiendo desviar el trabajo sucio a otros y que el médico se distancie de espinosas cuestiones éticas y legales manteniendo su buena imagen pública. (Miner, 2019)

³¹<https://www.ivfforyou.es/producto/banco-de-semen-estandar/>

³² <https://www.ivfforyou.es/disena-el-tratamiento-a-medida/#tecnologia>

³³ Categorías y precios de noviembre de 2023.

³⁴ <https://www.ivfforyou.es/producto/banco-de-semen-premium/>

³⁵ Significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/home.htm>

3.3. Velar por la eficiencia de la práctica profesional.

Otro concepto interesante que aparece en los Principios generales del Código de Deontología Médica es la “eficiencia³⁶” dentro de la práctica profesional de la medicina. Cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos.

Uno de nuestros informantes, un ginecólogo de gran prestigio en la reproducción humana asistida española e internacional, nos indicaba que desde algunas clínicas se ofrecían determinados procesos tecnológicos sin que esté comprobado que son eficaces.

A veces se ofrecen determinadas tecnologías en las clínicas de las que no se tienen pruebas de su eficacia, se utilizan una serie de años y luego, al comprobar que no se puede demostrar utilidad, se retiran de la oferta en las clínicas. ¡Y no pasa nada, nadie cuestiona! ¡Esto no es ético! (Ginecólogo español, entrevista en 2022)

Se ofrecen técnicas complementarias con la finalidad de incrementar las posibilidades de embarazo (el cultivo de los embriones hasta la fase de blastocisto³⁷). Asimismo, obtener el resultado de un test genético preimplantacional en 48 horas es más caro que si se espera 14 días (IVFforUOU)³⁸. También se ofrecen técnicas como “complementarias” con la finalidad de incrementar las posibilidades de embarazo y mayor rapidez en los resultados. ¿Son realmente necesarias estas técnicas desde el punto de vista clínico? Si son más eficientes, ¿por qué no se opta por ellas desde el principio en lugar de considerarlas un complemento?

Que la relación con el médico se realice en el idioma de la paciente pasa a ser un complemento que hay que pagar y no una facilidad en la comunicación médico-paciente. El aumentar las probabilidades de éxito de un tratamiento, la inmediatez y la atención especial pasan a convertirse no en un concepto de eficiencia de la práctica profesional, sino en algo exclusivo por lo que se debe pagar. Determinadas técnicas se seleccionan y ofrecen no sólo por cumplir adecuadamente una función, pasan a ser considerados mercancías de lujo, necesidades artificialmente creadas (Illich, 1978).

Además, también se ofrecen técnicas de emparejamientos con el o la donante que van más allá de los parecidos fenotípicos y la información genética. El *matching* de personalidad que ofrece

³⁶ Eficiencia: Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función. (Real Academia Española, 2022)

³⁷ El blastocisto es un embrión de 5 días, capaz de llevar a cabo la implantación. Hay mayor probabilidad de embarazo si se transfiere el embrión en la cavidad uterina en este estadio.

³⁸ Estamos hablando de técnicas cuyos costes pueden oscilar desde 350 a 3.400 euros, a sumar a las técnicas habituales con o sin donación de gametos. <https://www.ivforyou.es/disena-el-tratamiento-a-medida/#tecnologia>

un banco de gametos internacional es muy interesante. Entrevistamos a la gerente quien nos comentó:

El matching de personalidad es un cuestionario que yo he diseñado... Pero queda claro, siempre para la paciente qué vamos a ajustar si ya tiene (definido) gustos, intereses. Ah,(...) queda clarísimo también al momento de hacer este supuesto matching, es decir, si la receptora, pongamos que tiene una afición especial por la música (...), buscaremos una, podemos buscar una donante que tenga esa visión o ese don. (...). Nosotros le mandamos el cuestionario, obviamente al clínico. (Gerente banco ovocitos hispano argentino, entrevista en 2022)

Técnicas que no han demostrado su eficacia, como indicaba el ginecólogo, se abandonarán al cabo de unos años para ofrecer otras nuevas tecnologías. Posiblemente antes de conocer su validez empíricamente demostrada. En relación con la garantía de embarazo y se usen o no las técnicas complementarias más sofisticadas, un ginecólogo director de una clínica española indicaba que las posibilidades de embarazo del 100% no es real y es complicado de transmitir a los receptores esta idea. Por otro lado, no se trata de conseguir un embarazo sino de tener un niño nacido y sano.

