

## Observatorio salud perinatal, mujer y desarrollo Declaraciones curso 2009-2010

### 2. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos

**María Ruiz Caballero. María Paz Zulueta.**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid

[mariaruizc@gmail.com](mailto:mariaruizc@gmail.com)

[zluetamp@yahoo.es](mailto:zluetamp@yahoo.es)

**Resumen:** En España la reproducción humana asistida se regula por la Ley 14/2006. En apariencia es una ley sólida pero está sujeta a numerosas interpretaciones tanto de los profesionales como de los usuarios. Cabe destacar que en los últimos años la demanda de técnicas en reproducción humana asistida es muy superior a la oferta existente, y en especial en la donación de ovocitos. Esto, nos lleva a reflexionar acerca de los derechos de las donantes, la seguridad de las técnicas empleadas y en general a cerca de si los principios éticos se respetan en los problemas de salud relacionados con la infertilidad.

**Palabras clave:** Reproducción humana asistida. Donación óvulos. Ética.

**Abstract:** In Spain, assisted human reproduction is regulated by Law 14/2006. Apparently, it is a solid law but it is subject to many interpretations by both professionals and users. We have to stress that in recent years, demand for assisted reproduction techniques is far superior to the existing supply, especially in oocyte donation. This leads us to reflect on donors' rights, the safety of the techniques employed and in general on whether ethical principles are observed in health problems related to infertility.

**Keywords:** Assisted human reproduction. Oocyte donation. Ethics.

### INTRODUCCIÓN

Entendemos por **fertilidad** la capacidad que tienen los seres vivos para reproducirse. La **esterilidad** indica la pérdida de esa capacidad. La American Fertility Society<sup>(1)</sup> considera estéril a la pareja que no consigue embarazos tras un año de coitos sin métodos anticonceptivos. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Europea de Reproducción no consideran estéril hasta que no hayan transcurrido 2 años de relaciones sexuales regulares con finalidad reproductora<sup>(2)</sup>.

Cuando la pareja consigue una concepción pero el embarazo se malogra y se produce una pérdida fetal se habla de [infertilidad](#).

La disminución de la fertilidad humana en las sociedades contemporáneas puede explicarse, entre otros muchos factores, tanto por la esterilidad voluntaria de muchas parejas que siguen diversos métodos anticonceptivos con la idea de aplazar el embarazo, como por la pérdida de potencial reproductor derivada del hecho de posponer la maternidad a edades avanzadas en las que la mujer es fisiológicamente menos fértil<sup>(3)</sup>.

Actualmente, las estadísticas de población hablan de unas tasas de esterilidad que pueden oscilar entre el 10% y el 15%. Se calcula que 1.200 parejas por cada millón de habitantes tendrán problemas de fertilidad, y que en España se incorporarán cada año 44.000 nuevas parejas al colectivo de parejas estériles. Aunque no existe un incremento de las tasas de prevalencia de la esterilidad a lo largo de los últimos años, si se ha producido un aumento de profesionales de la salud que se interesan por la reproducción asistida. Este fenómeno del aumento de demanda de formación se justifica según la Sociedad Española de Fertilidad por varias razones: dificultades crecientes en las adopciones, aumento del número de profesionales implicados en la reproducción, aumento de las expectativas creadas por las nuevas técnicas y medicación e incremento de la sensibilidad social a través de los medios de comunicación.

Según los datos publicados por el INE en junio de 2009, en los últimos 30 años ha disminuido progresivamente el porcentaje de mujeres que tienen su primer hijo antes de los 30 años, situándose la edad media de la maternidad en torno a los 31 años, siendo España uno de los países más tardíos en engendrar. Si analizamos las tasas de embarazo nos encontramos una importante reducción de las tasas de gestación en mujeres de más de 35 años. Estos datos ponen de manifiesto una disminución progresiva del número de mujeres incluidas en el grupo de máxima fertilidad (por debajo de los 30) y un aumento de la población en el grupo que más baja fertilidad tiene y por lo tanto más demandarán asistencia reproductiva<sup>(4)</sup>. Los modernos avances y descubrimientos científicos y tecnológicos, y en especial los de la biomedicina y la biotecnología, han posibilitado, entre otros, el desarrollo y utilización de técnicas de reproducción alternativas a la esterilidad de la pareja humana, generalmente conocidas como técnicas de reproducción asistida o artificial. En España existen 203 centros de reproducción asistida autorizados; de ellos un alto porcentaje están situados en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía y Madrid, las cuales agrupan sólo alrededor de la tercera parte de la población española.

