



AIBR. Revista de Antropología
Iberoamericana
ISSN: 1695-9752
informacion@aibr.org
Asociación de Antropólogos
Iberoamericanos en Red
Organismo Internacional

Álvarez Plaza, Consuelo; Pichardo Galán, J. Ignacio
Mercancía o don: Bancos de semen y autonomía reproductiva
AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 12, núm. 3, septiembre-diciembre,
2017, pp. 339-363
Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red
Madrid, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62354698004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



AIBR

Revista de Antropología

Iberoamericana

www.aibr.org

Volumen 12

Número 3

Septiembre - Diciembre 2017

Pp. 339 - 363

Madrid: Antropólogos

Iberoamericanos en Red.

ISSN: 1695-9752

E-ISSN: 1578-9705

Mercancía o don: Bancos de semen y autonomía reproductiva

Consuelo Álvarez Plaza

J. Ignacio Pichardo Galán

Departamento de Antropología Social, Facultad de CC. Políticas y Sociología,
Universidad Complutense de Madrid

Recibido: 18.06.2017

Aceptado: 4.11.2017

DOI: 10.111156/aibr.120304

RESUMEN

Este artículo se basa en el trabajo de campo realizado en un banco de semen escandinavo, independiente, privado y no vinculado a clínicas de reproducción asistida, cuyo carácter empresarial tiene consecuencias en las concepciones desde las que se presenta el material genético que vende, así como en la relación que mantiene con las receptoras/receptores individuales del citado material genético. Sus premisas chocan con el posicionamiento de los profesionales biomédicos españoles, quienes aseguran que solo en clínicas autorizadas es posible ofrecer garantías sanitarias y de seguridad de las muestras, además del seguimiento de la trazabilidad de las donaciones con el fin de evitar los riesgos de incesto y consanguinidad.

PALABRAS CLAVE:

Bancos de semen, donación de semen, autogestión reproductiva, anonimato/no anonimato.

MERCHANDISE OR GIFT: SPERM BANKS AND REPRODUCTIVE AUTONOMY.

ABSTRACT

This paper is based on fieldwork conducted in a Scandinavian private sperm bank that operates independently of assisted reproduction clinics. The fact that it is openly run as a business has consequences for the perspective from which the genetic material is offered. It also mediates the relationship with individual recipients of the sperm. The existence of this sperm bank conflicts with the views of Spanish biomedical professionals, who argue that it is only possible to offer health and safety guarantees regarding samples and traceability of donations in authorized clinics in order to avoid the risks of incest and consanguinity.

KEY WORDS:

Sperm banks, sperm donation, reproductive self-management, anonymity / non-anonymity.

Vender es operar una separación total entre las personas y las cosas; dar es siempre conservar algo de la persona en la cosa dada (Godelier, 2000: 189).

Introducción

La reproducción humana asistida, en un contexto de globalización e integración europea, no escapa a dos emergentes que están afectando a las técnicas de reproducción asistida con donación de gametos, en adelante TRA-D (Jociles, 2016: 13): la atención reproductiva transfronteriza y la libre circulación de personas y mercancías. Como apunta Olavarría (2010: 129), «*la circulación de mujeres y niños ha sido parcialmente sustituida por la circulación de sustancias, más específicamente, de gametos*» y, en este proceso, se interrelacionan las lógicas del parentesco con lógicas mercantiles. A continuación, se exponen las razones por las que esta nueva realidad está afectando de forma directa a bancos de semen y a donantes de semen. En primer lugar, dada la diversidad legislativa en relación con las TRA-D, usuarias y usuarios de estas técnicas pueden acudir a países donde es factible llevar a cabo prácticas reproductivas imposibles de realizar en sus países de origen. Por otro lado, aquellas personas que opten por seleccionar al donante de semen, por elegir si quieren un donante anónimo o no anónimo o por la aplicación directa de la técnica dentro del ámbito doméstico (autoinseminación), pueden hacerlo solicitando este servicio a un banco de semen de otro país europeo donde sea legal la oferta de estos servicios. La donación de óvulos, al ser una técnica más compleja, que requiere intervención médica, imposibilita que se lleve a cabo fuera de las clínicas y no será tenida en cuenta en este artículo.

Se profundiza aquí en el análisis antropológico que se inició entre 2002 y 2005 respecto a bancos y donantes de semen (Álvarez, 2008). Se amplía el foco desde una escala española a una escala europea y transnacional. Si en la década anterior, la etnografía de Álvarez se llevó a cabo con bancos de semen vinculados a clínicas públicas y privadas de reproducción asistida en España, este artículo se basa en el trabajo de campo exploratorio realizado en un banco de semen escandinavo, independiente y privado, que presume de ser el mayor banco de semen del mundo. Este banco de semen, como veremos más adelante, no está vinculado a una clínica, de modo que su origen y gestión no parte de premisas médicas, sino sobre todo y fundamentalmente empresariales. Aunque para la legislación española «*la donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial*» (Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, 126: 19949), el carácter empresarial del banco de semen tendrá

consecuencias en las concepciones desde las que se presenta el material genético que vende, así como en la relación que se mantiene con las receptoras/receptores individuales del citado material genético.

En este marco empresarial, la gestión y las decisiones en torno a la recogida, selección y utilización de las muestras de semen pasan de las manos de los expertos de las clínicas (profesionales biomédicos) hacia empresas que, aunque también tienen profesionales biomédicos, operan con cierta autonomía respecto a aquellos, ya que no son los últimos responsables de la gestión. Esta nueva realidad afecta tanto a la relación de los donantes con los bancos como, y muy especialmente, a las posibilidades de elección por parte de las receptoras del material genético con el que van a llevar a cabo un proceso reproductivo, emancipándose así de la autoridad sanitaria, que era la que hasta ese momento ostentaba el poder de elección y selección.

Estos cambios no habrían sido posibles sin la emergencia y crecimiento de los procesos de atención reproductiva transnacionales y transfronterizos (Storrow, 2011). La primera Ley (35/1988) sobre técnicas de reproducción asistida, en 1988, situó a España en la vanguardia europea respecto a posibilidades de reproducción asistida. Esto facilitó el surgimiento de clínicas, personas expertas y conocimientos pioneros, que han convertido España en un polo de referencia internacional en lo que se refiere a tratamientos de reproducción asistida (Bergmann, 2014; López y Moreno, 2015). En un contexto de globalización, las personas que desean acceder a tratamientos reproductivos no disponibles en su país por motivos legales o de disponibilidad tecnológica, viajan para poder utilizar estas posibilidades en aquellos lugares donde sí pueden llevarlo a cabo. España se ha convertido en un destino de este tipo de viajes por tener una legislación favorable¹, un importante capital de conocimiento acumulado durante décadas de experiencia y de saber hacer que deriva en una exitosa calidad asistencial y precios competitivos en el mercado internacional. España es un referente en atención reproductiva transfronteriza, el llamado «turismo reproductivo» (Deech, 2003: 425), concentrando el 40% de los tratamientos que se realizan en Europa, según la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana, ESHRE (León, 2016).