Es una técnica (la ovodonación³⁹) a la que las personas les cuesta dar el paso y lo toman como con un razonamiento que yo siempre digo que es erróneo, que es vale... no me gusta, pero como, como es lo mejor, o como va a ser lo perfecto, pues voy adelante. No, no es perfecto y la perfección no existe. No tenemos un 100% de posibilidades de embarazo ni muchísimo menos. Sí que es verdad que tenemos más posibilidad de embarazo, menos riesgos, porque la probabilidad de alteraciones genéticas es menor, etc. Esto es difícil de transmitir.(Ginecólogo español, entrevista en 2022).

4. La atención reproductiva transnacional: donantes y dispositivos sociotécnicos.

La reproducción humana asistida se ha desterritorializado para convertirse en redes de conectividad reproductiva capaces de adaptarse a leyes contradictorias, al desarrollo tecnológico y a la movilidad tanto de personas como de sustancias reproductivas, conocimientos y capitales (Machin, Álvarez Plaza y Puig, 2023)⁴⁰.

³⁹ En la ovodonación se utilizar el óvulo de una donante para conseguir el embarazo. El semen puede ser de la pareja o también de donante.

⁴⁰ En este artículo discutimos sobre la migración de ovocitos de Europa a Brasil que parece tener cambios de ruta erráticos, desde

Hace unas décadas la mayoría de los centros médicos especializados en biotecnologías reproductivas (clínicas y/o bancos de gametos) gestionaban todo el proceso relacionado con los y las donantes: reclutamiento, selección, control y extracción de las muestras, procesamiento y vitrificación. Las operaciones clínicas, de laboratorio, administración y aplicación de los tratamientos a las receptoras estaban en manos de una sola entidad gestora. En el momento actual la cadena reproductiva se ha roto. Cada una de las partes del proceso puede estar en manos de centros diferentes, separados por miles de kilómetros, con legislaciones no homogéneas (Whittaker, Inhorn y Shenfield, 2019) lo que dificulta la trazabilidad de las muestras y que no sea posible controlar si se aplican las mismas normas, protocolos y estándares en todas las fases.

La atención reproductiva transnacional ofrece varios interrogantes para analizar desde las ciencias sociales. Queremos señalar dos aspectos para la reflexión: uno sobre las personas que proporcionan el material reproductivo (nos centraremos en donantes de ovocitos) y otro sobre el material sociotécnico (consentimientos informados, registros, trazabilidad, controles)

4.1. Las donantes y los ovocitos en la atención reproductiva transnacional

La fragmentación de la cadena reproductiva en la atención reproductiva transnacional implica que a lo largo del proceso participan varios profesionales y están comprometidos varios países. Esto pone en el debate diversos dilemas jurídicos y éticos. El hecho de no controlar toda la cadena reproductiva impide conocer exactamente dónde está la responsabilidad del cumplimiento legislativo del país receptor de las muestras (ovocitos, semen, embriones), ya que cada uno de estos elementos puede proceder de países muy diferentes y es difícil asegurar que en todo momento se cumplen los estándares de vigilancia sanitaria y del respeto a los derechos de los y las donantes para no ser utilizados como “recursos naturales”. Existen varias estrategias para que el país receptor obtenga ovocitos: 1) traslados del material genético, 2) traslado de donantes y 3) traslado de profesionales.

En relación con la primera estrategia, Jolluck (2012) describe lo que lleva consigo la presión de la demanda en países en vías de desarrollo donde la donación de gametos a menudo está vinculada a la trata de personas, que emplean la coacción (mediante amenazas) y sin derechos legales ni atención médica adecuada. Estos gametos están llegando a las clínicas de reproducción asistida y a los bancos de ovocitos (sobre todo) de países desarrollados cuyos receptores

España y pasando por otros países (utilizados como plataformas) antes de terminar en Brasil. Los cambios de ruta se basan en circunstancias legales o geopolíticas. (Machin et al., 2023)

desconocen el origen de este material y en qué condiciones se obtuvieron (The World Egg and Sperm Bank, 2023). La trata de personas ha ampliado sus operaciones para utilizar a las mujeres como recursos reproductivos (donantes y gestantes). Un ovocito y un espermatozoide no son solo células, detrás hay una mujer o un hombre y es importante plantearse de donde provienen esas “simples células” y cómo se han obtenido. Esto deben conocerlo los receptores si realmente queremos ofrecer como sociedad una medicina reproductiva justa y ética.