El concepto [Técnicas de Reproducción Asistida](#), hace referencia a un conjunto de técnicas tales como inducción de la ovulación, inseminación artificial, fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática, transferencia de embriones, criotransferencia, diagnóstico preimplantacional, etc. Elegir una u otra técnica para solucionar un problema de esterilidad depende del factor de esterilidad, de la edad de la mujer, del

tiempo de duración de la esterilidad y de otros elementos como los recursos de los centros acreditados y la legislación del país donde se realizan los tratamientos. El gameto femenino, ovocito, en reproducción asistida resulta más complejo de controlar y manipular que el espermatozoide. Se requiere que la mujer, sea cual sea el factor de esterilidad, se someta a tratamientos hormonales de estimulación de la ovulación, con el fin de aumentar el número de ovocitos y poder incrementar las posibilidades de embarazo. El tratamiento consiste en inducir una ovulación mediante un estímulo hormonal. Los riesgos que asume la mujer con estos tratamientos son el embarazo múltiple (6-12%) y el denominado “síndrome de hiperestimulación ovárica” (en torno al 1%)<sup>(5)</sup>.

Tanto en la fecundación in vitro como en la inyección intracitoplasmática se puede utilizar gametos de donante, femenino, masculino o ambos. La selección de donantes de semen, entre 18 y 35 años, tiene como objetivo asegurar el buen estado de salud de los donantes y la calidad de la muestra. La donación de ovocitos se define como la técnica de reproducción asistida mediante la cual el gameto femenino es aportado por una mujer distinta a la que recibirá éste o el embrión resultante. Las donantes deben tener entre 18 y 35 años y un buen estado de salud. Los riesgos asumidos por la donante son los mismos que los descritos para la estimulación ovárica en general, con el agravante, que al ser mujeres más jóvenes se incrementan los riesgos de hiperestimulación (1-4%). Las tasas de gestación mediante esta técnica son las más elevadas respecto a cualquier otro tipo de procedimiento, 30-40 % en el mejor de los casos<sup>(7)</sup>.

En 1988 surge la primera ley que regula la reproducción asistida en España con motivo de numerosos avances científicos en este campo, dicha ley ha sido modificada en 2003 y por último en 2006 debido a que ha tenido que ir adaptándose a los rápidos y continuos avances de la técnica, a corregir las deficiencias advertidas en las leyes anteriores y a ir modificándose en función de las exigencias de los usuarios. Actualmente la reproducción asistida se regula por la Ley 14/2006, 26 mayo, “sobre técnicas de reproducción humana asistida”. Esta ley, se compone de ocho capítulos que regulan: los participantes en reproducción asistida, las técnicas de reproducción y crioconservación, la investigación con gametos, los centros sanitarios, los registros nacionales, las infracciones y la creación de una Comisión Nacional de Reproducción asistida<sup>(5)</sup>.

### **ASPECTOS MÁS RELEVANTES TRATADOS EN EL SEMINARIO**

El objetivo principal de este seminario es adecuar los conocimientos a las necesidades y demandas de la sociedad creando un espacio de reflexión e intercambio que permita a los profesionales, implicados o no, identificar el estado actual de las prácticas y discursos en reproducción asistida.

Lo que en principio parece una ley sólida (Ley 14/2006, 26 mayo, "sobre técnicas de reproducción humana asistida") presenta numerosas ambigüedades sujetas a la interpretación tanto del profesional como del usuario. Claro ejemplo de ello es que a pesar que el acto de donación debe ser altruista y gratuito, la compensación económica por las molestias es dispar en función del centro sanitario donde se realice.

