

CAPÍTULO IV. CONCEPCIÓN

4.1 Exposición de hechos: Nuevos escenarios en reproducción humana asistida

La concepción es el punto de partida de toda vida humana, si bien, como se verá a continuación, la vinculación afectiva de las madres hacia su descendencia puede iniciarse incluso antes de la misma, con el deseo de ser madre o la búsqueda de la gestación. Lo que hasta hace unos pocos años sólo podía entenderse como el fruto de una relación sexual entre un hombre y una mujer, que, por medio de la fusión de dos gametos en el interior del cuerpo femenino, generaba una célula huevo, o cigoto, a partir de la cual se produciría el desarrollo embrionario, a día de hoy es el eje sobre el que pivota todo un nuevo escenario biotecnológico, repleto de avances y promesas, pero, también, de importantes problemas éticos aún no enteramente legislados.

El desarrollo de las técnicas de reproducción asistida se ha venido produciendo en paralelo a un importante cambio demográfico de los países desarrollados, con retrasos significativos en la edad materna y disminución de las tasas sociales de fertilidad. El retraso de la edad materna (escenario especialmente acentuado en el Estado español), fuera de la ventana biológicamente óptima para la reproducción según el ciclo reproductivo de las mujeres, ha fomentado de manera significativa la expansión de servicios públicos y clínicas privadas dedicadas a la fertilidad, y ha redundado en un aumento de situaciones subsidiarias de recibir atención especializada en SMP. De este modo, la concepción (o, más bien la no consecución de la misma) y los procesos que se atraviesan para conseguirla, se han convertido en problemáticas de primer orden en el ámbito de la SMP.

4.1.1 Deseo maternal

Como se ha señalado con anterioridad, la vinculación afectiva de la madre con el bebé puede comenzar desde el momento de la concepción, e incluso desde antes de la misma, en relación al deseo parental; en este caso, el deseo maternal. En la especie humana, no se ha demostrado la existencia del denominado "*instinto materno*", o patrones conductuales fijos y predefinidos de manera innata que conduzcan a la reproducción, sino que las conductas sexuales y reproductivas se hallan entramadas dentro de la cultura y el desarrollo psicológico de los individuos. Así, el deseo de ser madre o padre es una realidad compleja, que emerge en la confluencia de la infancia propia y la biografía individual, con los contextos socioculturales en los que

está inserta la persona y los roles sociales preeminentes en cada momento. Según expresa Laplanche (1987)⁴³²:

"El deseo parental es producto, de un largo proceso que se gesta en la infancia, y está directamente relacionado con el desarrollo psicosexual de la niña o niño y determinado por los procesos identificatorios con ambos padres, que incluyen las identificaciones de género, procesos identificatorios, del niño/a con los padres, resultante a su vez de la implantación en la mente del hijo/a de mensajes inconscientes relativos a la masculinidad/femineidad y que incluyen las representaciones sobre la maternidad o la paternidad."

La motivación con la cual se produce la concepción de la hija o hijo, y el deseo maternal respecto de dicho hijo, han demostrado tener una gran relevancia para la vivencia emocional durante el embarazo y para la posterior vinculación afectiva con el bebé nacido⁴³³. Por ello, cuando se producen embarazos no deseados, también la vinculación afectiva postparto de las madres puede verse dificultada, incluso cuando se produce la aceptación del hijo durante el proceso del embarazo. Entendiendo que, en el momento histórico actual, la mayor parte de las maternidades en las sociedades occidentales son libremente elegidas por las madres, cabe señalar que las problemáticas respecto del deseo maternal se han ido transformando, y la etapa periconcepcional afronta, ahora, nuevos desafíos.

El avance imparable del desarrollo científico-técnico, unido al retraso de la edad materna que están viviendo las sociedades occidentales (siendo la edad media del primer hijo en España de 32 años), y a la elección de mujeres que deciden ser madres fuera de la pareja heterosexual, han supuesto un incremento exponencial del empleo de técnicas de reproducción asistida (TRA), abriendo un abanico de interrogantes y nuevas situaciones –nunca antes contempladas en la historia del ser humano–, respecto de los límites bioéticos de las mismas, así como sobre la filiación, el parentesco, y los derechos de las y los menores concebidos por estas técnicas⁴³⁴. A continuación, se expondrán la problemática de la infertilidad y algunas nociones básicas sobre TRA.

⁴³² LAPLANCHE, J., *Problemáticas III. La sublimación*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1987.

⁴³³ ASKELSON, NM., LOSCH, ME., THOMAS, LJ., REYNOLDS, JC., "Baby? Baby Not?: Exploring Women's Narratives About Ambivalence Towards an Unintended Pregnancy", *Women's Health*, 2015, vol. 55, nº7, pp. 842-858.

⁴³⁴ SALOMÉ MILA, N., ROSSI, M., *Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida*. 1a edición - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., pp. 25-26.

4.1.2 Infertilidad

La mayor parte de las mujeres en edad fértil presuponen que, en caso de experimentar el deseo maternal, van a poder tener hijos si así lo deciden. Como refiere Christiane Northrup (2007):

"(...) la capacidad de tenerlos es importante incluso para mujeres que no tienen la intención de utilizarla nunca. La capacidad de concebir y parir puede influir enormemente en cómo se siente la mujer consigo misma en un plano muy profundo. Así pues, cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una gran desesperación y lo siente como una injusticia: "¿Por qué yo?"⁴³⁵.

Una de las causas principales por las cuales puede frustrarse el deseo materno es la infertilidad. Se denomina infertilidad a incapacidad para conseguir un embarazo a término después de al menos un año de mantener relaciones sexuales habituales y sin utilizar medios anticonceptivos. De este modo, la infertilidad hace referencia a aquellas mujeres que pudiendo concebir, no consiguen llevar a término un embarazo, puesto que sufren algún tipo de pérdida durante el mismo (aborto o parto inmaduro con fallecimiento y óbito fetal). Como todas las pérdidas, las perinatales suponen procesos de duelo que, además, pueden verse dificultados por las especiales circunstancias en las que tienen lugar, y que a menudo requiere atención psicológica específica. Por otro lado, la esterilidad hace referencia a la incapacidad para que se produzca la concepción. Ambas condiciones (infertilidad o esterilidad) pueden calificarse como primarias o secundarias, en función de si ha habido o no previamente el nacimiento de al menos un hijo vivo.

