

ADMISIONES Y EXCLUSIONES EN LA PRÁCTICA DE LA DONACIÓN DE ÓVULOS

“Trabajo Final del Grado de Antropología Social y Cultural”

Priscila Rivera Gutiérrez

prisvalentina@yahoo.com

2013-2014

Tutora :

Silvia de Zordo

Resumen

El auge de las técnicas de reproducción asistida ha generado una gran demanda de óvulos que desde el año 2009 ascendió un 80%¹. Pero no todas las aspirantes podrán finalmente convertirse en donantes de óvulos. Deberán pasar un proceso de selección que admitirá a menos de la mitad de aspirantes y que finalmente donarán sus óvulos para la reproducción o para la investigación.

De estas consideraciones, deriva el objetivo central de este artículo que radica en el análisis de los criterios de selección de las donantes de óvulos en las clínicas de reproducción asistida de Barcelona. Paralelamente, se analizan las configuraciones de las concepciones sobre la maternidad que puedan producirse tras la experiencia de la selección de donantes en las clínicas de reproducción asistida de Barcelona, y de la donación.

PALABRAS CLAVE: reproducción, donación, medicalización, gametos, vínculo genético, fenotipo.

¹Información publicada en el Diario La Vanguardia, del 15 de febrero de 2014. Anexo Nº 2.

ÍNDICE

Introducción	4
<i>I ¿Qué es la donación de óvulos? Entre lo legal, lo biomédico y lo moral.</i>	7
II. La Práctica de la Donación: Criterios de Selección de Donantes de Óvulos	8
Los criterios de Selección Sanitarios, Estéticos o Morales	9
Criterios de Selección Fenotípicos	11
Admisiones y exclusiones: el óvulo racializado.	13
La Medicalización del sistema de donación	15
III. La importancia del Fenotipo en la Creación del Vínculo de Parentesco	17
Conclusiones	20
Bibliografía	22
Anexo N° 1	24

Introducción

El auge de las técnicas de reproducción asistida ha generado una gran demanda de gametos, especialmente de óvulos que desde el año 2009 ascendió un 80%². Pero no todas las aspirantes podrán finalmente convertirse en donantes de óvulos. Deberán pasar un proceso de selección que admitirá a menos de la mitad de aspirantes y que finalmente donarán sus óvulos para la reproducción o para la investigación. Uno de los aspectos hallados durante la investigación bibliográfica sobre la donación de óvulos, es el debate que gira en torno a los procesos considerados como discriminatorios en la selección de donantes. “El sistema de donación de gametos”, afirma Álvarez (2008), “es xenófobo desde el planteamiento legislativo que permite que se garantice la máxima similitud fenotípica con el entorno de la mujer, hasta la selección del donante o la donante en las clínicas por el parecido físico con (...) la receptora.”

El objetivo central de este artículo es el análisis de los criterios de selección de las donantes de óvulos en las clínicas de reproducción asistida de Barcelona. Paralelamente, se analizan las configuraciones de las concepciones sobre la maternidad que puedan producirse tras la experiencia de la selección de donantes en las clínicas de reproducción asistida de Barcelona, y de la donación.

Parte del análisis y de las tesis formuladas en este artículo se inspiran en el trabajo de Joan Bestard sobre la reproducción asistida, especialmente expuestas en su obra “Tras la biología...” (2004). En ella analiza cómo se configura la percepción que la sociedad y los individuos adquieren sobre los vínculos familiares con la introducción de tecnología para la reproducción humana. De especial relevancia son sus teorías acerca del cómo se construyen los vínculos de parentesco en un contexto en el que no se comparte la misma sustancia genética. Al respecto, Bestard analiza las ideas de vínculos genéticos y de semejanzas físicas. Tales semejanzas constituyen el elemento central para pensar cómo se sitúa el cuerpo de la persona como integrante de una misma familia, siendo relacionadas con la transmisión de sustancias genéticas y con concepciones sobre la formación del embrión, las formas de denominación y la transmisión de caracteres morales. Cuando las sustancias genéticas se transmiten, hay lo que Bestard define como *continuidad*: la persona se reconoce

²Información publicada en: MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) Barcelona: La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>. (Consulta 2/03/2014).

automáticamente como integrante de la familia. Mientras que en ciertos casos como en la donación de óvulos, se produce una *discontinuidad*: una ruptura en la transmisión de esas sustancias genéticas, y por ende, en la producción de identidad del individuo dentro del grupo familiar.

Como consecuencia de estos hechos, las personas realizan un proceso de identificación a partir de la búsqueda de semejanzas físicas para establecer *continuidades*, situar a los hijos en las redes familiares y establecer vínculos entre ellos.

Los cuestionamientos principales que han surgido de la revisión de la literatura sobre la donación de óvulos a los cuales quería responder a través de mi trabajo de campo son: ¿a qué criterios obedece el proceso de selección fenotípica? ¿Es el criterio de semejanza física –definida por las clínicas de reproducción asistida como “selección fenotípica”– un criterio de selección crucial o no? Si así lo fuera, ¿se puede hablar de “xenofobia” y de “prejuicio racial” como sugiere Álvarez? ¿Cuáles son los otros criterios de selección que definen la práctica de la donación de óvulos?

A través de mi investigación he intentado responder a estas preguntas. Mi primera hipótesis, basada en mis observaciones iniciales, era que uno de los aspectos determinantes de los criterios de selección de las donantes es el fenotipo, aunque las clínicas pongan este criterio entre otros que son, en apariencia, igualmente importantes. Por eso he analizado en particular como la selección fenotípica se construye y es definida en los discursos de los profesionales de salud de un lado y de las donantes del otro lado y su papel en la selección de las donantes de óvulos.

En la primera parte del artículo contextualizaré la práctica de la donación de óvulos en las clínicas de reproducción asistida de Barcelona y su importancia a nivel social, tomando en cuenta la definición legal sobre la donación de gametos. En la segunda parte del artículo, analizaré los discursos legales, biomédicos y las experiencias de las mujeres entrevistadas durante mi trabajo de campo y que acudieron a distintos centros de reproducción asistida en Barcelona. Siete de ellas fueron aceptadas y dos, rechazadas. El discurso biomédico analizado proviene de dos profesionales de la salud encargados, especialmente, de la selección de donantes en dos centros en Barcelona denominados como la Clínica A y la Clínica B. Finalmente, en la tercera parte del artículo, analizo cuál es la importancia del fenotipo en la creación del vínculo de parentesco, así como las admisiones y exclusiones presentes en el sistema de donación de óvulos.