Otro punto débil es que según la ley la donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan. Pero, ¿saben las donantes españolas que sus óvulos puede recibirlos una receptora extranjera, cuyas leyes sobre el anonimato de la donante son diferentes a los de nuestro país? En un caso como este, ¿cuál es la ley que prevalecería? La ley sueca, por ejemplo, reconoce el derecho del hijo nacido por técnicas de reproducción asistida con gametos de donante a conocer la identidad de su padre biológico al alcanzar la mayoría de edad. Nuestra ley niega la identidad del o la donante (capítulo II y V) y tan sólo se acepta que excepcionalmente se revele la identidad biológica del donante: "si existe peligro para la vida del hijo o cuando proceda con arreglo a las leyes procesales penales". ¿Cómo manejar el derecho al conocimiento del origen genético, que se concede en la adopción, y se niega, salvo excepciones, en la donación de gametos?

Por otro lado la legislación española establece la obligatoriedad de los registros de donantes, en su capítulo VII, pero en la actualidad España no cuenta con los registros adecuados: ¿Cómo se controlan entonces las donaciones? Según lo establecido en la legislación española el máximo de donaciones permitidas es de seis embarazos con nacimiento de hijo sano por donante, es decir, seis embarazos a término con recién nacido vivo, ya que si hubiese un número mayor de hijos biológicos de un mismo donante se correría el riesgo de que el número de anomalías genéticas aumentara en las futuras descendencias, por problemas de consanguinidad. Uno de los problemas respecto a este tema es que, a excepción de Cataluña, no existe en España un registro de donantes que acuden a los diferentes centros de reproducción asistida del territorio; la única información que se tiene es la que facilita el propio donante de forma oral. En estos momentos el Ministerio de Sanidad prepara un Real Decreto para crear una base de datos en España, con el fin de controlar el número de donaciones que los donantes realizan en los diversos centros de reproducción de nuestro territorio, manteniendo en todo momento la confidencialidad del donante como la ley establece.

Interesa reflexionar y analizar los agentes implicados en el sistema de donación en reproducción asistida, la trayectoria de los demandantes que acuden a los centros, la utilización de los servicios, las relaciones entre demandantes y profesionales, la tensión para los diferentes agentes que suponen estas técnicas, la construcción y control del cuerpo reproductor, los significados atribuidos a esterilidad, gameto propio y ajeno, embrión, maternidad, paternidad para los agentes y los universos de sentido asociados.

El sistema de donación de gametos justifica su razón de ser concediendo mayor importancia al aspecto relacional del parentesco (crianza) que al genético<sup>(7)</sup>. Se apoya en el anonimato, el altruismo y las semejanzas fenotípicas donante-receptor de gametos. Mediante el análisis en este debate se ha reflexionado acerca de que los donantes y receptores adoptan estrategias que tienden al ocultamiento, a la clandestinidad y al secretismo lo que muestra lo significativo que es el vínculo genético con el hijo en nuestra sociedad. La ocultación de la participación de un o una donante es una estrategia que permite la integración del niño en la red familiar; esto es posible gracias a la evidencia del embarazo. Se oculta la participación de terceros en el proceso reproductivo por temor a la incompreensión social, para evitar conflictos de adaptación familiar del niño, y además evitar que ese conocimiento llegue al niño en algún momento a través de un familiar.

En los últimos años hemos asistido a un incremento de la demanda de técnicas con donación de gametos y la aparición de nuevos grupos que van a competir por los recursos con las parejas estériles, a las que tradicionalmente trataba la medicina reproductiva. Todo ello provocado por una política de reproducción liberal, la mejora de las técnicas y la popularización de la reproducción asistida. Hoy en día la demanda está muy por encima de la oferta y, el choque entre la escasez y el deseo, repercute en la parte más débil del sistema que es la donante de óvulos. Nos ha llamado especialmente la atención que exista una selección de los fenotipos en un sistema donde se reconoce la escasez; no todos los aspirantes-donantes son admitidos. Aparte de criterios biomédicos se concede un valor positivo a los gametos que puedan transmitir semejanzas con los posibles receptores y un valor negativo a los que ponen de manifiesto discrepancias corporales y étnicas.

Ha sido tema de debate el hecho de que exista una desigualdad palpable respecto a los donantes de gametos. Para empezar podemos describir que los procesos de captación son diferentes: mientras que a los hombres se les motiva mediante carteles publicitarios en los campus universitarios, las mujeres acuden a los centros de reproducción asistida informadas por otras mujeres, el clásico “boca a boca”, o bien porque lo han leído en periódicos de tirada gratuita y anuncios en el metro. Esto condiciona en muchos casos el perfil de los donantes. Mientras ellos son jóvenes universitarios españoles, sin hijos ni pareja estable, las mujeres suelen ser inmigrantes, trabajadoras de servicios, con pareja estable e hijos a los que mantener<sup>(5)</sup>.