Además, la legislación europea de libre circulación y residencia de personas, mercancías y capitales también ha favorecido la existencia de

1. La legislación española es favorable por varios motivos: permite acceder a las técnicas de reproducción asistida no solo a parejas heterosexuales casadas, sino también a no casadas, además de a mujeres solas y a parejas del mismo sexo; se protege el anonimato de los y las donantes; y se permiten todas las técnicas de reproducción asistida disponibles a excepción de la gestación subrogada y la elección de sexo.

unas redes de intercambio de material genético que viaja por el continente sin fronteras aduaneras². Esto ha permitido que un banco de semen situado en un país escandinavo provea de gametos masculinos no solo a clínicas de todo el continente, sino también a personas individuales que pueden acceder y seleccionar este material genético directamente en Internet.

Para el caso español, existen varias prácticas reproductivas que no encuentran acomodo en el marco legal, pero que, de facto, se están llevando a cabo por el «deseo reproductivo» de muchas personas residentes en este país:

1. El acceso a la subrogación gestacional por parte de parejas heterosexuales y homosexuales y personas individuales de ambos sexos.
2. La elección de donante por parte de las/los usuarias/os, ya que la selección y elección de donantes y de sus rasgos fenotípicos (que deben ser similares a la futura madre o pareja) quedan legalmente en manos de las clínicas de reproducción y sus expertos sanitarios.
3. La elección de un donante no anónimo. Es decir, un donante cuya identidad pueda ser conocida, e incluso ser contactado, por el bebé engendrado a partir de su semen al llegar a la mayoría de edad legal (18 años en España).

Dado que en España no son posibles estas prácticas, las y los usuarios españoles acceden a estos recursos bien viajando a aquellos lugares en los que se permite la gestación subrogada en el primer caso, y accediendo a material genético disponible fuera del país a través de Internet en los otros dos casos. Este artículo no explora la primera opción, sino que se centra en la segunda, estudiando por un lado el citado banco de semen escandinavo y las implicaciones a nivel de representaciones y prácticas que este banco de semen genera. Esto nos permitirá mostrar aspectos que son imposibles de analizar en los bancos españoles, como la posibilidad de elegir ser donantes anónimos/no anónimos o el hecho de ser incluidos o no en determinados perfiles diseñados por los bancos que permiten que los y las receptoras tengan más criterios para seleccionarlos.

Este artículo se basa en una experiencia de visita etnográfica al citado banco de semen, que se llevó a cabo en junio de 2015³, donde se realizaron

2. Se puede consultar la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. En: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/muestras_Biológicas.htm

3. En el marco del proyecto: «Familias, centros de reproducción asistida y donantes: miradas cruzadas. Variaciones según modelos familiares y anonimato/no anonimato de la donación», (Ref. CSO2015-64551-C3-2-R), MINECO/FEDER.

tres entrevistas a donantes de semen que se complementan con varias entrevistas a responsables del banco, entre los que se encuentran su fundador y director, y la representante del mismo en España. Por otro lado, tomaremos como referencia los resultados del trabajo de campo llevado a cabo en clínicas y con donantes de la Comunidad de Madrid en los años 2002 a 2005 por parte de Álvarez (2008), para contrastar la realidad actual con los métodos hegemónicos y mayoritarios hasta ahora en España.

El banco de semen

El primer uso de inseminación con semen de donante del que existe constancia fue realizado por W. Pankhurst en 1884 en Filadelfia (EE.UU.). Los antecedentes de la crioconservación de semen se remontan a 1953, cuando Bunge publicó que obtuvo éxito al congelar semen humano con hielo seco. Este semen, al ser posteriormente descongelado, mantenía la capacidad fértil y un buen desarrollo posterior del embrión, de manera que en 1954 nació el primer bebé producto de esta técnica. A partir de los años noventa, la preocupación por las infecciones de transmisión sexual (especialmente VIH) impuso la crioconservación previa a la inseminación con semen de donante (Swanson, 2012).

En España, el primer banco de semen data de 1978. Existen distintos bancos repartidos por toda la geografía española, integrados y autorizados dentro del sistema sanitario español, que se ajustan a los criterios de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida: anonimato de los donantes de gametos y control del proceso de selección y elección de donantes por parte de agentes de centros o servicios sanitarios autorizados (*BOE* 126: 19.949). Por consiguiente, en España no está permitida ni la elección del/la donante por parte de receptor/a/es/as de los gametos (siendo el médico quien toma tal decisión), ni tampoco se autoriza el conocimiento de la identidad ni el contacto con el donante por parte de los/as niños/as concebidos a través de su donación.

El banco de semen puede definirse como un amplio servicio que permite conservar las muestras de semen congelado a lo largo de un tiempo indefinido, para ser utilizado en el momento necesario. El trabajo va a incluir desde aspectos científicos, como la obtención y congelación (con nitrógeno líquido a temperaturas de -196 grados centígrados) de las muestras, su mantenimiento y descongelación, hasta aspectos administrativos y de gestión, como la identificación y ubicación de las muestras, registros, la gestión de altas y bajas, el control de analíticas periódicas contempladas por la ley y la diferenciación entre muestras

utilizables o no. Por último, el banco de semen gestiona la venta y distribución de las muestras. Las muestras de semen, generalmente, se obtienen mediante automasturbación después de un período de abstinencia sexual de 3 a 4 días (Álvarez, 2008).

El banco de semen puede formar parte de las dependencias de una clínica o puede funcionar como entidad no dependiente de la gestión de un centro de reproducción asistida. Se puede conservar el semen para uso privativo en un futuro, o bien para uso público como semen de donante. La conservación para uso privativo puede interesar por diversos motivos: tratamientos médicos que afecten a la fertilidad e imposibiliten posteriormente la reproducción por coito; querer posponer la maternidad y la paternidad o ser mujer *trans* para poder utilizar sus gametos en el futuro. La donación de semen para uso público está destinado a la maternidad/paternidad de otros receptores que precisan de las TRA-D. Estas usuarias/os-receptoras/es pueden acceder y utilizar las muestras a través de dos vías: mediante la intervención de y en la clínica o en el ámbito doméstico mediante la autoinseminación con semen obtenido a través de Internet.

Mimbres de una polémica:bancos de semen *versus* clínicas de reproducción asistida

Actualmente, se está generando en España un debate con relación a si en reproducción asistida es posible separar las clínicas de los bancos de semen, de manera que las primeras no controlen la gestión de todo el proceso de selección y elección de los donantes de semen, así como el proceso técnico. La tensión aparece cuando el banco de semen abre sus puertas a personas individuales sin la mediación de una clínica, ya que permite elegir al donante y que la técnica sea llevada a cabo en el domicilio por las receptoras gracias al envío de las muestras a domicilio.

Cuando la usuaria(o/s) contacta directamente con el banco de semen, le es posible elegir (no en los bancos españoles) el fenotipo, la «raza», el anonimato/no anonimato y determinados perfiles específicos de índole psicológico o cultural. La muestra puede utilizarse directamente por las usuarias para la autoinseminación, o bien a través de los profesionales clínicos para otras técnicas. También es posible elegir unos parámetros determinados de las muestras como, por ejemplo, la concentración de espermatozoides en función de la técnica de reproducción a la que va destinada la muestra (inseminación, fecundación in vitro o inyección intracitoplasmática).

Que la usuaria/o de las TRA-D contacte directamente con el banco de semen no es una novedad en España. Durante los años 2002 a 2005⁴, en los centros clínicos públicos que no disponían de banco propio, pero proporcionaban tratamientos con semen de donante, la pareja debía hacer la solicitud directamente al banco de semen y financiar las muestras. El centro de reproducción asistida en ningún caso ejercía de intermediario; se limitaba a proporcionar a las parejas teléfonos de contacto de diferentes bancos de semen; una vez la muestra en su poder, se encargaba de procesarla y utilizarla para los tratamientos adecuados.