La OMS, en su documento sobre la infertilidad publicado en 2020, ha catalogado como enfermedad crónica a la *"incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas"*, y señala que su repercusión afectiva es comparable a la de los procesos oncológicos. Si se atiende a la definición clásica de enfermedad de la OMS, ciertamente la infertilidad, aunque en la mayoría de los casos no genera malestar físico, sí produce frecuentemente malestares de índole psíquica y social⁴³⁶.

La infertilidad es un problema de salud creciente en las sociedades occidentales. Se estima que, en los países de occidente, en torno a un 15 % de la

⁴³⁵ NORTHROP, C., "MD: a pioneer in the field of women's health", *Alternative therapies in health and medicine*, 2007, vol. 3, nº 3, pp. 64-75.

⁴³⁶ OMS, *Infertilidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (Consultado el 10 enero de 2022).

población en edad reproductiva tiene problemas para conseguir una gestación, y estas cifras parecen ir al alza⁴³⁷.

4.1.3 Cambios demográficos en la natalidad española

En España, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, los nacimientos año a año no dejan de reducirse. Así, el año 2021 marcó un nuevo mínimo histórico en número de nacimientos en España tras registrarse un total de 336.811, la cifra más baja contabilizada desde que se tienen datos, en 1941 (en plena posguerra española), según el informe *"Movimiento Natural de la Población"* (INE, 2022)⁴³⁸. Esta cifra de nacimientos supone una caída de un 1,3% con respecto a los números registrados en 2020 (unos 4.500 niños menos), y mantiene la tendencia a la baja que el INE ha registrado en la última década, que únicamente fue interrumpida en el año 2014. De hecho, el informe determina que, en la última década, desde el año 2011 la cifra de nacimientos ha descendido un 28,6%. La denominada tasa de natalidad (medida de cuantificación de la fecundidad empleada en los estudios demográficos, que calcula el número de nacimientos por cada mil habitantes en un año) en el año 2021 fue del 7,1‰ (considerada muy baja). También el Índice de Fecundidad (número medio de hijos por mujer en edad fértil), de 1,19, se encuentra muy por debajo del reemplazo generacional (2,1) y en el año 2021 era el segundo más bajo de Europa (sólo por detrás de Malta) y uno de los más bajos del mundo⁴³⁹.

Es reseñable que, aunque en la mayoría de los países de Europa se ha constatado un descenso de la natalidad y la fecundidad y un aumento de la edad materna en las últimas décadas, el caso de España es particularmente extremo. Según los datos estadísticos de Eurostat, en el contexto de la UE-28, España –junto a Portugal e Irlanda– es la economía en la que el índice de fecundidad se ha reducido con mayor intensidad entre 1975 y 2017. De ser el segundo país con la fecundidad más elevada, después de Irlanda, ha caído hasta el penúltimo lugar con 1,3 hijos por mujer en 2017 (último año disponible para la Unión Europea), solo por encima de Malta (1,26), en niveles parecidos a Chipre (1,31), Italia (1,32) y Grecia (1,35) y lejos de Francia (1,9) o Suecia (1,78). Es preocupante que ningún país de la UE-28 alcance

⁴³⁷ LEDGER, WL., "Demographics of infertility", *Reproductive biomedicine online*, 2019, vol. 18, nº 2, pp. 11–14; INHORN, M.C. PATRIZIO, P., "Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century", *Human Reproduction Update*, 2015, vol. 21, nº 4, pp. 411–426.

⁴³⁸ INE, *Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB) Año 2021*. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/mnp_prensa.htm. (Consultado el 11 de mayo de 2023).

⁴³⁹ Eurostat, 2022. Data Browser. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_facbc/default/table?lang=en. (Consultado el 13 de febrero de 2023).

el nivel de reemplazo generacional, poniendo en peligro la sostenibilidad demográfica⁴⁴⁰.

En España, casi tres de cada cuatro mujeres desean tener al menos dos hijos⁴⁴¹. No hablamos de las mujeres que no desean ser madres, sino de aquellas que, deseándolo, no pueden acceder a la maternidad por falta de condiciones materiales adecuadas para ello. Es la paradoja de la libre elección de la maternidad: antes, la maternidad era una obligación impuesta a las mujeres; sin embargo, en el momento actual las mujeres pueden elegir ser madres, y decidir cómo y cuándo serlo. En teoría. Pero la realidad es que hay un gran número de mujeres que quieren ser madres, o madres antes, o madres de más hijos, que no pueden acceder a esa maternidad deseada.

Si bien no se puede atribuir la infertilidad occidental a una única causa, parece que la causa principal de su incremento es el retraso en la edad materna, aunque también se ha constatado un empeoramiento de la calidad seminal masculina. Además, el estrés y los modos de vida asociados a los países postindustriales parecen repercutir negativamente en la fertilidad, como se analizará someramente a continuación.

4.1.3.1 Retraso en la edad materna

El retraso de la edad de maternidad es un grave problema estructural que acecha a los países desarrollados, pero, de forma muy particular, a España, nación que se encuentra entre los peor posicionados en casi todos los indicadores, desde la edad materna con la que se tiene el primer hijo, hasta el número de nacimientos, pasando por el índice de fecundidad o el elevado porcentaje de hijos en mujeres mayores de 40 años.

A los 14 años, la mayoría de las mujeres son capaces de ovular, y a los 21 años comienza la etapa más fértil dentro de la vida de la mujer. La curva de la fertilidad de la mujer implica un descenso progresivo de la misma a partir de los 30 años, comenzando el descenso a ser más acusado a los 35 años, y acelerándose a partir de los 37 años y hasta los 44, cuando las probabilidades de un embarazo espontáneo son ya muy bajas⁴⁴². De este modo, muchas mujeres que no habrían sufrido problemas de fertilidad en su veintena, con

⁴⁴⁰ BBVA, Esenciales Nº 41: Evolución de la natalidad en las regiones y municipios españoles. <https://www.fbbva.es/noticias/indice-fecundidad-espana-segundo-mas-bajo-europa-diferencias-regiones-doble-hijos-mujer/> (Consultado el 13 de febrero de 2023).

⁴⁴¹ INE, Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018. Disponible en: https://www.ine.es/proyectos/proyecto_ef.pdf (Consultado el 13 de febrero de 2023).