He realizado mi investigación etnográfica en Barcelona en dos períodos: desde enero a mayo y de octubre a diciembre de 2013. La primera parte de mi trabajo de campo ha consistido en la observación y en la participación directa en los foros de discusión en la red creados por las donantes y aspirantes a ello. Gracias a ello, me fue posible el contacto personal con las mujeres que accedieron a relatar su historia en las múltiples ocasiones en las que tuve que acompañarlas en sus visitas a las clínicas. Inicialmente había previsto el contacto directo con las clínicas ya que son las principales intermediarias entre donantes y receptoras. Pero no fue posible porque en las diferentes clínicas a las que me dirigí consideraron que mi presencia podría obstaculizar el trabajo del personal médico o generar dudas e incertidumbres a las receptoras y a las donantes. Algunas clínicas explicaron también que como la presencia de las donantes no es constante ni se alarga en el tiempo, no podrían comprometerse a facilitarme el contacto con ellas, por lo cual, sugirieron que intente el acercamiento de forma independiente. Sólo en las Clínicas denominadas A y B se me permitió hacer una entrevista con la persona encargada de seleccionar a las posibles donantes. Las entrevistas transcurrieron en medio de una negociación constante entre mi papel como antropóloga investigadora y la posibilidad de ser inscrita en el registro de posibles donantes.

La segunda parte del trabajo de campo ha consistido en entrevistas en profundidad a nueve donantes de óvulos, siete de ellas, nacidas en Barcelona y las dos restantes procedentes de Latinoamérica³. Al relatar su experiencia con la selección y la donación, estas mujeres expresaron sus ideas no sólo sobre el significado del fenotipo, sino también sobre la maternidad y la medicalización del cuerpo femenino, temas que analizaré en la tercera y última parte de este artículo.

Finalmente, uno de los temas recurrentes mencionados por los profesionales de la salud y las mujeres fue el de la legislación sobre reproducción asistida. Por lo cual, este tema es un eje importante en mi análisis en torno al cual se articulan los diferentes discursos entre la clínica, las donantes y sus respectivas interpretaciones del texto legal.

En las conclusiones discutiré cómo el criterio de selección fenotípica funciona como una medida de exclusión o admisión en el proceso de donación, además de analizar el carácter de explotación productiva que puede adquirir el cuerpo femenino y sus órganos reproductivos.

³Para garantizar la confidencialidad y privacidad de las informantes, redacté un consentimiento informado firmado por mí y por todas las personas entrevistadas. Utilizo nombres ficticios para garantizar su privacidad.

I. ¿Qué es la donación de óvulos? Entre lo legal, lo biomédico y lo moral.

En España, la primera legislación sobre el uso de técnicas de reproducción asistida se creó el 22 de noviembre de 1988 y se ha ido transformando en función de los avances científicos y las exigencias de los distintos grupos sociales.

La legislación española vigente en el 2014 está contenida en la Ley Nº 14/2006 y se centra en: la regulación de la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida; la aplicación de éstas en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético; y en la utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.

Esta misma ley define a la donación de gametos y preembriones como un contrato gratuito, formal, anónimo y confidencial concertado entre la donante y el centro autorizado. Contempla también la creación de un Registro de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana en el que se consignan: los hijos nacidos de cada uno de los donantes; la identidad de las parejas o mujeres receptoras, y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización⁴.

Pese a las estipulaciones legales, el último informe de la Generalitat de Cataluña del 2011 señala que aún no se han creado ninguno de estos registros. De modo que se desconocen a nivel institucional, datos sobre las características sociodemográficas de las donantes, entre otras cosas.

El ritmo acelerado con el que evolucionan los progresos científicos en ámbitos reproductivos crea cierta expectativa, ya que al parecer, la fecundación in Vitro es percibida como una solución que la medicina ofrece a las personas con problemas de infertilidad. (Álvarez P. C, 2008). En este sentido, la fecundación in vitro parece haberse convertido en la solución de la mayoría de los problemas de infertilidad. A primera vista, las técnicas de reproducción asistida podrían parecer “un paso más en el afán cultural y sexualmente neutro de conquistar los principios de la vida al servicio de necesidades y deseos humanos.” (Stolcke, V. 1997: 104). Sin embargo, implicará más de un dilema moral que traerá consigo transformaciones sociales, jurídicas, económicas y políticas a nivel mundial.

⁴Información obtenida del texto legislativo publicado en el “BOE” Nº 126, del 27 de mayo de 2006, última actualización publicada en el 2011. URL: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p=20110802&tn=1>

“Muchas mujeres tienen problemas para quedarse embarazadas, y en ocasiones, el único medio para conseguirlo es la donación de óvulos.” Y a través de ella, muchos podrán hacer realidad su “sueño de ser padres”.

Esta frase es sólo un fragmento de un folleto publicitario distribuido por una de las clínicas de reproducción asistida que insta a jóvenes de entre 18 y 35 años a convertirse en donantes de óvulos, de las cuales, menos del 40% serán admitidas⁵. ¿Cuáles son esos criterios fijados por las clínicas de reproducción que admiten o excluyen del proceso a un grupo significativo de mujeres?

II. LA PRÁCTICA DE LA DONACIÓN: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE DONANTES DE ÓVULOS

La práctica de la donación de óvulos está delimitada por el discurso legal que pretende integrar las necesidades y exigencias de la biomedicina y de la sociedad en su necesidad de maternidad-paternidad, cuando las condiciones fisiológicas lo impiden. Es en la confluencia de esos discursos que se establecen unas pautas que condicionan la práctica de la donación. Unas pautas que determinan cuáles son esos requisitos indispensables para admitir donantes y que en el Art. 5, apartado 6 de la Ley Española Nº 14/2006 se resumen en:

“poseer un buen estado de salud psicofísica 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 infecciones transmisibles a la descendencia.”⁶

A partir del orden en que aparecen cada uno de estos aspectos que determinan el “buen estado de salud psicofísica”, se establece tácitamente el nivel de prioridad que cada uno de ellos ocupa y que el centro médico estará obligado por ley a acreditar su cumplimiento. De hecho, la ley española de reproducción asistida determina que los “centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.”