La segunda estrategia consiste en el traslado de donantes al país receptor. Algunas clínicas trasladan a las donantes desde sus países de origen para la extracción de ovocitos en EE.UU, Finlandia o Rusia. Un trabajo de campo muy ilustrativo es el de Weis (2021) quien nos pone en evidencia algunas prácticas de médicos en Rusia para sus pacientes chinos. Estos profesionales informan sobre tres posibles estrategias: 1) utilizar ovocitos de donantes de aspecto asiático que viven en Rusia; 2) comprar gametos de mujeres blancas para que los niños tengan mezcla eurasiática y así “mejorar” a su descendencia; y 3) contratar mujeres de apariencia similar de otros países para trasladarse a Rusia (Whittaker et al. 2019). Esta tercera estrategia presenta muchas dudas como: en qué país se realizan las estimulaciones; si el mismo día de la punción son obligadas a trasladarse a su lugar de origen o por el contrario permanecen unos días para comprobar su estado de salud; dónde se llevan a cabo los controles post punción; si están acompañadas durante los viajes de ida y vuelta; o si se pueden producir situaciones de inmigración irregular.

Existe otra posibilidad que es el desplazamiento de profesionales altamente cualificados en la extracción, vitrificación y traslado de ovocitos. En nuestro trabajo de campo pudimos comprobar dos opciones. Una consiste en que algunas clínicas españolas abren sucursales en Brasil y Argentina trasladando conocimiento, tecnología, capital y profesionales. Otra nos fue posible observarla en un banco de Bratislava. En este caso la estrategia es centralizar el banco en la capital de Eslovaquia y en los países limítrofes (Ucrania, República Checa, Polonia) y montar pequeñas clínicas donde se lleva a cabo la estimulación a las donantes. Cuando varias mujeres están listas, la ginecóloga y el embriólogo se trasladan a estos países y proceden a la extracción, vitrificación y traslado de las muestras al banco central⁴¹ de Bratislava.

Obsérvese en todos estos casos descritos que las donantes se distancian no solo de las mujeres receptoras a las que va destinado su material, también de los profesionales que las tratan. Son utilizadas como meros recambios, sus cuerpos se difuminan, son anónimas, meras características fenotípicas y sólo interesan las piezas genéticas que va a aportar en la formación del embrión. La despersonalización, la deshumanización es completa ¿El levantamiento del

⁴¹ En particular, el banco que observamos proporciona ovocitos a unos 45 países.

anonimato devolverá la humanidad al donante de semen y a la donante de ovocitos? ¿Qué sentido tiene la búsqueda de los orígenes?

Un aspecto complejo de los debates sobre la donación de ovocitos gira en torno a los riesgos para la salud de las donantes: si la remuneración de la donación llega a compensarlas, si se las informa adecuadamente de los riesgos inmediatos, a medio y a largo plazo o por qué no existen publicaciones de si hay o no repercusiones a largo plazo relacionadas con la donación. ¿Cómo es posible que los médicos provoquen en una mujer joven y sana una situación que pueda sobrellevar riesgos para su salud? Los profesionales entrevistados reconocen que los riesgos existen.

Se están jugando la vida de alguna manera. Entonces, ese aspecto normalmente las parejas receptoras habitualmente no lo contemplan, no lo valoran, ¿no? Es verdad que hay parejas, son mujeres o personas, que sí que lo valoran y de hecho te dicen oye, como yo no puedo dar las gracias personalmente, transmite a la donante: “te agradezco enormemente lo que haces”. Pero no es habitual. Lo habitual es que hay un nivel de exigencia alto en relación con las donantes de ovocitos. (Ginecólogo director médico de clínica española, entrevista en 2022)

Es insólito en el ámbito de la medicina que no haya estudios de posibles complicaciones a medio y largo plazo sobre las mujeres que han sido donantes. Ni si quiera se pregunta como antecedente obstétrico-ginecológico en la consulta del especialista. Si es complejo el registro de las donantes, resulta casi un esfuerzo titánico poder llevar a cabo seguimiento a largo plazo.