⁴⁴² CRAWFORD, NM., STEINER, AZ., "Age-related infertility", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2015, vol. 42, nº 1, pp. 15-25.

el paso de los años, ven disminuidas la cantidad y calidad de sus óvulos, hasta llegar a impedir su concepción natural. Así, en el momento vital en que muchas mujeres conseguir el embarazo (adentradas ya en la treintena, por ser el más favorable a nivel cultural y socioeconómico), puede que ya no les sea posible sin intervención de técnicas de reproducción asistida, entre otros motivos, porque sus ovocitos ya no presenten la suficiente calidad como para formar un embrión viable de forma espontánea⁴⁴³.

Por supuesto, no se pueden desligar estas realidades del particular mercado laboral de España, y de las escasas políticas de conciliación, que abocan a un gran número de mujeres a anular o posponer su deseo maternal hasta tener su posición laboral y carrera profesional suficientemente asentadas. La mayoría de las explicaciones al retraso de la edad materna son ofrecidas desde los estudios sociológicos, y están directamente relacionadas con la liberación de la mujer y los cambios de roles que la han acompañado en los últimos años. Así, los principales factores que se deben tener en cuenta son:

- El trasvase de las mujeres del trabajo reproductivo al productivo: la revolución más importante del siglo XX, la liberación de la mujer y el cuestionamiento de los roles de género tradicionales basados en la división sexual del trabajo.
- Existe una relación negativa entre el nivel educativo y la fertilidad de las mujeres (denominado "gradiente educativo negativo en fertilidad"), de tal forma que, a mayor nivel educativo de las mujeres, éstas tienen menos hijos⁴⁴⁴. En España, un estudio realizado sobre datos del registro, ha señalado la persistencia de un gradiente educacional que guarda una relación inversa con la fertilidad⁴⁴⁵. Esto implica diferencias en la fertilidad entre las distintas categorías educativas de la sociedad española. De manera semejante a lo que sucede en Reino Unido y otros países europeos mediterráneos, las mujeres españolas con menor nivel educativo muestran unos mayores índices de fertilidad que aquellas con elevados niveles educativos. El estudio muestra que, entre los años 2007 y 2017, mientras los niveles de educación elevados continuaban aumentando entre la población de las mujeres españolas, la fertilidad en España cayó de 1.39 hijos por mujer a 1.32. Esta disminución de la fertilidad (- 5.5%) no se distribuyó de manera homogénea entre todas las mujeres, sino que las mujeres con los niveles educativos

⁴⁴³ American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee, "Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589", *Fertility and Sterility*. 2014, vol. 101, nº 3, pp. 633-634.

⁴⁴⁴ JAMES, KS., SKIRBEKK, V., VAN BAVEL, J., "Education and the global fertility transition: Foreword", *Vienna Yearbook of Population Research*, 2012, vol. 10, pp. 1-8.

⁴⁴⁵ REQUENA, M., "Spain's Persistent Negative Educational Gradient in Fertility", *European Journal of Population*, 2021, vol. 38, nº 1, pp. 1-13.

más bajos llegaron a aumentar su fertilidad en un 9%, mientras que las mujeres con los niveles educativos más altos las redujeron prácticamente en la misma proporción (en torno a un 10%). El gradiente educativo no es una regla inamovible; de hecho, en los últimos años parece haberse invertido en países nórdicos y en Australia, en probable relación con la implementación de mejores políticas de conciliación⁴⁴⁶.

- La inestabilidad económica y precariedad laboral: desde la crisis de 2008, el mercado laboral español ha estado marcado por la elevada tasa de empleos temporales y parciales, situación que se ha exacerbado con la pandemia de COVID-19. Los despidos masivos y la figura del ERE laboral han tenido su traducción inmediata en la drástica disminución del número de nacimientos en España en los años 2021 y 2022⁴⁴⁷.
- La maternidad como elemento de distorsión en el acceso al mercado laboral: la realidad es que todas las mujeres son conscientes de que la maternidad es un obstáculo que retrasa e incluso impide la hacer carrera profesional. Se hicieron muy famosas las controvertidas declaraciones de Mónica de Oriol, la presidenta del Círculo de Empresarios, afirmando que ella desaconsejaba contratar a mujeres entre 25 y 45 años por el amparo que da la ley a las madres trabajadoras; decía, textualmente, en medio de esas edades, "*¿qué hacemos con el problema?*", añadiendo que esa protección "*desconecta a la mujer del esfuerzo diario*", una de las variables que más influye en la motivación laboral.
- Las políticas insuficientes de conciliación, entre las que se incluyen los permisos parentales, la financiación pública de escuelas infantiles u otras redes de cuidados, y las medidas laborales.

De este modo, podemos afirmar que la única decisión real con impacto estructural en materia de conciliación en España ha sido la decisión colectiva de las mujeres de tener menos hijos y retrasar la maternidad. Por desgracia, la toma de decisiones de las mujeres de retrasar su maternidad no siempre se realiza contando con una adecuada información en fertilidad, correspondiente al ámbito de la salud sexual y reproductiva, de forma que a menudo desconocen el sufrimiento y las dificultades asociadas a los problemas de fertilidad secundarios a la edad hasta que inician la búsqueda.

Esta decisión social de retrasar la maternidad, que no ha conllevado una mejora de la información preconcepcional sanitaria en lo relativo a la fertilidad,

⁴⁴⁶ KRAVDAL, O., "The high fertility of college educated women in Norway. An artefact of the separate modelling of each parity transition, *Demographic Research*, 2001, nº 5, pp. 187–216; MCDONALD, P., MOYLE, H., *In Australia fertility is falling only for low educated women*. N-IUSSP; 2019.

⁴⁴⁷ INE, *Estimación mensual de nacimientos*. Disponible en: <https://www.ine.es>. (Consultado el día 12 de septiembre de 2023).

está incentivando el desarrollo de técnicas específicas, como la congelación preventiva de óvulos, para tratar de salvar la barrera biológica de la infertilidad femenina asociada a la edad⁴⁴⁸.

El origen laboral de estas propuestas, y su evidente cariz de mercado, se evidencia en las propuestas de algunas grandes empresas multinacionales (como Google o Facebook) que ofrecen como incentivo a sus trabajadoras en edad fértil la financiación de la congelación de sus óvulos, para que no se vean impelidas a perturbar su carrera profesional en ese momento de su vida a causa de la maternidad⁴⁴⁹.