⁵Información procedente de entrevistas en clínicas de reproducción asistida, publicada en: MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) Barcelona: La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>. (Consulta 2/03/2014).

⁶Cita textual al texto legal publicado en el “BOE” Nº 126, del 27 de mayo de 2006. La ley no explica a qué hace referencia con “características fenotípicas y psicológicas”. URL: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p=20110802&tn=1>

Frente a las regulaciones jurídicas, ¿qué medidas se toman por parte de las clínicas de reproducción asistida? La mayoría de clínicas de reproducción asistida de Barcelona parten de un criterio muy similar al establecido en un folleto publicitario difundido en la Universidad de Barcelona en noviembre de 2013:

- 1) tener entre 18 y 35 años de edad;
- 2) poseer una función ovulatoria normal;
- 3) no poseer ni piercings ni tatuajes realizados seis meses previos a la donación;
- 4) no padecer una enfermedad genética.

Estos criterios operan a modo de filtro inicial de las que podrían ser posibles donantes de óvulos y que sólo al inicio, podrían parecer amplios.

En las entrevistas realizadas en las Clínicas A y B⁷ me fue explicado que lo primero que se pregunta y observa en las donantes es: 1) Su edad; 2) Antecedentes familiares médicos y, 3) Tipo sanguíneo. Tras ello, se realizan preguntas y observaciones concernientes a: 1) el peso y la estatura a partir de los cuales se realiza el cálculo de Índice de Masa Corporal; 2) el color de ojos, del cabello natural y del tono de piel.

Tanto las clínicas como la legislación coinciden en la importancia de ausencia de enfermedades genéticas. Pero pese a las aparentes similitudes entre el texto legal y la clínica, los criterios de selección que éstas aplican adquieren múltiples matices a medida que uno se adentra en estas instituciones.

Los criterios de Selección Sanitarios, Estéticos o Morales

Uno de los aspectos más subrayados por las clínicas de reproducción asistida y los testimonios de las donantes, es la relación del nivel de ovulación y el correcto funcionamiento de los órganos reproductivos como señal de buen estado de salud y que es determinado a través de ecografías intravaginales realizadas durante el ciclo menstrual. Algunas clínicas realizan también una citología para descartar posibles infecciones.

⁷Realicé dos entrevistas en cada clínica. En la Clínica A: una en febrero y la segunda en mayo de 2013. En la Clínica B: una en diciembre de 2013 y la segunda en enero de 2014.

Tras las pruebas ginecológicas, se realizan los exámenes de sangre para detectar enfermedades infecciosas de diversa índole, así como posibles alteraciones en el cariotipo⁸ que podrían generar enfermedades genéticas en el futuro bebé. Las posibles enfermedades genéticas más significativas resumidas por las donantes son: Síndrome de Dawn, Alzheimer, diabetes, problemas del corazón o algún tipo de discapacidad mental o física. Tras conocer el historial médico de las posibles donantes, el personal médico de la clínica les extrae muestras de sangre y realiza tests psicológicos. En ellos se preguntará a la donante cuáles son sus motivaciones personales para participar en el proceso, así como la existencia de cuadros de: esquizofrenia, depresión, suicidios, psicosis o paranoias entre sus familiares y en ella misma; además de la costumbre de fumar o beber alcohol, café o cualquier bebida excitante.

De los procedimientos de detección de posibles enfermedades transmisibles, surgen algunas de las principales razones por la cual muchas no son admitidas en el programa de donación:

“Aparecen fibrosis quísticas, dolencias psiquiátricas, cardiopatías congénitas y hábitos poco saludables. Nosotros descartamos a quienes lleven tatuajes o piercings. Y sobre todo se descarta cuando se tiene la percepción de que no seguirán disciplinadamente el tratamiento.”

Esta es una cita textual a la responsable del equipo de donaciones de una clínica de Barcelona y expuesta en el Diario La Vanguardia⁹. ¿A qué hacen referencia aquellos hábitos poco saludables referidos en esta cita?

En sus entrevistas a las donantes, las clínicas deben confiar en que éstas no ocultan información relevante para la donación. Sin embargo, uno de los aspectos observados en mis entrevistas a las donantes es que en ocasiones, ocultan información sobre ciertos hábitos que, aunque por ellas no sean interpretados como patológicos, consideran que podrían apartarlas del sistema de donación. Así, siete de las nueve entrevistadas comentó que elu-

⁸El concepto de cariotipo se usa para referirse a un conjunto de cromosomas ordenados según su morfología y tamaño que caracterizan y representan a los individuos de una especie. Por medio de este tipo de pruebas se detectan cambios estructurales en los cromosomas que puedan indicar alteraciones genéticas asociadas con un aumento en el riesgo de enfermedad. En MedlinePlus, URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

⁹MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) Barcelona: La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>. (Consulta 2/03/2014).

dieron las preguntas sobre el hábito de fumar y de beber alcohol ocasionalmente y del consumo de dos a tres tazas de café al día. A ninguna le pareció información relevante porque no consideraban que tuvieran algún problema de adicción a este tipo de sustancias, pero expresaban que al haber una percepción negativa sobre el hábito de fumar, preferían evitar la pregunta.

En todo caso, ¿cuál es la relación entre unos hábitos poco saludables con el de poseer o no tatuajes y piercings mencionado en el folleto publicitario antes citado? Más allá del riesgo de existencia de posibles enfermedades transmitidas en su realización, lo que se hace evidente a través de la publicidad de algunas clínicas de reproducción asistida, es la preocupación por la posible disciplina de la donante para cumplir el tratamiento prescrito. Disciplina que es percibida en función del aspecto físico de la posible donante cuyas decisiones estéticas operan como un indicio de posibles desajustes a nivel psicológico y comportamental:

“es una responsabilidad contigo, con tu cuerpo y con el equipo que lleva la donación” porque hay que ser muy “disciplinada con las inyecciones y con todo el procedimiento, porque si fallas malogras todo el trabajo.” (Rosalía, 29 años)¹⁰

El problema estaría en que unos posibles desajustes psicológicos podrían ser interpretados desde una perspectiva biologicista en donde los óvulos no sólo transmitirían sustancia genética, sino que también serían portadores de significado. Como afirma Bestard (2008: 21), el gameto¹¹ es un elemento proveedor de significado en las relaciones sociales en donde la donación no es más que la alienación de la sustancia portadora de la identidad del donante. Desde esta perspectiva, los desajustes psicológicos se pueden percibir como elementos susceptibles de ser heredados a través de los genes.