Llevar un registro nacional, porque hay una sociedad argentina de reproducción, se intenta, pero insisto, si nos es complejo aquí en España, con la cantidad de tratamientos...en América Latina es igual de complejo, con menos tratamientos, muchísimo menos. Tú imagínate que aquí (España) son 311 centros de reproducción asistida, casi todos haciendo donación. Ya en Argentina, no recuerdo exactamente cuántos centros hay, pero creo que hay 50 o una cosa así, son muy pocos el que hace más... (serán unos) 300 ciclos al año. (Gerente banco de gametos argentino, entrevista en 2022)

4.2. El material sociotécnico en el mercado reproductivo transnacional

El mercado de la atención reproductiva transnacional es muy flexible y se adapta a los cambios del mercado y a las necesidades del cliente. La salida de ovocitos desde España a Brasil (Machin, et al., 2023) se lleva a cabo utilizando países como plataformas para la exportación. España tiene unas condiciones muy estrictas para la exportación de material biológico fuera de Europa. La

estrategia es aprovechar la libre circulación de bienes y mercancías (sin aduanas ni aranceles) dentro de la Unión Europea para transferir a otros países europeos⁴², y estos actuarían como plataformas-lanzaderas para poder llevar los ovocitos a Brasil. Estas rutas han ido cambiando para adaptarse a los cambios legislativos y a la rigidez de los controles del material genético por parte de la Unión Europea, de España a Grecia, a Italia y a Eslovaquia (Machin et al., 2023). Los cambios de ruta permiten que el tránsito sea más eficiente y rápido. A pesar de la documentación que puede acompañar a las muestras genéticas, es difícil garantizar la trazabilidad. No es posible conocer si en todos los trayectos se cumplen los requisitos de registros y mantenimiento de criopreservación de las muestras, así como el mejor procedimiento de traslado de los gametos de un país a otro. Esta vigilancia es compleja.

En el ámbito de la atención reproductiva transnacional puede existir la incertidumbre sobre si en los países exportadores de ovocitos las informantes han recibido una información adecuada en relación con el destino de su material genético y con el correcto cumplimiento de la firma de los consentimientos informados⁴³ (que pueden ser irrelevantes si hay perspectiva de abuso a una persona vulnerable y sólo pueden servir para proteger a profesionales y a receptores del material). Asimismo, cabe dudar de los controles de calidad de las muestras en los lugares de origen. Como señala Martin (2012), la internacionalización ha hecho que la supervisión sea ridícula, ya que no hay una uniformidad legislativa en todos los países por donde puedan circular los gametos. ¿Quién audita estos procedimientos en clínicas y bancos de gametos de origen llevados a cabo en países con normativas más flexibles⁴⁴? ¿Cuál es la cadena de custodia del trabajo en los laboratorios para confirmar que se cumplen los estándares de los países receptores de esas muestras?

El control de determinadas patologías en las muestras genéticas para poder realizar traslados de Europa a Iberoamérica es un tema complejo de abordar. Por ejemplo, llevar a cabo o no la detección del Zika:

Investigadora. ¿Es posible que haya enfermedades, digamos que aquí no detectemos porque no hay riesgo epidemiológico, no tenga interés y allí (en otros países fuera de Europa) sí sea relevante?

⁴² Las clínicas solicitantes suelen ser sucursales de las españolas en otros países europeos, pero con diferentes nombres.

⁴³ Los médicos suelen indicar que los y las donantes no donan por dinero, son personas con un buen nivel educativo y cultural, perfectamente informadas. Se someten a controles psicológicos, pero en ocasiones la consulta con el psicólogo suele exagerar determinados talentos y atributos de la donante. No existe la misma normativa a nivel internacional en relación con el anonimato o el derecho legal de retirarse de una donación en cualquier momento y sin repercusiones

⁴⁴ En EE.UU reciben ovocitos de Chile, México, Brasil, Chipre, Argentina Rusia, Rumanía, Ucrania, Azerbaiyán, China y otros países. (The World Egg and Sperm Bank, 2023).