4.1.3.2 Calidad seminal

En los últimos años se ha constatado un incremento de alteraciones seminales masculinas (recuento de espermatozoides, movilidad y morfología de los mismos), que podrían relacionarse con un empeoramiento de su fertilidad⁴⁵⁰. Numerosos estudios, publicados entre 1981 y 2013, han constatado un empeoramiento de la calidad seminal en Norte América, Europa y Australia. Los continentes de África y América del Sur han sido menos estudiados; sin embargo, metaanálisis recientes confirman, también, un empeoramiento del recuento espermático entre los hombres que residen en los mismos⁴⁵¹.

No se conocen las causas a ciencia cierta, aunque se han señalado posibles factores que podrían interactuar de forma multifactorial, como el estrés, los hábitos de vida poco saludables (sedentarismo, consumo de sustancias tóxicas, mala alimentación) y los contaminantes ambientales, que pueden influir desde el periodo fetal y a lo largo de toda la vida⁴⁵².

⁴⁴⁸ VARLAS, VN., BORS, RG., ALBU, D., PENES, ON., NASUI, BA., MEHEDINTU, C., POP, AL., “Social Freezing: Pressing Pause on Fertility”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, nº 15, pp. 80-88.

⁴⁴⁹ Publicado en prensa. Expansión. *Google y Facebook financian la maternidad a sus empleadas*, 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.expansion.com/directivos/2017/12/12/5a2fc9ede2704e52568b45c1.html#:~:text=%22Si%20una%20mujer%20elige%20congelar,formas%20de%20asegu>. (Consultado el 7 de enero de 2023).

⁴⁵⁰ LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., MINDLIS, I., PINOTTI, R., SWAN, SH., “Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis”, *Human Reproduction Update*, 2017, nº 23, pp. 646–659.

⁴⁵¹ LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., JOLLES, M., PINOTTI, R., SWAN, SH., “Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries”, *Human Reproduction Update*, 2022; dmac035.

⁴⁵² MANN, U., SHIFF, B., PATEL, P., “Reasons for worldwide decline in male fertility”, *Current Opinion in Urology*, 2020, vol. 30 nº 3, pp. 296-301; MIMA, M., GREENWALD, D., OHLANDER, S., “Environmental Toxins and Male Fertility”, *Current Opinion in Urology*, 2018, vol. 19, nº 7, p. 50.

4.1.3.3 Hábitos de vida

La repercusión de los hábitos de la vida moderna en la salud ha cambiado la epidemiología de un gran número de enfermedades. La influencia del ambiente y de los estilos de vida en la fertilidad de la mujer ha sido refrendada por un gran número de estudios clínicos, al mismo tiempo que la investigación experimental con animales ha permitido conocer algunos de los mecanismos de acción por medio de los cuales se producen disrupciones neuroendocrinas⁴⁵³. Los estímulos estresantes activan el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, y el sistema nervioso simpático, promoviendo la secreción de hormonas que, si se liberan de manera prolongada en el tiempo, pueden tener un efecto dañino sobre el cuerpo, e inducir diversos cambios neuroendocrinos a largo plazo que repercuten negativamente en la fertilidad femenina⁴⁵⁴.

4.1.4 Las técnicas de reproducción asistida

El primer gran hito de la reproducción artificial o asistida se retrotrae al día 25 de julio de 1978, cuando se produjo en Gran Bretaña el nacimiento de Louise Brown, el primer bebé concebido con medios artificiales. Desde entonces, los avances científico-técnicos en el ámbito de la reproducción humana asistida han sido imparables, con el desarrollo de técnicas muy variadas y de mayor eficacia

En España, el 9% de los partos en 2019 fueron concebidos por medio de reproducción asistida, habiéndose producido posteriormente una contención de estas cifras en relación con la detención de muchos de los procesos en curso por la pandemia de COVID-19, y que, tras la superación de la misma, parecen estar aumentando nuevamente, habiendo superado, en 2023, los niveles pre-pandemia en más de un 13%⁴⁵⁵.

⁴⁵³ BALA, R., SINGH, V., RAJENDER, S., SINGH, K., “Environment, Lifestyle, and Female Infertility”, *Reproductive Sciences*, 2021, vol. 28, nº 3, pp. 617-638.

⁴⁵⁴ PALOMBA, S., DAOLIO, J., ROMEO, S., BATTAGLIA, FA., MARCI, R., LA SALA, GB., “Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility”, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2018, vol.16, nº 1, p. 113.

⁴⁵⁵ Ministerio de Sanidad, *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2019*. Registro Nacional de Actividad 2019-Registro SEF; 2019. Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe_estadistico-SEF_2019.pdf. (Consultado el 4 de septiembre de 2023); Nota en prensa. *El sector de la reproducción asistida confirma su recuperación tras la Covid: facturó 570 millones en 2022*. El Español; 29 de agosto de 2023. Disponible en: https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20230829/sector-reproduccion-asistida-confirma-recuperacion-covid-facturo-millones/790421053_0.htm. (Consultado el 4 de septiembre de 2023).

Los procesos de reproducción asistida son experiencias altamente estresantes para las mujeres que los atraviesan, así como para sus parejas, en el caso de que la tengan. Cabe señalar que, en el año 2020, el 24% de las familias en España era monoparentales y, de ellas, y el 81% contaban con la madre como única progenitora⁴⁵⁶, siendo cada vez más frecuente la elección por parte de mujeres que deciden ser madres sin pareja y recurren para ello a las técnicas de reproducción asistida (TRA).

Los factores de estrés asociados a la reproducción humana asistida son de muy diverso origen y naturaleza, y abarcan desde los tratamientos y procedimientos médicos a los que las mujeres deben someterse (análíticas, estimulaciones ováricas, punciones vaginales, transferencias embrionarias...), hasta el contexto social y económico de la mujer (el desgaste que puede suponer en la relación de pareja cuando la hay, el costo de muchos de los tratamientos, las bajas laborales...), pasando por las experiencias biográficas e identitarias de las mujeres, que a menudo experimentan sentimientos de tristeza y poca valía en situaciones de infertilidad⁴⁵⁷. Los procesos de reproducción asistida se caracterizan por la repetición de la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Además, aunque la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud incluye la reproducción asistida con criterios más abiertos respecto de otros países, existe una gran cantidad de criterios de exclusión (como la edad materna, haber tenido un hijo previo, o la falta de cobertura de algunas técnicas), que inducen a muchas mujeres a escoger la atención en clínicas privadas, asumiendo con ello elevados costos económicos. También pueden influir negativamente en el estado afectivo de las mujeres el sometimiento a intervenciones médicas y quirúrgicas dolorosas, y la invasión a la privacidad sexual de la pareja

Por ello, resulta fundamental que las mujeres que van a iniciar procesos de reproducción asistida sean adecuadamente informadas respecto a las emociones desagradables y los obstáculos psicológicos más frecuentemente asociados a los mismos, así como la oportunidad de acceder a dispositivos específicos de atención a la salud mental perinatal.