Como subraya Finkler (2000), desde mediados del siglo XX se ha producido una revitalización del discurso determinista genético que hace pensar en el ADN como la máxima explicación de cualquier aspecto humano. Desde enfermedades hasta el comportamiento de las

¹⁰Testimonio extraído de: MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) Barcelona: La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>. (Consulta 2/03/2014).

¹¹Bestard habla de “gameto” como término genérico referido a las sustancias masculina y femenina. No obstante, la palabra “gameto” se puede emplear como sinónimo de “óvulo” porque en biología, los gametos femeninos son denominados “ovocitos” y a los masculinos, “espermatozoides”. Los gametos o células reproductoras contienen 23 cromosomas formados por ADN. Se forman en los ovarios o en los testículos y durante la fecundación, se unen uno femenino y uno masculino dando lugar al cigoto a partir del cual se origina un individuo. URL: <http://biologia-lacienciadelavida.blogspot.com.es/2010/10/los-gametos-humanos.html>

personas, todo parece factible de ser explicado a través del análisis del ADN. Al mismo tiempo, la biomedicina ha ampliado su dominio sobre aspectos físicos y hábitos considerados como conductas antisociales susceptibles de ser interpretados como enfermedades. Tal dominio de la biomedicina fue conceptualizado por Finkler (2000: 175) como **medicalización** porque permite trasladar multitud de fenómenos sociales al campo de lo biomédico. De tal manera que cualquier fenómeno pueda percibirse como un problema médico y sus causas pueden ser descritas como resultado de una enfermedad genética o de una infección medioambiental que altera químicamente las cadenas del ADN.

Criterios de Selección Fenotípicos

Pese al orden de prioridades en los criterios de selección de donantes que pueden deducirse de los testimonios y citas textuales de las clínicas y participantes, éstas cambian ligeramente cuando se trata de posibles donantes de origen extranjero. Dada la obligación legal de asegurar la similitud fenotípica entre receptora y donante, el fenotipo adquiere un papel relevante en el proceso de donación. De ello se desprende que una de las preguntas centrales de la investigación consistió en saber cuál era la importancia que las donantes veían en la selección fenotípica y cómo la definían o la comprendían. Para las donantes de origen español, la definición abarcaba aspectos como los rasgos de la cara, el color de piel, la estatura y la complejión física. Lucía, de 24 años, camarera, comentó al respecto:

“Hay gente que simplemente tiene cara de indígena: se ve en la cara, en las facciones, en los rasgos. No sé exactamente cómo explicarlo pero se ven las diferencias entre las extranjeras y nosotras. Además, son más bajitas y gorditas”.

Para las entrevistadas de origen latinoamericano, el fenotipo se expresaba en términos de *raza* definida por el color de la piel y de las facciones. María, de 25 años, camarera y de origen latinoamericano, decía al respecto:

“hay gente que su raza es de tipo indígena. Lo ves en su aspecto, color de piel que es terroso, y en la cara. Yo me considero mestiza lo cual se supone que tengo de todo: de blanco, indio y de negro; así que no entiendo por qué algunos creen que existen tantas diferencias entre nosotras y las del Mediterráneo...”

Pese a las diferentes formas de conceptualizar al **fenotipo**, de ambas citas se extrae una idea que probablemente no difiera en exceso de la que poseen clínicas de reproducción asistida. El fenotipo fue definido en la Clínica A como *“los rasgos de la donante y las caracte-*

terísticas raciales de sus antepasados". Aquellas "características raciales" de los antepasados de la donante, fueron designados en la Clínica B como el "pasado racial":

"en ocasiones, tienes a una posible donante de origen Latinoamericano que, en principio, cumple con los requisitos, pero como con ellos nunca hay nada claro por el mestizaje, siempre viene bien conocer su pasado racial; saber si tienen origen europeo."

Determinar cuál es el "pasado racial" de una posible donante de origen extranjero remite a preguntas directas sobre la nacionalidad y origen de sus padres y abuelos en la Clínica A; a la observación atenta de la cara interna de los brazos y de los rasgos físicos en la Clínica B. En la búsqueda de un "pasado racial" apropiado también entran en juego factores como el tono de la piel, el color de ojos y del cabello y la estatura.

La ley habla de un "equipo médico" que garantizará la similitud fenotípica, pero ¿quién se ocupa de ello en la práctica? En la Clínica A, la explicación fue que de ello se encarga un equipo de biólogos. Ellos juzgan en función de la fotografía y los datos personales y fenotípicos de la donante tomados en la primera entrevista personal efectuada por alguien que en realidad no tiene formación en medicina, biología o genética. La información recopilada es enviada a los múltiples departamentos de la clínica de reproducción asistida para que realicen los exámenes médicos que sean necesarios para aprobar o no la donación de óvulos.

En la Clínica B, la aprobación inicial de las donantes según sus características fenotípicas la realizaba el personal de Relaciones Humanas encargados, a la vez, de explicar a las posibles donantes: en qué consiste la donación de óvulos, los riesgos del proceso, la compensación económica y las características del tratamiento.

Admisiones y exclusiones: el óvulo racializado.

Como señalaba en el apartado anterior, parte de la obligación legal de las clínicas radica en garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica entre donante y receptora. Pero, ¿qué ocurre con aquellas donantes que no son europeas o que no tienen unas "características" o un "pasado racial" europeo?

En la entrevista en la Clínica A, cuando se trata de posibles donantes de origen latinoamericano –o no europeo–, comentaron que pocas de ellas consiguen finalmente participar en el proceso de donación. Ello es debido a que, para evitar imprevistos, prefieren utilizar los

óvulos de una donante latinoamericana sólo si la receptora y su pareja también son de la misma procedencia porque, como me indicaron en la Clínica A: *“con ellos nunca sabes qué pueda pasar”*.

En la Clínica B comentaron que si la posible donante no cumplía con los requisitos de similitud fenotípica, no era admitida en el proceso. El testimonio de Lorena¹² resulta evidente en este sentido. Tras acompañarla a su primera entrevista a una clínica, me informó que inicialmente sí había sido admitida. Tras la recopilación de sus datos personales, su entrevistadora le comentó:

“normalmente, no solemos aceptar donantes de América Latina por los rasgos indígenas marcados o de gente de Asia o África; no es tanto por el color de piel; a veces viene gente de tez clara pero con facciones fuertes y por ello, les decimos que no”.