Informante. Sí, pero eso se hace porque, por ejemplo, si hay una de las enfermedades que es más prevalente, en una parte de Europa, Croacia, Eslovenia, todos esos países que es la... Ahí sí que lo hemos hecho, que lo hacemos de rutina en el screening de los donantes, es la betatalasemia⁴⁵, que aquí (España) no es prevalente pero ahí sí. (En) toda España, se hace de forma rutinaria. Entonces, es verdad que habrá otro tipo de enfermedades, a lo mejor más raras, que sean prevalentes allí (Iberoamérica⁴⁶) y no sean prevalentes aquí. (Embrióloga española. entrevista en 2022)

Los gametos no sólo transmiten la vida reproductiva, también pueden ser peligrosos al poder llevar consigo una potencial enfermedad que hay que descartar. Todos estos controles exhaustivos y exigibles para los gametos de donante no lo son para los gametos de los receptores con los que se van a unir. Los ovocitos (y los espermatozoides) son considerados potencialmente peligrosos tanto por su carga genética (poder transmitir taras) como por transportar enfermedades.

5. Consideraciones finales

Las reflexiones y debates sobre las TRHA deben tener presente que se sustentan en: el deseo de tener un hijo como quieras, cuando quieras y con quien quieras; el gameto como un gran icono cultural que construye identidades, relaciones y pertenencias; y el hecho de estar ante un gran mercado reproductivo. Desde una perspectiva ética, hemos puesto el foco de atención en algunos aspectos:

1) La Organización de Naciones Unidas (ONU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) bajo el paraguas de la atención sexual y reproductiva de la población, propulsan la consecución de determinados fines (disminuir la pobreza y mejorar la salud, la igualdad y la educación) pero en realidad ocultan un control demográfico y un mejoramiento genético. En este sentido las TRHA son un medio propicio para que determinadas prácticas eugenésicas ofrezcan

⁴⁵ La betatalasemia es un trastorno sanguíneo hereditario, donde el cuerpo no fabrica beta globina de la manera que debería. La beta globina y la alfa globina son componentes básicos de la hemoglobina. La hemoglobina es la parte de los glóbulos rojos que transporta oxígeno por todo el cuerpo.

⁴⁶ No se descarta la posibilidad de que el virus Zika se transmita a través de los gametos (óvulos y espermatozoides). Cuatro de cada cinco personas infectadas no tienen síntomas. Se ha observado un incremento del número de casos de microcefalia y trastornos neurológicos fetales cuando el virus Zika afecta a mujeres embarazadas. La prevención en el caso de las donantes sería: si el/la donante o su pareja han viajado a zonas de riesgo, se debe esperar 28 días hasta confirmar que dichas personas no están infectadas. Posteriormente se harían pruebas de confirmación para virus Zika en sangre o en semen.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/pdf/virus_zika_15Febrero2016.pdf.

un ambiente aceptado, científico y normalizado. Esta aceptación puede implicar una subvaloración de la diversidad genética y una fuente de discriminación y segregación social.

2) Algunas prácticas médicas en el ámbito de las TRHA pueden entrar en conflicto con Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. Es el caso de compartir ginecólogo la donante de ovocitos y la receptora donde se puede dar un conflicto de intereses, Así, maximizar los tratamientos produce efectos indeseados en la donante para aumentar las posibilidades de embarazo en la receptora. Esta cuestión nos lleva también a plantear si es ético que los médicos provoquen que una mujer joven y sana, la donante, ponga en riesgo su salud.

Una segunda cuestión puede estar vulnerando el sistema de equidad en salud: la elección del mejor tratamiento por parte del profesional y no basarse en los recursos económicos de los receptores; la oferta de pruebas diagnósticas y terapias cuya efectividad no está demostrada empíricamente o de dudosa eficacia, pone en evidencia la eficiencia de las prácticas profesionales

3) La atención reproductiva transnacional impide controlar toda la cadena reproductiva. El material reproductivo, las donantes de ovocitos (y gestantes) y los profesionales pueden circular por varios países hasta llegar a los receptores de las TRHA. Cada país tiene una regulación diferente lo que exige, de manera urgente, un marco legislativo internacionalmente vinculante, supervisado por los juristas, los Estados, los profesionales médicos y las instituciones internacionales. Esta regulación debe contemplar desde estándares de vigilancia sanitaria hasta garantizar que se respetan los derechos de los y las donantes y gestantes y no sean tratados y tratadas como meros recursos reproductivos.