La mayor parte de las mujeres que se someten a procedimientos de reproducción asistida debido a una situación de infertilidad presentan una reacción vital ante los mismos, con síntomas ansiosos depresivos, que suelen resolver de manera adecuada una vez finalizados los procedimientos. Son las denominadas “trayectorias resilientes”. No obstante, más de un tercio de las

⁴⁵⁶ INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981. (Consultado el 10 de noviembre de 2021).

⁴⁵⁷ PARICIO DEL CASTILLO, R., “Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España”, *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 2022, vol. 39, nº 3.

mujeres (entorno a un 37%) continúan presentando dificultades emocionales significativas una vez finalizados los procedimientos, y hasta un 10% de las mujeres mantendrían un malestar atribuido a dicha experiencia más de 10 años después⁴⁵⁸.

La aparición y la cronificación de problemas de salud mental en mujeres que se han sometido a técnicas de reproducción asistida se ha asociado, fundamentalmente, a cuatro factores bien definidos: los fracasos en el tratamiento, la insatisfacción en la pareja, una escasa red de apoyo social y la presencia de cogniciones negativas respecto a la infertilidad⁴⁵⁹. Por tanto, se debe considerar que la existencia de estos factores son indicadores de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental en las mujeres, siendo recomendable realizar una evaluación sobre su estado afectivo para proceder a su derivación, en caso de que sea necesario, a una consulta especializada en SMP.

4.1.4.1. Legislación española en Reproducción Asistida

La legislación española es considerada una de las más abiertas de Europa en materia de Reproducción Asistida, con una Ley y dos Reales Decretos que regulan dichas actividades médicas, y que son los siguientes: la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida; el Real Decreto 412/96, sobre los protocolos obligatorios de estudio de los donantes; y el Real Decreto 9/2014 que establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

La Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida⁴⁶⁰, pese a ser cronológicamente antigua desde la perspectiva del desarrollo técnico y científico (puesto que se aprobó hace dieciocho años), es considerada una de las legislaciones occidentales más flexibles en materia de reproducción asistida, y se distingue por sus marcadas diferencias respecto a las leyes del resto de los Estados europeos, tanto por su amplio reconocimiento del derecho a la reproducción asistida, como en lo relativo al anonimato de los donantes y a la regulación de la donación de óvulos.

⁴⁵⁸ MORREALE, M., BALON, R., TANCER., M., DIAMOND, M., “The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome”, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2011, vol. 37, nº 1, pp. 56-69.

⁴⁵⁹ GAMEIRO, S., VAN DEN BELT-DUSEBOUT, AW., SMEENK, JMJ., BRAAT, DDM., VAN LEEUWEN, FE., VERHAAK, CM., “Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11-17 years later”, *Human Reproduction*, 2016, vol. 31, nº 8, pp. 1788-1798.

⁴⁶⁰ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 126, de 27/05/2006. 28/05/2006.

En primer lugar, esta Ley permite acceder a las técnicas de reproducción asistida no sólo a las parejas estériles, sino también a las mujeres solteras, con independencia de su orientación sexual (artículo 6), a diferencia de otros Estados de la Unión Europea, como Italia, Alemania o Francia, que no permiten éste último supuesto. Del mismo modo, permite la fecundación post-mortem en algunos supuestos específicos (artículo 9). Para el sometimiento a un proceso de reproducción asistida, la mujer debe prestar su consentimiento en todos los casos. Si está casada, el marido deberá prestarlo también, otorgándose así la paternidad legal; mientras que, en el caso de las parejas de hecho, el consentimiento de la pareja es opcional, pero necesaria para que se otorgue la paternidad legal. En el caso de una pareja de hecho formada por dos mujeres, aquella que no ha dado a luz, si desea también ser madre legal, deberá iniciar un expediente judicial de adopción, excepto en el caso de las mujeres que se someten a la técnica de recepción de ovocito de pareja, "ROPA": en este supuesto, ambas son reconocidas como madres legales del niño o niña.

Una de las cuestiones capitales de la Ley es el mantenimiento del anonimato del donante, prevaleciendo, en la Ley española, el derecho de a la autonomía del donante y respetar su deseo de permanecer anónimo frente al derecho del descendiente a conocer sus orígenes genéticos. Solamente se levantará el anonimato ante situaciones de salud de gravedad en las cuales dicho conocimiento pueda ser de relevancia (por ejemplo, ante enfermedades genéticas, o si la persona así concebida desarrolla más adelante una leucemia candidata a recibir trasplante de médula ósea). Además, no se contempla la donación dirigida, lo que supone que no está permitida la elección del donante de gametos, siendo el donante escogido por el equipo médico. Una excepción a esta restricción es el supuesto de recepción de ovocitos de pareja, o técnica "ROPA", circunstancia que posibilita que dos mujeres dentro de una pareja puedan participar de la gestación (una de las partes aporta el ovocito y la otra será la madre gestante, siendo en este caso la donación de esperma siempre de donante anónimo).

Otro tema controvertido de la Ley es el relativo a las compensaciones económicas. La Ley considera que la donación de gametos es un acto altruista que no cabe remunerar económicamente; no obstante, sí se reconocen compensaciones económicas por los inconvenientes causados en la obtención del material genético. El valor de dichas compensaciones se estima en unas tablas que se van actualizando, y que generalmente estiman la compensación de los varones donantes en 50 euros, y la de las mujeres donantes, en torno a 1.000 euros. La diferencia en la retribución no es baladí: si bien es cierto que la obtención de ovocitos supone procedimientos largos e invasivos sobre el cuerpo de las mujeres, el ofrecimiento de una cantidad equivalente a un sueldo mínimo interprofesional por dicha donación puede eclipsar el altruismo de las donantes, teniendo un efecto llamada sobre mujeres jóvenes en situaciones de precariedad económica.

Es importante señalar que la Ley española no deja margen de dudas respecto a la gestación por subrogación, que prohíbe expresamente.