En Centros Públicos, lo más conveniente es que sea la paciente la que gestione el pedido de las muestras. Para ello debe de ponerse en contacto con nuestro centro, al menos un día antes (siendo preferible al menos tres días). Le informaremos además de alguna duda que tenga en relación a nuestros donantes, así como le pediremos el fenotipo, tanto suyo como de su pareja (comunicación por carta de Banco de Semen Español en 2002, en respuesta a una consulta efectuada por Álvarez).

La muestra era enviada, a los dos o tres días, al centro de reproducción asistida en un contenedor que asegura su conservación, y a través de un servicio de mensajería. El gasto era de 230-250 € (precios del año 2002), que incluía gastos de envío entre dos ciudades españolas.

Si el/la usuario/a accede directamente a un banco de semen no español, sin la mediación de una clínica, puede recibir en el domicilio la muestra perfectamente empaquetada, conservada, con instrucciones precisas y material para hacer una inseminación artificial. Hay mujeres y parejas que se autoinseminan⁵ porque es sencillo, es más económico y permite el control de la usuaria de todo el proceso (Pichardo, 2009: 232-233). Desde 2008, el Banco de Semen Escandinavo vende en España muestras de esperma que permiten a la mujer elegir al donante, que puede ser o no anónimo, y proceder a inseminarse en su propia casa. Gracias al semen a domicilio, han nacido en España entre 500 y 1.500 niños y niñas (45.000 en todo el mundo por igual método)⁶.

El aumento en el uso entre la población española de esta posibilidad de autogestión del proceso reproductivo se manifiesta durante 2016 en los medios de comunicación españoles, que por un lado generan numerosas informaciones respecto a esta posibilidad y, por otro, son testigos

4. Trabajo de campo en clínicas de la Comunidad de Madrid (Álvarez, 2008).

5. El concepto de procreación *do it yourself* (hágaselo usted mismo), acuñado por Bettina Bock von Wülfingen (Bergmann, 2014: 308).

6. Estimación de Cryos International en: <http://www.elmundo.es/cronica/2016/01/03/5687c9d2ca474110268b45cb.html>

de una polémica entre el Banco de Semen Escandinavo y las clínicas españolas. La respuesta de las clínicas, ante lo que se considera una invasión de sus competencias, genera una fuerte tensión con el banco escandinavo. Los profesionales biomédicos, a través de sus asociaciones (Sociedad Española de Fertilidad, Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Asociación Española de Andrología) publican una nota en relación con el ofrecimiento de «inseminación en casa» que realizan algunos bancos de semen (Sociedad Española de Fertilidad, 2016).

Argumentan criterios clínicos y jurídicos en contra de permitir que continúe la práctica de venta directa de semen a los «pacientes». Los criterios jurídicos se basan en que, de manera explícita, la Ley de Reproducción Asistida de 2006 indica que las técnicas de reproducción asistida solo se pueden llevar a cabo en centros o servicios sanitarios autorizados y que la elección del donante solo puede realizarla el equipo médico que aplica la técnica. En cuanto a los argumentos clínicos, se alude a que no existen garantías sanitarias, ni se cumplen los estándares de calidad y seguridad exigidos por la normativa española y europea, la no existencia de seguros de responsabilidad para los supuestos en que pudieran causarse daños y el problema de la trazabilidad, es decir, el seguimiento de los niños nacidos vivos de la aportación de cada donante.

Los argumentos del banco de semen giran en torno a la privacidad del ámbito doméstico, donde se lleva a cabo la autoinseminación, de manera que no se vulnera la ley.

Las acusaciones de que la inseminación casera está prohibida en España, que nuestra *web* es ilegal y que el método es peligroso, no son correctas. Este es un método que la mujer elige poner en práctica en su casa, y lo que una persona haga en su hogar no está cubierto por esta ley [...]. Las mujeres con problemas de fertilidad por supuesto que deben acudir a una clínica (Eckstein, citada en Rego, 2016).

Además, algunas mujeres que utilizan la autoinseminación demandan una regulación más pragmática para dar reconocimiento legal a esta realidad: muchas usuarias quieren elegir las características del donante de semen y prefieren prescindir, si es posible, del ambiente rígido y poco acogedor de las clínicas (Pichardo, 2009: 232-233 y 244).

Los cuestionamientos que se ponen en juego en esta polémica entre las clínicas españolas y el banco de semen escandinavo giran en torno a varios aspectos. En este artículo, nos centraremos en cuatro de ellos: 1) si la inseminación casera es una técnica de reproducción técnicamente (y médica) asistida; 2) si deben ser los profesionales biomédicos los

(únicos) actores socialmente autorizados para elegir los donantes; 3) si la ausencia de riesgos sanitarios solo es posible en las clínicas (excluyendo a bancos de semen fuera del circuito del sistema de salud); y 4) si la trazabilidad (seguimiento del número de nacimientos de un donante) únicamente se garantiza en las clínicas.

El International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (Icmart) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology (2009) define así la inseminación artificial, sea con semen de la pareja o de donante:

Tecnología reproductiva asistida (TRA): todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación *in vitro* de ovocitos humanos y esperma o de embriones con el propósito de establecer un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado a, la fertilización *in vitro* y la transferencia de embriones, transferencia de gametos intrafallopianos, transferencia de cigotos intrafallopianos, transferencia de embriones tubáricos, criopreservación de gametos y embriones, donación de ovocitos y embriones y gestación por sustitución. TRA no incluye la inseminación asistida (inseminación artificial) utilizando esperma de una pareja de la mujer o un donante de esperma (Zegers-Hochschild, 2009: 1521; traducción propia).

Al consultar (mediante correo electrónico el 3 de enero de 2016) con el primer autor, Dr. Zegers-Hochschild, sobre el hecho de que en el glosario se indicase que la inseminación artificial no se considera TRA, nos indicó que técnicamente no es una TRA, ya que la mayoría de los países no la incluyen en sus estadísticas:

La razón de no incluir la inseminación como parte de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) obedece fundamentalmente a una cuestión de registro. En la mayor parte del mundo donde se registran rigurosamente los procedimientos de FIV (fecundación *in vitro*), ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoide), OD (ovodonación), no se registran los ciclos de estimulación de ovulación e inseminación intrauterina [...] No ocurre lo mismo con los laboratorios andrológicos responsables de preparar el semen, o con el registro de dichos procedimientos. Por esas razones se elaboró el término de reproducción médica asistida (RMA), que en inglés corresponde a *medically assisted reproduction* (MAR) y que incluye la inseminación, así como las TRA.