La atención reproductiva transnacional tiene varias perspectivas poco transparentes: la procedencia de los ovocitos y en qué circunstancias de reclutamiento se han obtenido (inmigración irregular, coacción, trata de personas); la información que se les da a las donantes donde debe quedar claro que la comprenden y no se trata solo de los consentimientos informados que en ocasiones sirven para proteger a profesionales y receptores; la participación en la toma de decisiones sobre el destino de su material genético; la vigilancia y los controles sanitarios a las donantes y promover investigaciones médicas y psicológicas sobre consecuencias a medio y largo plazo sobre la donación de ovocitos.

Un mercado que existe para crear familias saludables no puede dar de lado ni la salud, ni los derechos, ni la dignidad, de las personas que participan en la formación de esas familias.

Agradecimientos

Las autoras quieren expresar su agradecimiento a los revisores anónimos de este artículo por sus valiosos comentarios y sugerencias para el enriquecimiento y mejora del trabajo.

Bibliografía

- ◆ Abellán, F. (2007). *Selección genética de embriones. Entre la libertad reproductiva y la eugenesia*. Granada: Comares.
- ◆ Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata URSS*, 6-12.
- ◆ Álvarez Plaza, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad: mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Alcalá La Real: Alcalá Grupo Editorial.
- ◆ Alves, S. M. A., Oliveira, C. C. (2014). Reproducción médicamente asistida: cuestiones bioéticas. *Revista Bioética*, 22(1): 66-75.
- ◆ Bernal-Camargo, D. R. (2015). Bioderecho internacional. *Derecho y realidad*, 13(26): 33-54.
- ◆ Cattapan, A. (2016). Precarious labour: On egg donation as work. *Studies in Political Economy*, 97(3): 234-252.
- ◆ Emergen Research (2021) Tamaño del Mercado de Tecnología de Reproducción Asistida (ART), Participación, Tendencias, Por Procedimiento, Por Tecnología, Por Uso final y Por Región Pronosticada para 2028. <https://www.emergenresearch.com/es/industry-report/mercado-de-tecnolog%C3%ADa-reproductiva-asistida>.
- ◆ ESHRE Working Group on Reproductive Donation, Kirkman-Brown, J., Calhaz-Jorge, C., Dancet, E. A., Lundin, K., Martins, M., ... & Frith, L. (2022). Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. *Human Reproduction Open*, 2022(1): hoac001.
- ◆ Facebook edición digital. ¿Dejarías de tener hijos hasta que tomen medidas por el cambio climático? (2023) <https://www.facebook.com/photo/?fbid=433845997238628&set=a.128630477760183>
- ◆ Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- ◆ Gil, C. G. (2018). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 140(1): 107-118.
- ◆ Havelock, J., Liu, K., Levitan, S., Petropanagos, A. and Lawrence K. (2016). *Guidelines on Third Party Reproduction*. Canadian Fertility and Andrology Society. https://cfas.ca/_Library/clinical_practice_guidelines/Third-Party-Procreation-AMENDED-.pdf.
- ◆ 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.
- ◆ Hubbard, R. (1995). Genomania and health. *American Scientist*, 83(1): 8-11.
- ◆ Illich, I. 1978 *Medical Nemesis*. New Cork: Panteón Books.
- ◆ Instituto de Política Familiar de España. (2015) España no alcanza el reemplazo generacional desde hace 35 años. http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Noticia/Espa%C3%B1a_no_alcanza_el_reemplazo_generacional_desde_hace_35_a%C3%B1os#:~:text=El%20nivel%20de%20reemplazo%20generacional,decir%20desde%20hace%2035%20a%C3%B1os.
- ◆ Jolluck, K. R. (2012). Combating the Trafficking of Women in Eastern Europe. *Program on Human Rights, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law Freeman Spogli Institute for International Studies*.