También se debe destacar que la ley no recoge límites de edad para que una mujer pueda someterse a TRA, quedando en este campo la decisión en manos del equipo médico responsable, si bien la mayoría de los expertos coinciden en establecer dicho límite en una edad de 50 años. Esta situación puede ser especialmente problemática si se considera que la mayor parte de las técnicas de reproducción asistida se realizan en centros privados que, como tales, tienen un lucro directo en función del número de procedimientos que realicen, y podrían no regirse completamente por criterios clínicos, teniendo un gran peso los criterios económicos.

En cuanto a la discapacidad, la ley recoge que ninguna persona puede dar el consentimiento para someterse a tratamientos o técnicas de reproducción asistida en nombre de otra. Del mismo modo, si una persona no está incapacitada legalmente, pero presenta por ejemplo un trastorno mental, será el equipo médico el responsable de valorar su estado psíquico y su capacidad para tomar decisiones.

4.1.4.2. Lagunas en la actual legislación

Algunas de las principales lagunas de la legislación en materia de reproducción asistida actualmente vigente en España son, por un lado, aquellas relativas al anonimato del donante (que puede entrar en conflicto con el derecho del descendiente a conocer su origen genético), y, por otro, las que podrían derivar en explotación reproductiva de las mujeres. De este segundo supuesto, existen dos procedimientos que han sido objeto de múltiples controversias: la donación de óvulos, u ovidonación, y la gestación subrogada, o vientres de alquiler.

a) Donación de óvulos

La donación de óvulos es una práctica ampliamente extendida en España. De hecho, nuestro país ha sido denominado como *"el granero de óvulos de Europa"*, siendo el principal destino del turismo reproductivo europeo⁴⁶¹. El *"turismo reproductivo"* hace referencia a los viajes transnacionales que realizan las personas con objeto de someterse a técnicas de reproducción asistida⁴⁶². Se estima que el 5% de todos los tratamientos de reproducción

⁴⁶¹ Publicado en prensa. El País. *España, el granero europeo de óvulos*, 20 de julio de 2019. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/07/19/actualidad/1563531405_529791.html. (Consultado el 20 de agosto de 2022).

asistida que se realizan en España están relacionados con viajes transfronterizos; y, de estos tratamientos de TRA realizados en España a mujeres extranjeras, en el año 2019, el 54,3% estuvo relacionado con la donación de óvulos⁴⁶³. De hecho, se considera que el 50% de todas las ovodonaciones del continente europeo se realizan en España. La mayoría de las mujeres que viajan a nuestro país a someterse a una ovodonación lo hacen debido a las restricciones legales existentes en sus países de origen (como sucede en Italia, Alemania y Austria), o por las listas de espera para poder acceder a esta técnica (como ocurre en Reino Unido).

Si bien el turismo reproductivo no se circunscribe a la ovodonación, sí es el principal atractivo para las personas que acuden desde otros países por este motivo. En el año 2019, en España se realizaron 18.457 ciclos de tratamiento de reproducción asistida a personas procedentes del extranjero, la mayoría de Francia e Italia⁴⁶⁴.

Sin embargo, las legislaciones respecto a la ovodonación en otros países resultan, por lo general, mucho más restrictivas, estando incluso prohibida por el riesgo de explotación reproductiva de las mujeres. Esto se debe a que, al contrario de lo que sucede con la donación de semen, la donación de óvulos constituye un procedimiento médicamente complejo y molesto, que requiere la extracción de analíticas, el sometimiento a tratamientos de estimulación ovárica y la posterior extracción de óvulos en quirófano mediante punción vaginal y bajo anestesia. Debido a la pérdida de calidad de los óvulos con la edad, idealmente las donantes deben tener entre 18 y 24 años. Aunque la donación de gametos en España se contempla como un acto altruista, estando prohibida la compraventa de gametos para evitar la explotación reproductiva, la ya mencionada compensación económica de 1.000 euros puede actuar como un evidente reclamo económico, que explicaría, en parte, la mayor donación en España respecto a otros países donde también está permitida. Este reclamo, además, se ejercería fundamentalmente sobre mujeres muy jóvenes y en situaciones económicamente desfavorables.

Además de garantizar el altruismo de la ovodonación para evitar lo que en la práctica podría suponer una compraventa de material genético, resulta necesario garantizar una adecuada información a las donantes acerca de los procedimientos a los que van a someterse. Como sucede con la mayoría de los

⁴⁶² PIERSANTI, V., CONSALVO, F., SIGNORE, F., DEL RIO, A., ZAAMI, S., "Surrogacy and "Procreative Tourism". What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives?", *Medicina (Kaunas)*, 2021, vol. 57, nº 1, p. 47.

⁴⁶³ Departamento de Estadística del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida, 2019*. Ministerio de Sanidad; 2021.

⁴⁶⁴ Departamento de Estadística del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida, 2019*. Ministerio de Sanidad; 2021.

procedimientos médicos, la donación de óvulos tiene también algunos riesgos asociados, tanto a corto como a largo plazo, que incluyen desde molestias físicas durante la estimulación ovárica, hasta casos graves de menopausia precoz⁴⁶⁵. A esto se suman los riesgos psicológicos que se pueden asociar, también a largo plazo, como fruto de los cambios personales que puede experimentar la mujer que fue donante, y las reacciones emocionales de saber que tiene descendientes genéticos a quienes no podrá conocer, si bien algunas investigaciones al respecto constatan que eliminar el anonimato de las donantes podría desincentivar las donaciones⁴⁶⁶.

b) Gestación subrogada

A nivel internacional, la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 35, recoge que los Estados Partes están obligados a impedir la venta o trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

El protocolo Facultativo de la Convención de los derechos del Niño, firmada y ratificada en España, recoge la prohibición de venta de niños en el artículo 1 y la define en su artículo 2.a) como *"todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución"*.

El Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños (Asamblea General de la ONU, 15 de enero de 2018), recoge lo siguiente:

"En algunas jurisdicciones se denomina legalmente a una madre de alquiler sin vínculo genético como mera "portadora gestante". Esta perspectiva parte de la controvertida premisa de que una mujer que gesta y da a luz un niño no es más madre de lo que es alguien que se dedica a cuidar niños. También parte del supuesto de que la madre de alquiler gestante no es nunca madre, pues no tiene vinculación genética con el niño, lo cual se contradice con la práctica de concederle la patria potestad a aspirantes a padres que tampoco tienen vinculación genética".

La Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de diciembre de 2015, sobre el Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo (2014) y la política de la Unión Europea al respecto declara en su apartado 115 que la Unión Europea *"condena la práctica de la gestación por sustitución,*

⁴⁶⁵ ADIB MOGHADDAM, E., KAZEMI, A., KHEIRABADI, G., AHMADI, SM., "Psychosocial consequences of oocyte donation in donors: A systematic review", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2021, nº 267, pp. 28-35.

⁴⁶⁶ NOGUEIRA, A., AMMAR, O., BILIR, E., IFTENE, L., TORRERO, I., CESCHIN, N., NOGUEIRA-SILVA, C., BRANDÃO, P., "University students' opinion on gamete donor identification regimes", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2023, vol. 40, nº 6, pp. 1361-1368.

que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como materia prima; estima que debe prohibirse esta práctica".

A nivel nacional, el Código Penal español, en su artículo 221.1, es claro en la prohibición de la gestación subrogada: *"cualquier formalización de contrato de gestación subrogada en España, sea cual sea su forma, será nulo de pleno derecho y podrá derivar en responsabilidades legales, tanto civiles como penales"* para quienes intervengan o participen.

Sin embargo, la ley actual, a pesar de considerar ilegal la gestación subrogada, no contempla aquellas situaciones en las cuales ésta es realizada fuera del territorio nacional. De este modo, se genera un vacío legal a nivel internacional que deja a estos menores en situaciones de alegaldad. Por ello, aunque la gestación subrogada está legalmente prohibida en España, no es infrecuente el recurso a viajes transnacionales para el alquiler de úteros en países donde sí se encuentra permitido. La Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de adopción internacional, permite la adopción de infancia en el extranjero, incluso en los casos en los que el nacimiento se produzca por gestación subrogada. De este modo, los tribunales españoles aceptan como uno de los mecanismos menos problemáticos para resolver la situación a nivel jurídico permitiendo la adopción de los bebés gestados por subrogación en el extranjero, para que el menor no quede relegado en un limbo administrativo, bajo su interés superior, y sea admitido en España. Así, bajo el interés superior del menor, países como España terminan aceptando a bebés nacidos por subrogación como ciudadanos por medio de la adopción, perpetuando el funcionamiento de empresas de lucro por medio de la gestación subrogada internacional. Todo ello podría constituir, en definitiva, un problema de trata de personas⁴⁶⁷.

El vacío legal frente a las subrogaciones internacionales es uno de los principales perpetuadores de situaciones de trata de bebés. Por este motivo, ya ha países como Italia, donde la gestación subrogada también es ilegal, donde se están realizando propuestas de ley para luchar contra la subcontratación internacional de esta práctica. La propuesta italiana, por ejemplo, incluye la penalización a las parejas italianas que viajen al extranjero en busca de vientres de alquiler por medio de multas económicas o incluso hasta dos años de cárcel⁴⁶⁸.

⁴⁶⁷ PARDO-MIRANDA, L., "La adopción ilegal y la gestación subrogada como finalidades del delito de trata de seres humanos", *Anales de Derecho*, 2023, vol. 40.

⁴⁶⁸ Publicado en prensa. Euronews. *Italia busca penar la gestación subrogada tanto dentro del país como en el extranjero*, 20 de junio de 2023. Disponible en <https://es.euronews.com/2023/06/20/italia-busca-penar-la-gestacion-subrogada-tanto-dentro-del-pais-como-en-el-extranjero>. (Consultado el 13 de junio de 2023).

4.2 Derechos humanos reconocidos en la etapa periconcepcional

El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva contempla, también, sus derechos relativos a una atención sanitaria adecuada en la etapa periconcepcional.

Las mujeres en etapa periconcepcional, con deseo gestacional o frustración del mismo, tienen, como todas las personas, derecho al disfrute del máximo nivel posible de salud y a la atención sanitaria en su salud, lo que incluye la atención a su salud mental.

Las mujeres, en su asistencia sanitaria relativa a su salud sexual y reproductiva, tienen derecho a la información de salud (con especial relevancia de la información preconcepcional), derecho a la autonomía y a la toma de decisiones de forma libre e informada.

Las mujeres tienen, también, derecho a la no violencia y al trato digno en su atención sanitaria en procesos de reproducción asistida, tanto para aquellas que son receptoras de gametos o embriones, en la búsqueda de ver cumplidos sus deseos reproductivos, como aquellas que donan sus óvulos.

El trato digno a las mujeres es incompatible con cualquier tipo de explotación o compraventa de las mujeres con finalidades reproductivas.

Asimismo, todas las mujeres tienen derecho a la intimidad y privacidad en su atención sanitaria en los procesos reproductivos.

Las técnicas de reproducción asistida deben atenerse a los principios bioéticos y derechos humanos reconocidos internacionalmente.

El empleo de técnicas de reproducción asistida no puede suponer, en ningún caso, el compromiso del bienestar de las generaciones futuras.

Las personas concebidas por reproducción asistida tienen, como todas las personas, derecho a la identidad, reconocido en la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 8, que recoge que los Estados Partes se comprometerán a garantizar el derecho a preservar la identidad del menor (que incluye el nombre y las relaciones familiares de conformidad de la ley).

En ningún caso estará permitida la venta, compra o comercialización de bebés, constituyendo esto un delito de trata de personas, contraria a los derechos humanos.

Se exponen a continuación algunos supuestos clínicos que permiten identificar algunas aplicaciones deficientes en el reconocimiento y protección de

algunos elementos del contenido de los derechos humanos aplicables a la etapa periconcepcional.

4.2.1 Desinformación en la etapa preconcepcional

Mujer de 36 años que acude a la consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil derivada desde Ginecología por mal estado afectivo en relación a esterilidad primaria.