El segundo eje de la polémica se refiere a si la elección de donante debe ser potestad exclusiva del personal biomédico. Tanto la legislación española como las clínicas señalan que el equipo médico es el responsable de elegir al donante. Si los/as receptoras pasasen a hacerse cargo de esta responsabilidad, se vulneraría la garantía de que el donante sea el

más adecuado para la pareja receptora. Argumentan, además, que existe el riesgo de fomentar una comercialización de los gametos por la demanda de fenotipos concretos. Ante esto cabe decir que, si bien es cierto que la legislación española fija de manera clara esta función del equipo médico, la realidad es que el mercado de los fenotipos es un hecho en España: bajo el paraguas de «integrar en el medio familiar de la mujer» al futuro hijo, se descartan determinados aspirantes a donantes por sus rasgos fenotípicos (Álvarez, 2008). La insistencia en «el parecido» esconde la opción de poder ocultar en el medio familiar y al propio hijo el origen genético, en lo que, basándose en la premisa que presenta Fonseca (2008), Pichardo, Stéfano y Martín-Chiappe (2015) han denominado *fenomanía*: «*se valora la importancia de —y se recurre a estrategias informales para— hacer parecer al hijo/a de la pareja fenotípicamente con esta, con el fin de naturalizar la relación tanto dentro de la propia familia como frente a la familia de origen y a la sociedad al completo*». Existe así un fuerte sesgo racista, ya que determinados fenotipos o «razas» no se admiten fácilmente en las clínicas españolas y, por el contrario, otros son muy demandados. De cualquier forma, nadie puede asegurar el resultado del encaje de los parecidos y no puede haber reclamación a este respecto, puesto que la genética no da certezas en la descendencia (Álvarez, 2008). Para el responsable del Banco Escandinavo esto es sencillo: si la pareja elige al donante, la responsabilidad del resultado en el hijo/a es exclusivamente suya, liberando al médico de cualquier problema.

La tercera cuestión que se plantea son los supuestos riesgos sanitarios que corren las usuarias que llevan a cabo la inseminación casera. A este respecto la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) insiste en que, si bien los controles pueden ser correctos en el banco de semen en cuanto al procesamiento y almacenaje de las muestras, es posible que, durante el transporte, se pueda romper la cadena de frío y las muestras no lleguen en perfecto estado⁷. Indudablemente, en los domicilios las muestras no siguen los controles que se practican en las clínicas y la técnica no se aplica en las mismas condiciones de asepsia/esterilidad. Tampoco la técnica es exactamente igual: en la clínica se introduce la muestra en el interior del útero, mientras que en el domicilio se deposita en vagina como sucede en la reproducción por coito.

Por último, la trazabilidad de las muestras, es decir, el recorrido que siguen y su efectividad (bebés nacidos vivos), es otro punto que preocupa al colectivo de las clínicas. Es interesante esta cuestión, ya que las clínicas

7. En <http://www.sefertilidad.net/newsletter/newsletter19.html> (Consultada el 10 de noviembre de 2017).

españolas también compran muestras al mismo banco escandinavo que las ofrece directamente a particulares. Por lo tanto, de lo que se duda no es del control del trayecto banco-(semen)-clínica / clínica-(información de nacimientos)-banco; sino del trayecto banco-(semen)-domicilio / domicilio-(información de nacimientos)-banco. Se da por cierto que las clínicas avisan de los nacimientos a los bancos y, por el contrario, se desconfía de que las/los usuarias/os hagan lo propio. Esta información es muy importante, ya que en muchos países existe un límite legal de bebés nacidos vivos por donante. Estos límites tienen un carácter nacional, lo que implica que un mismo donante pueda llegar al límite máximo de bebés en cada uno de los países a los que se envía su semen. Esto multiplica enormemente la cantidad de bebés que pueden nacer de un mismo donante en Europa y en todo el mundo. Efectivamente, en la página *web* del banco escandinavo se señala específicamente en qué países no se puede enviar muestras de determinado donante por haber alcanzado el máximo legal de ese país. Además de estos límites legales, conocer la efectividad de las muestras en cuanto a bebés nacidos vivos de cada donante también es necesario por si surgen complicaciones de salud en el niño/a, que obliguen a reconstruir la trazabilidad del donante.

Aunque desde las clínicas se alude a una mayor eficacia de las técnicas de reproducción asistida que se llevan a cabo en su ámbito frente a la autoinseminación en el domicilio, esta afirmación no se ha contrastado con datos empíricos. Por otro lado, se indica que el médico es el actor legítimamente autorizado para elegir al o la donante y se vulnera la ley si la mujer o la pareja receptora pueden elegir las características físicas de los donantes. El argumento de que solo se elegiría un determinado tipo de fenotipos contradice la fenomanía de la que hemos hablado: el deseo de los padres/madres en relación con el parecido físico de sus hijos e hijas. Si estos son los argumentos *emic*, desde una perspectiva *etic* pensamos que este rechazo a la autogestión del proceso (desde la selección del donante a la propia técnica) tiene que ver con razones materiales: merma económica y pérdida de control del proceso reproductivo por parte de los profesionales y las empresas del ámbito clínico.

Esta polémica nos sitúa en una disyuntiva conceptual respecto a la utilización de gametos y, en general, respecto a las técnicas de reproducción asistida: nos encontramos meramente ante un proceso biomédico que se articula a través de las «donaciones» o estamos ante una industria (Spar, 2016) en la cual el semen es simplemente una mercancía más que se vende, se compra y se distribuye.

Semen como mercancía *versus* semen material genético. ¿Deben ser comercializados los gametos?

En el *Manifiesto de la Sociedad Española de Fertilidad sobre la donación de gametos*⁸ se señala que está aumentando la necesidad de gametos en Europa. Se calcula que el 33% de los tratamientos de reproducción asistida que se realizan en España se llevan a cabo con gametos de donantes. En el caso de la donación de semen, el aumento de la demanda se debe al acceso de nuevos grupos a las técnicas, como es el caso de las mujeres solas y las parejas lesboparentales, pero también por el incremento de problemas de fertilidad masculina, derivados, entre otros, de factores ambientales. Se abre un mercado en auge, que en el caso español es de gran relevancia, ya que «*España, se identifica como uno de los principales ‘destinos reproductivos’ dentro de Europa, que cuenta con una floreciente ‘industria de la fertilidad’*» (Benavente y Farnós, 2015).

¿Se debe compensar la donación de gametos? ¿Existe lucro por parte de las clínicas privadas en la cantidad que cobran a los y las receptoras por los gametos, o se limitan a cargarles los costes de su gestión? La Ley de Reproducción Asistida de 2006 contempla que la donación es un contrato gratuito, formal y secreto entre el donante y el centro autorizado, y no tiene carácter lucrativo. La concepción de los gametos como mercancía produce inquietud, ya que pone en cuestión la motivación altruista que se les atribuye a las personas que ceden sus muestras. Sin embargo, el discurso legal y social de gratuidad no se corresponde con las prácticas. Los y las donantes lo hacen, mayoritariamente, por motivos económicos. Así, para el caso español, y según el estudio de Lucía y Núñez (2015), en 2012 y 2013 solamente el 23,91% de los hombres y el 31,6% de las mujeres donantes aluden exclusivamente motivos altruistas («ayudar») para donar gametos. Datos similares encontramos en Dinamarca, donde en 2012 solo el 19% de donantes de semen señala una motivación únicamente altruista (Bay, Larsen, Kesmodel e Ingerslev, 2014).

Como señalan Pichardo *et al.* (2015), podemos hablar de un «mercado reproductivo» en el que hay personas que aportan dinero para poder acceder a espermatozoides, óvulos, embriones o úteros, y otras que van a recibir una compensación económica (simbólica) por aportar esos materiales. En medio de estos procesos, encontramos clínicas privadas, el Estado (a través de las clínicas y hospitales públicos), y otro tipo de empresas, como los bancos de semen, que van a ser mediadores

8. En <http://www.sefertilidad.net/docs/noticias/donacionGametos.pdf> (Consultada el 10 de noviembre de 2017).

de esos intercambios. Si son clínicas privadas o bancos de semen privados, es decir, empresas, uno de sus fines principales va a ser obtener un lucro económico de esos intercambios⁹. Y si son públicos, no tienen ese fin lucrativo, pero también deberán pagar por el acceso a gametos o embriones de sus propios donantes o mediar en el pago por parte de los/ las receptores/as del material reproductivo recogido por clínicas o empresas privadas.