Con una mezcla de desconcierto, Lorena se alegró de haber sido incluida en el proceso de donación. A diferencia de Lorena, María –también latinoamericana– no fue directamente admitida. Los motivos no le fueron expresados claramente, pero le comentaron que sería muy complicado hallar a una receptora que se le pareciera por lo cual, le dijeron que habían pocas probabilidades de que la llamasen algún día. En mi opinión, la razón por la que en la clínica no aceptaron a María, es porque ella posee lo que en las propias clínicas denominan como “rasgos fuertes” que, en su caso, al ser de la región andina de Sudamérica, se traducen en rasgos que “delatan” un pasado amerindio. Lorena, en cambio, es de tez blanca, ojos verdes y por el lado paterno, desciende de italianos. La paradoja la encuentro, no obstante, en que su familia materna es amerindia, si bien en sus “rasgos” aparentemente no se ve una huella clara de ello.

Al preguntar a las donantes de origen español sobre la importancia de la selección fenotípica, las respuestas carecían de la incertidumbre y desconcierto mostrados por Lorena y María. Ninguna de ellas dudaba de la posibilidad de no ser admitidas debido al fenotipo. De hecho, al preguntarles sobre este aspecto, muchas de ellas mostraron cierta indiferencia: sus preocupaciones se centraron más en los posibles cambios que pudieran darse en sus cuerpos debido a la medicación que incrementa la producción hormonal. No obstante, señalaron que poseer ciertos rasgos físicos era un valor añadido a la hora de convertirse en donante:

¹²Informante de 24 años, camarera, Latinoamericana, sin hijos.

“Yo soy casi la donante perfecta: tengo ojos azules, cabello castaño, mido 1.70, buen cuerpo y piel morena. Cuando fui por primera vez a la clínica, me dijeron que era el tipo de chica ideal para donar; que muchos estarían encantados conmigo. Me llamaron tantas veces para que animara (...) He donado cuatro veces en total. (...) Siempre eran ellos los que me llamaban para animarme a seguir donando porque resulta que mi aspecto es el más solicitado”. (Lucía, 25 años)

De manera similar se expresaba Andrea (27 años) al señalar que su hermana por ser “totalmente caucásica”, no sólo se convirtió en donante con mayor celeridad, sino que recibió más llamadas que la instaban a repetir el proceso de donación. Al preguntarle sobre el significado de ser “totalmente caucásica”, Andrea describió físicamente a su hermana: cabello rubio, ojos azules, piel muy blanca, delgada con 1.70 de estatura.

“Una donante con la piel y los ojos claros y si además tiene la suerte de no ser bajita y un buen cuerpo, es la donante ideal. Todos quieren chicas que como yo: blancas y de ojos claros. Caucásicas, vamos. Y es que hasta me lo han dicho en las clínicas en donde he ido a donar... Y yo ya he donado cinco veces” (Sofía, 25 años)

La importancia de poseer unos rasgos físicos determinados es señalada también en algunos medios de comunicación que resaltan que el aspecto caucásico –determinado por la piel y los ojos claros– “son los rasgos fenotípicos más demandados en la Europa que acude a los institutos españoles en busca de un embarazo.¹³” Tanto donantes como algunos investigadores señalaron las preferencias por lo que ellos denominan óvulo rubio y por lo cual, las jóvenes de Europa del Este son las donantes más buscadas por las clínicas.

La importancia de la selección ideal de la donante es evidente también en páginas que ofrecen una base de datos acumulativos de donantes de óvulos “de tipo caucásico”¹⁴. A través de esta página los potenciales padres, pueden elegir una donante que “cumpla sus

¹³MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) Barcelona: La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>. (Consulta 2/03/2014).

¹⁴El término “caucásico” acuñado por Blumenbach en el siglo XVIII, ha sido utilizado para describir a la población de Eurasia occidental determinada en la medición del tamaño y la forma del cráneo, y en particular, para designar a la población “blanca”. Blumenbach eligió el término porque consideraba al Cáucaso el lugar donde habitaba “la raza más hermosa de hombres” URL: http://diario.mx/Opinion_El_Paso/2013-07-10_ca64bb93/ser-caucasico-perdio-su-significado/

expectativas” y poner en contacto a la agencia con las clínicas de reproducción asistida europeas para que tramiten la donación¹⁵.

La búsqueda de similitud fenotípica entre donantes y receptoras parecería trasladarse a la búsqueda de características fenotípicas concretas que aparecen como ideales: lo “caucásico” reflejado en piel, cabello y ojos claros.

La Medicalización del sistema de donación

De los testimonios de las donantes se desprende también la ambigüedad legal con respecto no sólo al fenotipo, sino también al estatus del cuerpo femenino como “productor”.

El proceso de donación requiere la estimulación ovárica a través de inyecciones administradas durante diez o doce días –según la respuesta al tratamiento de cada donante– durante los cuales, el cuerpo de las donantes deberá producir entre diez, quince y veinte óvulos. Esta es la cantidad de óvulos que, sin estimulación hormonal adicional, producirían los ovarios durante un año o más. La estimulación ovárica produce molestias; dificulta en ocasiones la realización de las tareas cotidianas, además de que obliga a múltiples visitas a la clínica que controlará –a través de ecografías–: la cantidad, el tamaño y el nivel de maduración de los óvulos. El riesgo de la estimulación radica principalmente, en la hiperestimulación ovárica que si no es tratada a tiempo, puede derivar en torsión ovárica¹⁶ que obligará a una operación quirúrgica para extraer el ovario afectado.

Aunque en la clínica enfatizan que la hiperestimulación ovárica es algo que ocurre en pocas ocasiones –y que en todo caso, nunca lleva a la hospitalización– son varias las donantes que dijeron haberla experimentado. Laura¹⁷ comentó que después de la tercera donación, tenía una hinchazón terrible y un dolor de espalda similar al lumbago. Le costaba mucho caminar y seguir con sus hábitos cotidianos, por lo cual, fue a la clínica para ver si solucionaban su problema. *“No es para tanto, no sé qué barriga tenías antes. Sólo te sacamos quince ovocitos y cinco de ellos ya estaban muy maduros”*, fueron las palabras de la doctora que la atendió.