Así mismo las “molestias” que se pretenden compensar económicamente son muy diferentes en la donación de semen y óvulos. Ellos cubren pequeños gastos mientras que para ellas la compensación colabora de forma significativa en la economía familiar. Para los donantes las “molestias” son el desplazamiento a la clínica y pérdidas de tiempo. Para las donantes es un acto sanitario, lo que implica que una mujer sana entra en un sistema de consultas, exploraciones, tratamientos, es controlada por un médico que la convierte en “enferma” y se la debe devolver su estado de salud. A la donante de óvulos se la fuerza la fertilidad buscando rentabilidad biológica y/o económica. Para ello es necesario someterla a tratamientos fuertes con

la idea de obtener muchos folículos útiles para más de una receptora. En nuestro seminario reflexionamos sobre un grave problema: el derecho a la salud de las mujeres donantes choca con el derecho de reproducción de las receptoras. Sin olvidar que la donación es un acto voluntario al que se somete la mujer sin ningún tipo de coacción, todos los profesionales implicados reconocen el riesgo al que se somete a las donantes. Por lo tanto las matronas creemos que las donantes de óvulos deberían ser protegidas por nuestra ley y recompensadas de forma equitativa. Estas mujeres viven situaciones de dependencia que las colocan en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando existen problemas y complicaciones durante el proceso.

### **CONCLUSIONES**

Se trata de un tema complejo porque es un mercado que procesa deseos, hijos y salud. Los intereses son inmensos y deben protegerse la dignidad de las y los receptores, de los hijos agámicos y semiagámicos y de la parte más débil del sistema, las donantes de óvulos. Queremos destacar la poca atención prestada a la proveedora de óvulos por parte de la medicina reproductiva y el derecho. En una sociedad interesada en no asumir riesgos de salud, resulta chocante que la medicina reproductiva someta a una mujer sana a situaciones no exentas de riesgos. Cabe preguntarse si esto es lícito.

La compensación económica por la donación “altruista” de los óvulos puede acabar convirtiendo a la donación en una actividad mercantil que puede generar abuso sobre mujeres con escasos recursos económicos. Ante la escasez de donantes (óvulos) que hoy tenemos y que puede hacer que el óvulo se convierta en el petróleo de la industria farmacéutica, llevando el tema de la donación a un comercio donde rigen la ley de la oferta y la demanda, y pudiendo dar paso al “trafico de genes”.

Quizás debiera plantearse que las mejoras en reproducción se centren, no en conseguir un embarazo a los 40 años (primera causa social de infertilidad), sino en conciliar la vida laboral para poder quedarse embarazadas antes, entre otras soluciones posibles. Quedan todavía muchas preguntas en el aire sobre este tema, debemos reivindicar una ley que beneficie más a las mujeres donantes, las matronas debemos investigar en el campo de la reproducción y empezar a trabajar dentro de esas unidades.

### **BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS ELECTRONICOS**

1. American Society For Reproductive Medicine (ASRM). Fecha de consulta: diciembre 2009. Disponible en: <http://www.asrm.org>.

2. Bestard Camps J. Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones. Barcelona: Universitat de Barcelona, Departament d'Antropologia Cultural, Historia d'America i Africa; 2003.
3. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESRHE). Fecha de consulta: febrero 2010. Disponible en: <http://www.esrhe.com/>.
4. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Publicaciones sobre legislación en Reproducción Humana Asistida. Fecha de consulta: diciembre de 2009. Disponible en: <http://nuevo.sefertilidad.com/socios/legislacion.php>.
5. Bolúmar F, Rebagliato M, Vioque J. Prevalencia de infertilidad y subfertilidad en Valencia. XIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, 25-27 Octubre, 2005.
6. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa 4 de junio de 2009, Fecha de consulta: enero de 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/>.
7. Álvarez Plaza C. Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en la reproducción humana asistida. Rev Antropol Soc. 2006;15: 411-55.
8. Palles Seijas M. Ovodonación. Metas de Enfermería. 2008;11(9):22-6.

Recibido: 13 julio 2010.

Aceptado: 8 septiembre 2010.