La Asociación Médica Mundial (AMM) recomienda no hacer transacciones comerciales del material reproductivo humano, óvulos, semen y embriones (Resolución AMM, 2014). Pero el valor de este material en el mercado es muy lucrativo, de manera que genera millones de dólares en todo el mundo. En los países nórdicos y en EE.UU. se habla directamente de retribuir las donaciones. Por el contrario, en el sur de Europa y en concreto en España se elude este término y se sustituye por *compensación por las molestias*. De esta manera, se obvia la posibilidad de que se pueda tratar de un trabajo reproductivo. Todo esto en un país que en realidad es una potencia empresarial de la reproducción asistida (Bergmann, 2014; López y Moreno, 2015).

En relación con la compensación económica, la Sociedad Española de Fertilidad, al igual que la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, apoyan que en España se continúe compensando la donación de gametos, equiparándose las cantidades entre los centros para evitar el mercantilismo. Se prohíbe indicar en la publicidad la cantidad que cobrará el donante por su material genético. Por el contrario, los profesionales del Banco de Semen Escandinavo se refieren a la «industria del semen»¹⁰, sin dar a este término ningún carácter peyorativo. Su director habla claramente de comercialización del semen:

El semen es un bien o servicio para las legislaciones europeas [...] En Europa hay leyes de libre circulación de personas, servicios y bienes. El semen puede viajar por Europa libremente ya que no está sujeto a aranceles, ni control aduanero, dentro de los países de la Unión Europea (director Banco de Semen Escandinavo, junio 2015).

En relación con esta idea del mercado reproductivo, encontramos el temor a que el levantamiento del anonimato en España puede incrementar

9. El grupo IVI-RMANJ, por ejemplo, tiene una facturación anual de 300 millones de euros y 2.400 empleados. En <http://valenciaplaza.com/ivi-fusion-rmanj> (Consultada el 10 de noviembre de 2017).

10. En este sentido, Spar (2006) habla de la industria de la infertilidad para hacer referencia no solo a la donación de semen, sino que incluye también todos los tratamientos de las TRA e incluso la adopción.

el riesgo de que disminuya el número de donantes y, consecuentemente, se pondría en peligro la industria generada en torno a estas técnicas (Igareda, 2014).

Receptores: clientes versus pacientes

Las dicotomías empresa/clínica, donación/mercancía se transmutan en la forma en la que se concibe a las personas que reciben los gametos en las técnicas de reproducción asistida. ¿Son clientes o pacientes? El término «cliente» conlleva una relación comercial ligada al consumidor, quien paga y, por tanto, está en condiciones de elegir y de exigir el mejor servicio, situándole como portador de derechos y de capacidad de decisión en el proceso reproductivo. De hecho, el consentimiento informado pretende ser un elemento en el que la usuaria/cliente tiene capacidad de decisión y elección. Este criterio se identifica de manera adecuada con los servicios de salud de financiación privada. Mientras que el término «paciente» sugiere un sometimiento al profesional médico (Priego, 1995). Si trasladamos estos términos a la reproducción asistida, las necesidades y expectativas de los actores que acuden a las clínicas españolas se satisfacen, pero no ocurre lo mismo con algunas de sus preferencias. Las/os usuarias/os pueden elegir qué técnica (inseminación, inyección intracitoplasmática, recepción de óvulos de la pareja, etc.); pueden decidir el acceso a la maternidad/paternidad, en solitario o en pareja; pueden decidir posponer el proceso genésico (congelando óvulos, semen, embriones) y pueden donar su material genético. Pero no pueden elegir el fenotipo del donante ni elegir un donante no anónimo. El médico, en el sistema español, es el único actor autorizado para la elección fenotípica.

¿Por qué se impide la elección del donante por parte de los receptores? ¿Desean elegir los receptores? ¿Se puede evitar que acudan a un banco de semen extranjero que les permite elegir?

Nosotros tenemos licencia para distribuir en todo el mundo. Pero si tú quieras prohibir a una mujer, a nivel particular, hacerse autoinseminación ¿también la vas a prohibir ir a una discoteca y encontrar un hombre ahí? [...] no tenemos ninguna constancia de cómo se va a perseguir una cosa así (profesional Banco de Semen Escandinavo, febrero 2015).

Además del proceso de elección del donante de semen, está el hecho de que la inseminación es posible hacerla en casa. Si se puede elegir cualquier técnica en la clínica, ¿por qué no optar por la inseminación casera? ¿Qué es lo que más interesa a las/os usuarias/os en la elección del donante?

La gente quiere quedarse embarazada y la inseminación casera es una opción barata. Hay un aumento también en mujeres solteras, lesbianas [...] Lo que interesa a los clientes y por lo que mucha gente pregunta es el tema del *screening* y las pruebas que hacemos [...] Además, hay que añadir una calidad de esperma extraordinaria. (Profesional Banco de Semen Escandinavo, febrero 2015).

Todo conduce a pensar que las demandas son imparables, y nuevos grupos van a sumarse a la solicitud de técnicas de reproducción asistida; demandas que se alejan de criterios puramente biomédicos. El médico, como interventor social autorizado, debe juzgar situaciones que se extra-limitan del campo sanitario y debe satisfacer los deseos genésicos de grupos. Pero, ¿los profesionales deben tomar decisiones o se deben limitar a asesorar? En el Banco de Semen Escandinavo hablan de «*counselling*» (asesoramiento) y de autoservicio frente a la amplia diversidad de opciones que se abre a sus clientes. El autoservicio requiere en ocasiones este asesoramiento, que, insisten nuestros informantes, implica simplemente un mero responder a dudas e indicarles cuestiones importantes que deben tener en cuenta en la elección.

Cuando alguien está en este proceso y se mete por Internet, ¿es que hay tanta información! [...] ¿Algo más tengo que tener en cuenta? Por esto hemos hecho un video también [...] Allí explican bastante bien lo que tienes que tener en cuenta y lo que... También decimos: «*Tienes que pensar, ¿crees que te gustaría que tu hijo supiera o no?*» Damos un poco las pautas de: esto es lo que tienes que tener en cuenta (profesional Banco de Semen Escandinavo, febrero 2015).

El departamento de relación con el cliente es un servicio muy importante para las clínicas y también para los bancos de semen, agencias y todas las empresas relacionadas con la reproducción asistida. La atención personalizada a los receptores es de tal relevancia que durante nuestro trabajo de campo hemos entrado en contacto con una nueva figura profesional que está emergiendo en España y se denomina «asesor/a en atención al paciente internacional» en el campo de la reproducción asistida. Son profesionales conocedores de la realidad social de ciertos países europeos con necesidades en el campo de la atención reproductiva transfronteriza. Ofrecen sus servicios para hacer estudios de mercado que permiten conocer la posible demanda de necesidades reproductivas que no pueden satisfacer en los países de origen (Francia e Italia, por ejemplo), captan clientes a quienes asesoran a qué clínicas pueden acudir y les hacen el acompañamiento.