¹⁵Se trata de “Egg Donation”, una empresa que actúa a modo de representación de donantes de óvulos y que hace de intermediaria entre clientes, donantes y clínicas. URL: <http://europeaneggdonors.com/sp>

¹⁶Es “la rotación del ovario sobre el ligamento que lo sustenta” impidiendo el flujo sanguíneo en la zona. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. URL: www.revistafertilidad.org

¹⁷Donante de 27 años, catalana. Al momento de hacer las entrevistas en octubre, noviembre y diciembre de 2013, Laura no tenía trabajo ni tenía prestación por desempleo.

La clínica descartó cinco óvulos de Laura porque la excesiva maduración conlleva el riesgo de volver defectuoso el material genético de los óvulos. Para Lorena, las complicaciones aparecieron al quinto día de administrarse las inyecciones. Pese a que inicialmente en la clínica se plantearon extraerle los óvulos, finalmente decidieron no hacerlo para evitar posibles complicaciones en el quirófano, así como la extracción de óvulos excesivamente maduros. Al igual que en el caso de Lorena, el cuarto intento de donación de Andrea tampoco fue posible por hiperestimulación ovárica. Al igual que Laura, Sofía, Lorena, Juana y Andrea¹⁸ ejemplificaron los cambios que habían sufrido sus cuerpos y el dolor que llegaron a experimentar: sus vientres tenían una hinchazón similar a la de una mujer embarazada de cinco o seis meses. Andrea, que empeoraba cada día, fue a su doctora de cabecera y al comentarle que se había sometido a un proceso de estimulación ovárica para donar óvulos, su doctora la reprendió alegando que era peligroso; que si se agrava y no es tratada a tiempo, puede producir la muerte porque el líquido en exceso que produce el cuerpo durante la estimulación hormonal puede llegar al torrente sanguíneo, alcanzar el cerebro y producir un derrame.

La tarea de donar se convierte en un esfuerzo, un riesgo en el que el cuerpo es transformado por el proceso de donación en un espacio de producción de óvulos. De esta manera, los óvulos pueden ser vistos como un producto del trabajo productivo de las donantes porque el sistema de estimulación ovárica favorece la percepción de trabajadoras reproductivas. (Almelling, R. 2007). En palabras de Fortier (2009) los gametos donados se *desubstancializan* porque el contrato firmado con la clínica consolida la fragmentación de un proceso reproductivo y crea un contexto en el que la experiencia del don se limita a la producción de óvulos.

III. LA IMPORTANCIA DEL FENOTIPO EN LA CREACIÓN DEL VÍNCULO DE PARENTESCO

Partiendo de la publicidad de las clínicas de reproducción asistida que enfatizan en el hecho de que es gracias a la generosidad de aquella que dona sus óvulos que algunos “cumplen el sueño” de ser padres, pregunté a las donantes: ¿cuál es la importancia de la donación de óvulos y qué aspectos pueden incidir en la creación de un vínculo de parentesco con el futuro bebé, resultado de la donación? Las respuestas de las donantes se orientaron hacia el

¹⁸Sofía y Juana tienen 25 años, catalanas. Ellas, al igual que Andrea (28 años, catalana) son dependientes.

importante papel que cumple la maternidad en la sociedad occidental, así como a la distinta naturaleza del vínculo que se crea a partir de la donación de óvulos.

Uno de los ejemplos más claros es el testimonio de Antonia, de 26 años, dependienta. Ella comentó que *“es importante que el niño se parezca un poco a sus padres porque así, lo siente como si realmente fuera suyo. Es que si no, todo el mundo se dará cuenta de que a lo mejor, no es tuyo y se preguntarán (la familia) de a dónde lo has sacado”*.

El requisito de similitud entre donante y receptora al que refiere Antonia adquiere también importancia en palabras de Lucía porque *“al parirlo tú, es como una forma de sentirlo más tuyo que si te trajeras a un niño desde China o desde la India”*. Al testimonio de Lucía, se suman otros que giran en torno al hecho de que *“hay mujeres que sienten, como parte del hecho de ser mujer, la necesidad de ser madres. Al dar a luz, es como si, por un momento, olvidaras el hecho de que no has podido concebir por ti misma”* (Sofía, 25 años). En esta misma línea, Juana, otra de las donantes entrevistadas, comentó que tras hablar casualmente con una receptora, comprendió que *“para una mujer es muy importante tener descendencia y si no puede de manera natural, ¿por qué no hacerlo utilizando recursos como la donación?”*

Estos testimonios son una síntesis de los múltiples comentarios realizados por las donantes que, en términos generales, remarcan la necesidad de semejanzas físicas entre padres e hijos, así como también la importancia que tiene la maternidad en nuestra sociedad occidental.

En la sociedad occidental, al igual que la fertilidad, la infertilidad se convirtió en algo controlado por la biomedicina a través de las nuevas tecnologías reproductivas que la han clasificado como “enfermedad”. (Finkler, K. 2000: 180). De hecho, la Organización Mundial de la Salud definió en 1993 a la esterilidad como “una enfermedad” ante la que es “fundamental conseguir la terapia”, así como “la curación de una estado de variación anatómica o fisiológica no reversible”. (Álvarez, C. 2008: 18).

Pero aún más allá de la medicalización de la infertilidad, está la convicción cultural de que la maternidad es la más importante aspiración de todas las mujeres. De hecho, la infertilidad es vista como una maternidad fallida porque la mujer no puede producir descendencia (Finkler, K. 2000: 180). Y aunque las nuevas tecnologías conceptivas y contraceptivas proporcionan mayor libertad a las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, refuerzan la maternidad como destino y responsabilidad de las mujeres. En este sentido, como subraya

Stolcke, a través de esas nuevas tecnologías reproductivas se produce una revalorización de la mujer como portadoras de úteros y ovocitos “que podría derivar en un mayor control médico, así como en una conceptualización monogenética femenina de la procreación. Esta nueva prominencia como responsables privilegiadas de la procreación, resultante de la “feminización” simbólico-tecnológica de la procreación puede desembocar en nuevos controles científicos por el Estado, por hombres que son padres frustrados a escala mundial en tanto no cambien las estructuras de poder sociales, internacionales y científicas vigentes.” (Stolcke, V. 1998: 114).