- ◆ Lemkin, R. (2014). *Axis rule in occupied Europe: Laws of occupation, analysis of government, proposals for redress*. The Lawbook Exchange, Ltd. https://www.academia.edu/5846019/Raphael_Lemkin_Axis_Rule_in_Occupied_Europe_Laws_of_Occupation_Analysis_of_Government_Proposals_for_Redress_Chapter_IX_Genocide_.
- ◆ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, Pub. L. No. Ley 14/2006, BOE-A-2006-9292 19947 (2006). <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14>.
- ◆ Lippman, A. (1993). Prenatal genetic testing and geneticization: Mother matters for all. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 8(1): 175-188.
- ◆ Machin, R., Álvarez Plaza, C., & Puig Hernández, M. A. (2023). The reproductive silk route: transnational mobility of oocytes from Europe to Brazil. *Mobilities*: 1-14.
- ◆ MALTHUS, T.R. (1846). *Ensayo sobre el principio de la población*. Madrid: Establecimiento Literario y Topográfico de Lucas González y Compañía. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2aOuxVUqw6YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Ensayo+sobre+el+principio+de+la+poblaci%C3%B3n+Malthus&ots=7I70g3AEp&sig=46zevj1gORysLPHXi1M9mzw8is#v=onepage&q=Ensayo%20sobre%20el%20principio%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20Malthus&f=false>.
- ◆ Martin, D.E. (2012) The Red Market: On the Trail of the World's Organ Brokers, Bone Thieves, Blood Farmers, and Child Traffickers. *Journal of Bioethical Inquiry Online* 9(2): 205-207.
- ◆ Miner, S. A. (2019). Demarcating the dirty work: Canadian fertility professionals' use of boundary-work in contentious egg donation. *Social Science & Medicine*, 221: 19-26.
- ◆ Ministerio de Asuntos Exteriores Gobierno de España (2016) http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/pdf/virus_zika_15Febrero2016.pdf.
- ◆ Ministerio de Sanidad del Gobierno de España <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/home.htm>.
- ◆ Naciones Unidas (ONU). (2022) *Objetivos de Desarrollo Sostenible* <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/0>.
- ◆ Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (2022). La población mundial llegará a 8.000 millones en 2022. <https://www.un.org/es/desa-es/la-poblaci%C3%B3n-mundial-llegar%C3%A1-8000-millones-en-2022>.
- ◆ Organización Médica Colegial de España (OMC) (2022). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/index.html.
- ◆ Pavone, V. (2012). Ciencia, neoliberalismo y bioeconomía. *Revista iberoamericana de ciencia tecnología y sociedad*, 7(20): 145-161.
- ◆ Platón (1986) *Diálogos IV República*. Madrid: Editorial Gredos. https://aulavirtual4.unl.edu.ar/pluginfile.php/7051/mod_resource/content/1/platon-dialogos-iv-republica-gredos.pdf.
- ◆ Real Academia Española (2022). *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <https://dle.rae.es/>.
- ◆ Rivas, A. M. y Jociles M. I. (2020). ¿Ayuda o trabajo?: la perspectiva de las donantes de óvulos sobre su participación en la reproducción biológica. En *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones*. Valencia: Tirant lo Blanch, 95-156.
- ◆ Rivas, A.M., Plaza-Álvarez (ed.). (2020). *Etnografía de los mercados reproductivos: actores, instituciones y legislaciones*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- ◆ Rothman, B. K. (1998). *Genetic maps and human imaginations: The limits of science in understanding who we are*. WW Norton & Company.
- ◆ Santalla, A., Calderón, M. A., López-Criado, M. S., Fontes, J., López-Jurado, R., & Martínez-Navarro, L. (2008). Donación de ovocitos. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 35(4): 131-137.

- ◆ The World Egg and Sperm Bank (2023) <https://www.linkedin.com/pulse/importation-eggs-from-developing-countries-how/>.
- ◆ Valdés, E. (2015). Bioderecho, daño genético y derechos humanos de cuarta generación. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 48(144): 1197-1228.
- ◆ Weis, C. (2021). Changing fertility landscapes: exploring the reproductive routes and choices of fertility patients from China for assisted reproduction in Russia. *Asian Bioethics Review*, 13(1): 7-22.
- ◆ Whittaker, A., Inhorn, M. C., & Shenfield, F. (2019). Globalised quests for assisted conception: Reproductive travel for infertility and involuntary childlessness. *Global Public Health*, 14(12): 1669-1688.
- ◆ Wu X. (2014) *Population Studies Center Research Report 14-833*. University of Michigan. Census Undertakings in China: 1953–2010.
- ◆ Wyns, C., De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M.S., Motrenko, T., Smeenk, J., Bergh, C., Tandler-Schneider A., Rugescu, I.A., and Goossens V. (2022). ART in Europe, 2018: 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 Open*, 3: 1-20. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac022>.

Fecha de recepción: 7 de diciembre de 2023

Fecha de aceptación: 26 de enero de 2024

Fecha de publicación: 13 de junio de 2024