Control de las donaciones de semen y elección del donante

Comentábamos anteriormente que las clínicas y los bancos homologados son los únicos a los que la legislación española concede la capacidad de garantizar no solo los criterios sanitarios básicos, sino también la capacidad de elección de los donantes. De modo que se eviten razones eugenésicas en la elección y se gestione el número de donaciones que permitan controlar la cuota de bebés nacidos por donante, con el fin de prevenir el riesgo de consanguinidad. Ambas cuestiones plantean dos razones cargadas de valores éticos en la sociedad europea que van más allá de razones médicas: evitar la eugenesia y el incesto.

En el debate ético de la elección de donante por parte del usuario, subyace la posibilidad de que se sitúe dentro de criterios eugenésicos. En primer lugar, habría que descartar que no se estuviese produciendo ya, de hecho, en las técnicas de reproducción asistida controladas por las clínicas. El director del Banco de Semen Escandinavo nos hizo saber que, en su opinión, los criterios de selección del donante irán más allá de los fenotípicos, centrándose en la secuencia genética y entrando en el ámbito de la reprogramética (Lee, 1997). Unir genética y reproducción asistida puede llegar a provocar un gran impacto en las estructuras familiares y en la demografía (Sánchez, 2011) y se estaría modificando el genoma humano, considerado como «*un patrimonio inviolable (de la humanidad) que debe ser preservado*» (Hidalgo, 2011: 119).

¿El control llevado a cabo por las clínicas evita la consanguinidad? ¿Cómo controlan las clínicas los nacimientos de niños nacidos de donante? En la fase de trabajo de campo etnográfico de 2002 a 2005 ya se percibía la enorme dificultad para obtener datos de los receptores de gametos en relación con el nacimiento de los bebés nacidos (Álvarez, 2008). No en todos los casos de embarazos se comunicaba el nacimiento a las clínicas, lo que hace imposible conocer el número exacto de nacidos de cada donante. A este respecto nos comunicaban en la entrevista la dificultad de exigir y controlar este tema:

Nosotros, siempre lo pedimos. Está en el contrato que tienen la obligación de hacerlo. Pero, claro, ¿qué podemos hacer si no lo hacen? O sea, queremos confiar en que lo hacen. Sí es cierto que en España el tema de registro... sería mucho trabajo si tuviéramos que ir persiguiendo (profesional Banco de Semen Escandinavo, febrero 2015).

El no funcionamiento del Registro de Donantes en España al que se refiere la profesional¹¹ y la dificultad de saber exactamente el número de niñas y niños nacidos mediante semen de donante (tanto en clínicas como a través de donante conocido, compra directa de semen a un banco, páginas *web* donde se ofrecen hombres para donar semen con o sin remuneración económica al margen de las clínicas y bancos de semen...) genera un riesgo de que se puedan provocar problemas de consanguinidad. ¿Es esto así? La justificación de la elección de un número determinado de nacimientos por donante y no otro parece ser una cuantificación arbitraria; de hecho, hasta 25 descendientes por donante, para una población de 800.000 personas, no conduce a una mayor probabilidad de consanguinidad por contactos accidentales entre descendientes de donantes (Janssens, Thorn, Castilla, Frith, Crawshaw, Mochtar y Kirkman-Brown, 2015).

La preocupación alrededor de la consanguinidad no proporciona argumentos para llegar a una cuota aceptable de nacidos vivos por donante. Las cuotas de descendencia no son uniformes en el mundo: en algunos países como España se limitan a seis, mientras que otros no tienen un número máximo, como es el caso de los EE.UU. Opinar sobre la cuota de donaciones óptimas es complejo, ya que intervienen intereses muy diferentes: los de las clínicas y bancos de semen que deben «rentabilizar» a sus donantes y los de los y las receptoras que pueden querer un control y reducción de cuotas de nacidos vivos por donante. Así parece sugerirlo una opción de los bancos de semen de compra directa que ofrece la posibilidad de convertir a un donante en «exclusivo», mediante la compra de todas las muestras de semen de ese donante de las que dispone el banco.

¿Y los donantes de semen, qué opinan con relación a las cuotas? Van der Akker (2006) llevó a cabo una encuesta en la que la mayoría de los donantes no impusieron límite sobre el número máximo de descendientes concebidos con su semen; otros limitaron a un número que iba de cuatro a veinte. El Banco de Semen Escandinavo ofrece a sus donantes la posibilidad de poner un límite. De este modo, de los tres donantes que entrevistamos en Dinamarca, dos de ellos optaron por un límite de 50, y uno por 25 nacidos, y que a partir de ahí el banco de semen suprimiera el uso de su esperma.

11. En noviembre de 2016 (veinte años después del Real Decreto 413/1996, que instaba al control de la trazabilidad de los donantes) en «el VIII Workshop Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), que ha tenido lugar en la sede del Ministerio de Sanidad, la subdirectora general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión, ha anunciado que ya ha finalizado el proyecto de Real Decreto que regulará el registro de donantes de gametos y preembriones, por lo que su aprobación se aproxima. Diez [en realidad veinte] años después de que se diera por hecho su existencia, parece que por fin el registro será una realidad». En http://www.elespanol.com/ciencia/salud/20161108/169233574_0.html (Consultada el 10 de noviembre de 2017).

El número máximo de bebés que pueden nacer a partir del semen de un donante (en su país y en el extranjero) es difícil de consensuar, sobre todo en las situaciones de atención reproductiva transfronteriza. Janssens *et al.* (2015) indican que, a nivel internacional, no hay normas para el uso responsable del semen de donante y las investigaciones solo pueden servir de apoyo y orientación. Ante las iniciativas individuales privadas de autogestión reproductiva, poco se puede acotar. Janssens *et al.* sugieren que lo mejor es ofrecer orientación, transparencia y no situar el acontecimiento como un delito punible: el número aceptable de descendientes por donante no está en manos exclusivas de las clínicas y ni siquiera de las autoridades de un único país.

¿Elegiría este donante para mí? Fenotipo *versus* intuición

Los sistemas de captación de donantes de semen, la exclusión o el acceso al sistema de donación, las motivaciones de los mismos, el impacto de la donación en sus vidas, la repercusión del levantamiento del anonimato, son, entre otras muchas, algunas cuestiones relativas a los donantes de semen que merecen tratarse de manera extensa. Aquí nos limitaremos a apuntar, de forma somera, algunos aspectos en la relación entre banco y donante de semen. Por ejemplo, qué se requiere para ser donante más allá de aspectos biomédicos y fenotípicos o cómo perciben a los donantes los y las profesionales del banco de semen.

En el Banco Escandinavo de Semen, la selección del donante sigue el siguiente recorrido: el primer filtro se basa en la calidad del semen, donde se rechaza al 90% de los candidatos. Posteriormente, se realiza un cuestionario psicológico y una exploración médica y analítica que permite descartar también a otros candidatos. Una vez pasados estos filtros, el donante elige si quiere hacer una donación anónima o no anónima. En ambos casos se opta, asimismo, entre proveer un perfil básico (con pocos datos muy generales como el color de pelo y ojos, altura, grupo sanguíneo, raza u origen étnico, entre otros) o un perfil ampliado en el que se le solicita al donante que, además de los datos básicos, rellene otros datos más personales sin revelar su identidad (gustos, intereses, aspectos familiares, foto de su infancia, grabación de voz, nota manuscrita...). En último lugar, los trabajadores/as del banco de semen escriben sus impresiones personales y subjetivas sobre cada donante, respondiendo a la pregunta: «¿yo elegiría a este donante para mí?». Sus respuestas sobre cada donante están disponibles directamente en Internet.