De los testimonios de las donantes antes citados, se deduce también que la diferencia entre la donación de óvulos frente a otras opciones, es que ésta permitiría la construcción de un vínculo de parentesco más estrecho a partir del énfasis en la búsqueda de similitudes fenotípicas. En la reproducción asistida, las donantes no figuran como padres biológicos y a través del sistema jurídico que establece el anonimato, la existencia de estos “padres” se diluye hasta desaparecer. La estrategia de las semejanzas fenotípicas entre donantes y receptoras permite que las parejas puedan ocultar la existencia del sistema de donación en los tratamientos, además de constituir un sistema de integración familiar. (Álvarez, C. 2008: 41).

En términos de Bestard (2009: 23), el parentesco es una relación que mira hacia el pasado. Las personas se relatan así mismas a través de un ancestro común. Sin embargo, el parentesco también se relaciona con el presente y el futuro y, en el caso de la donación, el descendiente es personalmente construido sobre aquello que es deseado y planeado. Ante el hecho de que el futuro bebé tendrá la carga genética de la donante de óvulos, ¿cómo se establece una continuidad entre el presente y el futuro? A través de las semejanzas físicas entre donantes y receptoras porque, a partir de ellas se crean conexiones y reconocimientos entre las personas. (Bestard, J. 2009: 25).

En la sociedad occidental, los primeros comentarios que se realizan a los padres concernientes a sus hijos, tienen que ver con las semejanzas físicas entre ambos. En el seno de nuestro pensamiento, filiación y parecido físico forman un silogismo inmutable. Se subraya así, que en nuestra sociedad existe la identificación del vínculo biológico con el vínculo de parentesco. (Fortier, C: 2009). Pero cuando intervienen en el proceso la donación de gametos, la filiación por consanguinidad resulta insuficiente tanto para donantes como para receptores. Por ello, la aspiración y búsqueda de similitudes fenotípicas constituyen una forma de pensar la continuidad de los cuerpos; de forjar la identidad del individuo dentro

de un grupo de parentesco y que nace a través de la gestación por donación de óvulos. (Bestard & Marre, 2009: 65).

Al preguntar a las donantes sobre el hecho de que al donar óvulos también se comparte una parte de su propia substancia genética, algunas de ellas manifestaron cierta preocupación ante la posibilidad de que alguien tenga un hijo que se parezca a ellas. No obstante, lo más importante para Lucía era que *“los ovocitos por sí solos no significan nada. Es cierto que en ellos están mis genes, pero lo que salga de ahí, no es hijo mío; la madre es la que lo pare y lo cría y al final, el bebé se terminará pareciendo a ella”*. Del testimonio de Lucía se desprende el hecho de que la donación de óvulos no implica vínculo alguno. Se produce así la paradoja de negar la maternidad “real” e imaginar una simbólica: un proceso de deconstrucción de la maternidad por parte de la donante y de construcción en el caso de la receptora a partir de las similitudes (Thompson, 2001 en Álvarez, C. 2008: 44), que son percibidas a nivel no sólo físico, sino también a nivel de concepciones morales. La propia experiencia familiar es una evidencia de ello porque no siempre la herencia genética marca el parecido entre unos y otros.

La búsqueda de semejanzas que identifiquen a unos y a otros como miembros de las familias de sus progenitores, formarían parte de una construcción social: es una forma de crear un mecanismo de identificación con la familia. En esta construcción social también inciden aspectos como la construcción ideal del Estado-nación basado en un pensamiento racial que relaciona la apariencia física con los orígenes y la herencia de trazos naturales y culturales. El origen de una persona puede deducirse de la apariencia física y el fenotipo es un índice de la esencia racial heredada. (Wade, P. 2009: 174).

Charis Thompson (Wade, P. 2009: 183) remarca que “el fenotipo” y otros indicadores de raza y etnicidad forman parte de ciertos criterios constitutivos de diferenciación, de asignación de parentesco y de legitimación para el mercado mundial de ovocitos, esperma y de embriones. Como subraya Wade (2009: 184), la raza, como clasificación biológica, parece haber sido resucitada por las técnicas de reproducción asistida, reforzando categorías raciales y jerarquías bien establecidas. El deseo de hacer coincidir el aspecto físico de donantes y el de receptoras de gametos, sumado al deseo de tener bebés más claros, lleva implícita una idea biológica de la raza.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo he intentado responder a las preguntas sobre los criterios a los que obedece el proceso de selección fenotípica de las donantes de óvulos, así como si éste es o no un elemento crucial en el proceso de selección de donantes de óvulos.

Al iniciar la investigación, mi hipótesis central era que uno de los aspectos determinantes en la selección de donantes era el fenotipo. A medida que avancé en la investigación y en la exposición de los datos etnográficos a lo largo de este artículo, pude observar que si bien el fenotipo es un aspecto importante, éste sólo adquiere relevancia cuando se trata de posibles donantes de origen no europeo. El criterio de selección fenotípica, entonces es crucial, porque determina quiénes pueden ser o no donante de óvulos; funciona como una medida de admisión o de exclusión en un proceso de donación en donde no todos los criterios de selección –sanitarios y estéticos– ocupan un mismo nivel de importancia.

Esto se da por la preeminencia de un “óvulo caucásico” en aras de facilitar no sólo la creación de un vínculo de parentesco más estrecho, sino también de la satisfacer la expectativa idealizada de un futuro hijo según estándares de belleza occidentales.

La existencia de páginas web como “Egg donation” –mencionada en el segundo apartado de este artículo– que aseguran disponer de una red de donantes caucásicas que se ajustan a las necesidades de cada madre potencial, remarcan la importancia racial del fenotipo en la búsqueda de donantes. La aspiración a tener bebés más claros –y probablemente agradados– lleva implícito el deseo por mejorar el aspecto de su propia descendencia, lo cual transforma al acto de la donación en una elección de consumidor. En este sentido, valdría preguntarse si las técnicas de reproducción de asistida significan una verdadera transgresión en la concepción biológica del parentesco o al contrario la refuerza.