¿Qué características debe tener un donante de semen para ser seleccionado? En los bancos de semen españoles se requiere una edad com-

prendida entre los 18 y 35 años (Álvarez, 2008), mientras que en el banco escandinavo se puede ser donante hasta los 45 años si su calidad espermática es adecuada. La edad mínima varía en función de si es donante anónimo (18 años) o no anónimo (25 años). La profesional del Banco de Semen Escandinavo nos indicaba que «*para ser [donante] no anónimo —[esto] no es por ley— nosotros exigimos que tienen que tener un mínimo de 25 años, porque tiene que haber una cierta madurez*». Otros requisitos son: buena salud física y psicológica; no padecer ni él ni sus familiares directos trastornos genéticos ni enfermedades hereditarias; y, evidentemente, tener un semen de gran calidad: que las muestras soporten adecuadamente el proceso de congelación y descongelación. Pero, ¿cómo se lleva a cabo la decisión definitiva de aceptar o rechazar a un donante de semen una vez superadas todas las pruebas?

Además de las condiciones ya expuestas, existe una demanda de determinados rasgos que se consideran «aceptables», y se rechazan cuerpos reproductores capaces de transmitir rasgos menos deseados como, por ejemplo «rasgos fuertes» o «piel oscura» (Álvarez, 2008).

La condensación simbólica del gameto permite pensar en transmitir elementos corporales de antepasados, por lo que los gametos son sustancias que relacionan personas de manera permanente. Si el fenotipo («rasgos normales») no se ajusta al genotipo (antecedentes familiares de otras «razas»), se rechaza aquel por miedo a que se manifieste este. Durante la entrevista a una profesional del Banco de Semen Escandinavo, esta indicaba los aspectos fenotípicos solicitados por los y las receptoras:

Sobre todo, son daneses, pero tenemos también de otras etnias. Pero sí que es verdad que hay mucho rubio y ojos azules en Dinamarca y tenemos demanda en tantos sitios que también nos interesan estos donantes daneses para exportar [...] Prefieren una cierta altura 1,70 o 1,75 (mínimo) [...] Como en general el médico va a hablar con la persona, de la misma forma tienen un poco la idea de la personalidad del donante. Si resulta que tiene una, no sé... no solo el aspecto... pero si realmente ve que tiene una actitud, una forma muy desagradable, es maleducado... y si encima llega a ser obeso, yo me imagino que entonces dirán que no. Pero no a él (profesional Banco de Semen Escandinavo, febrero 2015).

Es difícil analizar el papel que juega el fenotipo en la elección de donantes, comparando bancos españoles con el escandinavo. En el caso de España no elige el usuario, sino la clínica. En el caso escandinavo, elige el cliente, entre toda una serie de posibilidades que se han descrito anteriormente: anonimato, no anonimato; perfil básico o perfil ampliado; y una amplia información sobre características físicas, psicológicas, emo-

cionales, que incluyen las impresiones subjetivas del personal. La oferta del banco escandinavo se extiende hasta la posibilidad de reservar un donante exclusivo, que solo sería utilizado por esa persona o pareja. Para ello se debe adquirir la totalidad de las existencias de esperma perteneciente al donante en cuestión (el coste es de 12.000 €)¹². Esta opción puede resultar adecuada cuando se desea disponer del mismo donante para más de un hijo y para que otras personas no puedan usar esperma del mismo donante.

Como hemos señalado, además del fenotipo, la impresión que causan los donantes también juega un papel en el proceso de selección. Aunque, en el caso del Banco de Semen Escandinavo, este papel se hace explícito y público; en el caso de los bancos de semen españoles, también está presente, aunque no de manera tan visible. Así, en el trabajo de campo llevado a cabo por Álvarez se registra la impresión que produce el donante de semen al personal que le atiende en el banco:

Cuando Darío, acudiendo a su primera cita en el 2004, entró en el laboratorio del banco de semen, todos coincidimos en que era un hombre muy atractivo. Enseguida se oyó, «¡tenemos que cogerlo!». En el momento de las entrevistas tenía 21 años [...] El atractivo de Darío no solo es físico, es un hombre con habilidades sociales, amable, correcto y colaborador (Álvarez, 2008: 178).

Esta primera impresión, derivada exclusivamente de su aspecto físico y comportamiento con el personal del banco, fue importante para aceptarle como donante. De hecho, se conocen todos estos datos sobre su personalidad (lugar en el que vive, gustos y aficiones) porque se le preguntó y quedó registrado en su historia «clínica». En el caso de este banco de semen español, esta información nunca llega a la receptora, pero sí al personal que elige el donante adecuado para ella. Es un sistema informal de recoger de alguna manera sus capacidades intelectuales y relacionales.

La impresión del personal sigue siendo un ítem relevante en la valoración de un «buen donante» también para el Banco de Semen Escandinavo. Así nos lo señalaba su portavoz al preguntarle sobre qué profesional describía y dejaba constancia en los archivos de la impresión que le producía el donante:

En la sede [...] cuando el donante viene, pues en seguida habla o con la recepcionista, o con las personas del laboratorio [...] El donante tiene cierta confianza con nosotros... se charla un poco y si te conoces desde hace tanto

12. Precios consultados el 23 de abril del 2017 en la *web* de un banco de semen danés: <https://dk-es.cryosinternational.com/esperma-de-donante/precios-y-formas-de-pago>

tiempo, la gente tiene un poco una impresión de cómo es la persona, ¿no? De que tiene sentido del humor, de si es muy tímido... tiene esta impresión de él, lo que no significa que se sabe quién es, pero tienes un poco la impresión. Algo así como, «*yo elegiría este donante para mí!*» (profesional Banco de Semen Escandinavo, enero 2015).

En la entrevista al director del Banco de Semen Escandinavo también quedó clara la importancia que dan a la impresión que produce el donante al personal que le atiende. Para ver las anotaciones que se hacen de un donante bajo el criterio de la impresión, sirva de ejemplo la siguiente consideración de un donante apodado Almin, disponible en su página web:

Almin siempre se dirige al personal del banco con una sonrisa. Es una persona muy tranquila y con los pies en el suelo. A menudo lleva una gorra, cazadora o chubasquero. Es guapo natural. Almin organiza cursos de trabajo en equipo y es también profesor interino. Parece un tipo muy sociable. Almin se parece al actor Zachary Quinto con el pelo liso.

De este modo, vemos cómo con la dicotomía fenotipo *versus* intuición se siguen reproduciendo los binarismos que han ido articulando todo este texto y que se pueden sintetizar en el siguiente cuadro, a modo de recapitulación:

Banco de semen	vs.	Clínica de reproducción
Venta		Don
Institución empresarial		Institución sanitaria
Usuaria/o: cliente		Usuaria/o: paciente
Semen: mercancía		Semen: material genético
Elección donante: cliente		Elección donante: personal biomédico
Lucro: explícito		Lucro: implícito
Autonomía y autogestión reproductiva		Gestión sanitaria del proceso reproductivo

Tabla 1. Elaboración propia.

Conclusiones

Los avances en las técnicas de reproducción asistida, la globalización y la legislación han convertido esta área en un gran negocio con una potente industria que mueve millones de euros en España, a pesar de la crisis económica (Igareda, 2014: 219).

Las clínicas, al hilo de la consigna que marca la ley española y en otras partes del mundo, ponen el énfasis en el carácter biológico (genético) de los gametos. Por lo tanto, las decisiones respecto a los mismos forman parte de un proceso sanitario que convierte en pacientes a las/os usuarias/os y coloca en el personal biomédico la capacidad última de decisión. Se presenta como necesario, pues, que los profesionales sanitarios controlen el proceso técnico, la elección de donantes y que se preserve el anonimato, ya que se teme que al levantarla se produzca un déficit de donaciones.

La aparición en el norte de Europa de bancos de semen a partir de una concepción de negocio empresarial, en la periferia o umbral del sistema sanitario, provoca tensiones entre dos discursos y concepciones diferentes y en muchos casos opuestas en torno a los gametos masculinos. Para el banco de semen, el esperma se inserta en unas lógicas estrictamente empresariales, en las cuales pasa a ser mercancía que se ofrece al conjunto del mercado europeo en el que existe libre circulación de mercancías. En este mercado, el/la usuario/a es un cliente que tiene derecho a elegir lo que «compra» y la empresa no esconde su ánimo de lucro.

Efectivamente, estamos ante un mercado reproductivo que implica pagos (de las clínicas/bancos a los donantes; de los usuarios/as a los bancos/clínicas) que en el caso de las clínicas se presenta como «compensación» por donaciones, y en el caso de los bancos se habla claramente de retribución. Se oculta de este modo una competencia por atraer usuarios/as (y por lo tanto ingresos) y por el control del proceso reproductivo.

Así, en España se ha dado una polémica abierta entre banco de semen y clínicas que se expresa en términos de trazabilidad, consanguinidad, garantías sanitarias y de seguridad de las muestras por parte de las clínicas. El banco de semen enarbola el derecho a la autonomía reproductiva de las usuarias, donde la ciudadanía que utiliza esas posibilidades reproductivas debe poder autogestionar todo el proceso, permitiéndose elegir con quién y cómo reproducirse.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, C. (2008). *La búsqueda de la eterna fertilidad. Altruismo y mercantilismo en la donación de semen y óvulos*. Jaén: Alcalá Editorial.
- Álvarez, C. (2006). Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida. *Revista de Antropología Social*, 15: 411-455.
- Bay, B.; Larsen, P.B.; Kesmodel, U.S. e Ingerslev, H.J. (2014). Danish sperm donors across three decades: motivations and attitudes. *Fertility and Sterility*, 101(1): 252-257.

- Benavente, P. y Farnós, E. (2015). Presentación. En *Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual*. P. Benavente y E. Farnós, Eds. Madrid: Monográfico boletín Ministerio de Justicia nº 2179.
- Bergmann, S. (2014). La genética es como la masa de la pizza. El matching y la clasificación del fenotipo como práctica y decisión cultural en las clínicas de reproducción asistida. *En Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. E. Pérea y E. Ortega, Eds. Valencia: Editorial Cátedra.
- Deech, R. (2003). Reproductive tourism in Europe: infertility and human rights. *Global Governance*, 9(4): 425-432.
- Fonseca, C. (2008). Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 769-783. <http://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300003>
- Godelier, M. (2000). Cuerpo, parentesco y poder. *Perspectivas antropológicas y críticas*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Hidalgo, O.M. (2011). *Genoma Humano y Derecho: Resultados de la investigación y su impacto en la argumentación jurídica*. Bloomington: Palibrio.
- Igareda, N. (2014). El derecho a conocer los orígenes biológicos versus el anonimato en la donación de gametos. *Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, 18(31): 227-250.
- Janssens, P.M.; Thorn, P.; Castilla, J.A.; Frith, L.; Crawshaw, M.; Mochtar, M. y Kirkman-Brown, J.C. (2015). Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. *Reproductive biomedicine online*, 30(6): 568-580.
- Jociles, M.I. (Ed.) (2016) *Revelaciones, filiaciones y biotecnologías. Una etnografía sobre la comunicación de los orígenes a los hijos e hijas concebidos mediante donación reproductiva*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Lee, M. (1997). *Remaking Eden: How genetic engineering and cloning will transform the american Family*. New York: Ecco.
- León, P. (2016). Un destino turístico líder más allá del 'sol y playa'. Vacaciones en España con embarazo incluido. Miles de extranjeros acuden a las clínicas españolas especializadas en reproducción. *El País*, 10 de abril de 2016. En http://economia.elpais.com/economia/2016/04/09/actualidad/1460215681_537198.html Accedido el 10 de noviembre de 2017.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Sábado 27 de mayo de 2006, Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 126, Madrid, España.
- López J.J. y Moreno, J.M. (2015). ¿Industria de la fertilidad o respuesta a la búsqueda del hijo biológico? En *Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual*. P. Benavente y E. Farnós, Ed. Madrid: Monográfico boletín Ministerio de Justicia nº 2179.
- Lucía, C. y Núñez, R. (2015). Revisión del perfil sociodemográfico de una muestra local de donantes de gametos, en España: motivación para la donación, procedencia de los donantes, ocupación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 2(1): 23-30.
- Olavarria, M.E. (2010). Cuerpo, sustancia y tecnologías reproductivas. En *DeSignis Cuerpo(s): Sexos, Sentidos, Semiosis*.
- Pichardo, J.I. (2009). *Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia*. Barcelona: Bellaterra.

- Pichardo, J.I.; Stéfano, M. y Martín-Chiappe, M.L. (2015). (Des)naturalización y elección: emergencias en la parentalidad y el parentesco de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX(1): 187-203.
- Priego, H. (1995). ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Pública de México*, 381-382.
- Resolución de la AMM sobre la No Comercialización del Material Reproductivo Humano. En: <https://www.wma.net/es/policies-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-no-comercializacion-del-material-reproductivo-humano/> (Consultada el 2 de enero de 2017).
- Rego, P. (2016). El «baby boom» de la inseminación casera. *El Mundo*, 3 de enero de 2016. En <http://www.elmundo.es/cronica/2016/01/03/5687c9d2ca474110268b45cb.html>. Accedido el 10 de noviembre de 2017.
- Reglamento (CE) N° 450/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de abril de 2008 por el que se establece el código aduanero comunitario (código aduanero modernizado). Official Journal of the European Union, 4 de junio de 2008. En <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32008R0450>. Accedido el 10 de noviembre de 2017.
- Sánchez, H. (2011) Impactos de la reprogenética en las tendencias demográficas y en las estructuras familiares. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 187(750): 765-781.
- Sociedad Española de Fertilidad (2016). <http://www.sefertilidad.net/newsletter/newsletter19.html> (consultado el 10 de noviembre de 2016).
- Spar, D.L. (2006). Baby business: cómo el dinero, la ciencia y la política condicionan el negocio de la infertilidad. Barcelona: Ediciones Urano.
- Storrow, R.F. (2011). Assisted reproduction on treacherous terrain: the legal hazards of cross-border reproductive travel. *Reproductive biomedicine online*, 23(5): 538-545.
- Swanson, K. (2012). The birth of the sperm bank. *The Annals of Iowa*, 71(3): 241-276.
- Van den Akker, O. (2006). A review of family donor constructs: current research and future directions. *Human Reproduction Update*, 12(2): 91-101.
- Zegers-Hochschild, F; Adamson, G.D.; de Mouzon, J.; Ishihara, O.; Mansour, R.; Nygen, K. y van der Poel, S. (2009). The International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Human Reproduction*, dep343.