Tal y como señalé en el último apartado de este artículo– una de las mayores preocupaciones de las donantes radicaba en qué consecuencias le traería la medicación administrada, así como la existencia de información verídica sobre los índices de hiperestimulación ovárica entre ellas. La falta de preocupación por parte de las autoridades para crear un Registro de Donantes que revelen información concerniente a este tipo de aspectos, muestra el aspecto productivo y mercantil que han adquirido el cuerpo femenino y sus órganos reproductores. Parafraseando a Verena Stolcke (1998: 103), suscribo la idea de que las “nuevas técnicas reproductivas convierten los úteros y los ovocitos en el bien máspreciado y precioso y los disocian de las personas a las que pertenecen. (...) Quienes defienden los avances en las técnicas reproductivas genéticas (...) resaltan sus beneficios para el diagnóstico de enfermedades hereditarias, la producción de nuevos fármacos, de órganos para el tras-

plante y la ingeniería genética.” Pero al mismo tiempo, las ambigüedades presentes en el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida acaban por controlar y manipular el cuerpo femenino; así como por expropiar a las mujeres de su agente reproductor y de la carga simbólica en él implícita. En este sentido, considero que sería necesario investigar más las experiencias de las donantes de óvulos con el proceso de donación y el impacto médico de la medicalización del cuerpo femenino a raíz del proceso de hiperestimulación ovárica al que se someten donantes y receptoras por igual.

BIBLIOGRAFÍA

ALBARENGA, A. (2011). *Los Gametos Humanos*. (En línea) URL: <http://biologia-lacienciadelavida.blogspot.com.es/2010/10/los-gametos-humanos.html>

ÁLVAREZ PLAZA, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Mercantilismo y altruismo en la donación de semen y óvulos*. Madrid: Alcalá.

ALMELLING, R. (2007). “Selling genes, selling gender: Egg agencies, sperm Banks, and the medical market in genetic material” (En línea), *American Sociological Review*, 72: 319-340 <http://asr.sagepub.com/content/72/3/319>

BESTARD, J. (2004) *Tras la Biología: moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universitat de Barcelon. Departament d’Antropologia Cultural i Història d’Amèrica i Àfrica.

- (2009) “Knowing and Relating: Kinship Assited Reproductive Technologies and the New Genetics”. En EDWARDS, J.; SALAZAR, C. (eds) *European Kinship in the Age of Biotechnology*. New York: Berghahn Books, pág. 19-28

BESTARD, J.; MARRE, D. (2009) *The Family Body: Persons, Bodies and Resemblance* en EDWARDS, J.; SALAZAR, C. (eds) *European Kinship in the Age of Biotechnology*. New York: Berghahn Books, pág. 64-78

DEWAN, S. (2014) *Ser caucásico perdió su sentido*. (En línea) El Diario, URL: http://diario.mx/El_Paso/2013-07-10_ca64bb93/ser-caucasico-perdio-su-significado

FINKLER, K. (2000) *Experiencing the New Genetics. Family and Kinship on the Medical Frontier*, Philadelphia: University of Pennsylvania Pres.

FORTIER, C. (2009) “Quand la ressemblance fait la parenté”. En PORQUERES I GENÉ, E. (comp.) *Défis contemporains de la parenté*. France : Éditions de l’Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, Cas de Figure, pág. 251-276.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. (2011) *Estadística de la Reproducció Humana Assistida a Catalunya. Resum de resultats*. (En línea) http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitarie/s/Dades%20de%20salut%20i%20serveis%20sanitaris/Reproduccio%20humana%20assistida/documentos/fivcat_2011_resum_resultats.pdf

JEFATURA DEL ESTADO ESPAÑOL (2006) *Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida*, (En línea) Boe, 126, URL: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p=20110802&tn=1>

MACPHERSON, A. (2014), *El número de óvulos en Cataluña aumenta el 80% en el último lustro*, (En Línea) La Vanguardia, URL: <http://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20140215/54401297524/numero-donantes-ovulos-catalunya-aumenta-80-ultimo-lustro.html>.

STOLCKE, V. (1998). "El Sexo de la Biotecnología" en Durán, A.; Riechmann, J. (coord.) *Genes en el Laboratorio y en la Fábrica*. Madrid : Trotta, pág. 97-115.

WADE, P. (2009). "Race, Identité et Parenté". En PORQUERES I GENÉ, E. (comp.) *Défis contemporanis de la parenté*. France: Éditions de l'Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, Cas de Figure, pág. 171-187.

ANEXO N° 1

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS DONANTES ENTREVISTADAS

Andrea

Edad y nacionalidad: 27 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Dependienta en una multinacional dedicada a la industria textil.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con sus padres.

Participaciones en el proceso de donación: Cuatro.

Complicaciones durante el proceso de donación: Hiperestimulación en la segunda y en la cuarta donación.

Antonia

Edad y nacionalidad: 26 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Dependienta.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos.

Participaciones en el proceso de donación: Una.

Complicaciones durante el proceso de donación: No.

Juana

Edad y nacionalidad: 25 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Dependienta en un pequeño comercio. Industria textil.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con sus padres.

Participaciones en el proceso de donación: Una.

Complicaciones durante el proceso de donación: Hiperestimulación ovárica.

Laura

Edad y nacionalidad: 27 años, Española nacida en Barcelona.

Ocupación: Dependienta en un pequeño comercio de productos artesanales.

Situación Familiar: Vive en pareja, sin hijos.

Participaciones en el proceso de donación: Tres.

Complicaciones durante el proceso de donación: Hiperestimulación en la tercera donación.

Lucía

Edad y nacionalidad: 24 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Camarera en multinacional de la industria alimenticia.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con sus padres.

Participaciones en el proceso de donación: Cuatro.

Complicaciones durante el proceso de donación: Hiperestimulación en la tercera donación.

Luisa

Edad y nacionalidad: 22 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Estudiante universitaria.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con sus padres.

Participaciones en el proceso de donación: Una.

Complicaciones durante el proceso de donación: No.

Lorena

Edad y nacionalidad: 24 años, Argentina, nacida en Buenos Aires.

Ocupación: Desempleada. Anteriormente: dependiente en una herboristería.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con amigos.

Participaciones en el proceso de donación: Una.

Complicaciones durante el proceso de donación: Hiperestimulación.

María

Edad y nacionalidad: 25 años, Argentina, nacida en Salta.

Ocupación: Camarera en Bar-cafetería.

Situación Familiar: Soltera, sin hijos. Vive con amigos.

Participaciones en el proceso de donación: Sin concretar. *Complicaciones:* No.

Sofía

Edad: 25 años, Española, nacida en Barcelona.

Ocupación: Dependiente

Situación familiar: Soltera, sin hijos

Participaciones en el proceso: Cinco. *Complicaciones:* Hiperestimulación en la cuarta donación.