La mujer relata sentimientos de intensa tristeza, refiere vivencias de defecto somático: *"es como si hubiera algo defectuoso en mi cuerpo, o en mí misma"*, y rumiaciones ansiosas con alta carga de culpa. Explica que, previamente, ella nunca había presentado deseo maternal: *"No quería ser madre, no me preocupaba no tener hijos: bastante tenía con la carrera profesional, todo lo del trabajo, y sacarme el doctorado. En realidad, no me lo planteaba: pensaba que no me apetecía tener niños, pero en el fondo creía que, si en algún momento cambiaba de opinión, me quedaría embarazada sin problemas"*. Cuenta que, con 34 años, formalizó su relación de pareja con un hombre con el que había iniciado un vínculo afectivo dos años atrás. *"De pronto, sentí el impulso, las ganas. No era una necesidad exactamente, pero sí me descubrí ilusionada con la idea de crear mi propia familia, de que criar un hijo entre los dos, que fuera de los dos."* Tras un año de búsqueda manteniendo relaciones sexuales sin protección, no consiguieron el embarazo, por lo que fueron derivados a una consulta específica de fertilidad. *"Ahí empezó el calvario: los exámenes, las pruebas... No encontraron nada. Nos dijeron que esto es una situación bastante frecuente, que hay muchas parejas infértiles y que nunca se llega a conocer la causa"*. Expresa elevados sentimientos de culpa porque *"También me dijeron que yo ya no era joven, que en las mujeres la capacidad reproductiva desciende mucho a partir de los 35 años. Yo de eso no tenía ni idea, veía a todas mis amigas y compañeras de trabajo sin hijos, o teniendo los 36, 37, 38 años y pensaba que, a día de hoy, eso era bastante sencillo"*. Refiere: *"Ojalá alguien me lo hubiera dicho antes, de verdad: no sé si hubiera tomado otras decisiones, pero, por lo menos, habría sabido qué esperar. El palo ahora ha sido monumental, y me siento engañada"*. Explica que le han ofrecido la posibilidad de iniciar tratamientos de reproducción asistida, refiere ambivalencia respecto a esta opción: *"No sé si quiero empezar ese camino, pero no me siento capaz de cerrarme a la posibilidad de ser madre"*.

Se realiza acompañamiento terapéutico de esta paciente a lo largo de un año, durante el cual decide someterse a inseminación artificial, logrando un embarazo en el segundo intento, que consigue llevar a término sin otras incidencias.

El retraso de la edad materna es un hecho constatado en las sociedades industrializadas; especialmente, en relación a la población universitaria. En

España, la edad materna es la segunda más avanzada de Europa (sólo por detrás de Italia) y la tasa de fertilidad (o número de hijos por mujer), es, también, la segunda más baja de Europa (solo por detrás de Chipre). A esta situación de descenso imparable de la natalidad se le ha venido a denominar "invierno demográfico"⁴⁶⁹. Se podría considerar entonces que las mujeres españolas no desean ser madres. Sin embargo, esto no coincide con los resultados de algunas de las encuestas del INE, ya mencionadas previamente, según las cuales $\frac{3}{4}$ partes de las mujeres españolas desean tener al menos dos hijos (2018)⁴⁷⁰. Y según un estudio de la Universidad de Barcelona, más de la mitad de las mujeres españolas de 40 a 49 años que no han tenido hijos se arrepienten de no haberlos tenido⁴⁷¹. Por lo tanto, el retraso de la maternidad, la disminución del número de hijos o la ausencia de acceso a la misma no parecen deberse, al menos únicamente, a los deseos de las mujeres, sino a decisiones posiblemente condicionadas por las condiciones laborales, materiales y personales de las mujeres españolas. Y, para que las mujeres puedan tomar esta decisión de manera realmente autónoma, resulta imprescindible garantizar su derecho a la información sobre fertilidad, tema incluido en la salud reproductiva.

Se entiende por atención preconcepcional al cuidado continuo de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva para que, cuando decidan quedarse embarazadas, se encuentren en el mejor estado de salud posible⁴⁷². La consulta preconcepcional, propuesta por la OMS, que estaría al cargo de Enfermería en los centros de salud comunitarios, aparece recogida en la "*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*" del Ministerio de Sanidad español⁴⁷³. Sin embargo, los contenidos sugeridos para dicha consulta en la guía son todos para "*las mujeres que planifican un embarazo*", sin contemplar por tanto contenidos informativos destinados a mujeres que no estén contemplando en el momento presente dicha gestación. De este modo, al no incluir a las mujeres que no se están planteando una maternidad inminente, la información de salud reproductiva sobre la evolución de la fertilidad y los

⁴⁶⁹ Defensor del Pueblo, *La situación Demográfica en España, efectos y consecuencias*, 2019. Madrid; 2019. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es> (Consultado el 26 de septiembre de 2023).

⁴⁷⁰ INE, Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018. Disponible en: https://www.ine.es/proyectos/proyecto_ef.pdf (Consultado el 13 de febrero de 2023).

⁴⁷¹ ESTEVE, A., TREVIÑO, R., "Los grandes porqués de la (in)fecundidad en España", *Revista Perspectives Demografiques*, 2019, Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona (CDE-UAB).

⁴⁷² POSNER, SF., JOHNSONS, K., PARKER, C., ATRASH, H., BIERMANN, J., "The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations", *Maternal and Child Health Journal*, 2006, vol. 10, nº 5, pp. 197-205.

⁴⁷³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

riesgos asociados a la edad no se ofrece si no es la mujer quien lo pide⁴⁷⁴. Esta falta de información podría tener importantes repercusiones en la capacidad de decisión de las mujeres en materia reproductiva. Se ha sugerido la hipótesis de que las mujeres tienden a sobreestimar su capacidad fértil, situación que podría contribuir en algunas decisiones de posponer la búsqueda de un embarazo⁴⁷⁵.

Hasta el momento, se han tendido a orientar los derechos reproductivos hacia la prevención de embarazos no deseados, y, sin embargo, en el momento histórico y social actual, en países como España, algunas de las dificultades a las que se enfrentan las mujeres es, precisamente, el deseo de un embarazo que no se consigue. Este caso refleja la ausencia de una adecuada información en salud reproductiva, pues no se ofreció a la paciente toda la información acerca de la evolución de la fertilidad y las tasas de no consecución de embarazo buscado por edades, para que pudiera realizar su proceso de toma de decisiones. El derecho a la información en salud reproductiva incluye también el conocimiento sobre el descenso de la fertilidad de las mujeres asociado a la edad, así como los riesgos médicos asociados a maternidades tardías, debiendo destinar a ellos los mismos esfuerzos formativos que se realiza en temas tales como la anticoncepción o los hábitos de vida saludables preconcepcionales.

4.2.2 ¿Reproducción asistida sin límites?: los vacíos legales en reproducción humana asistida

Mujer de 55 años de edad, procedente de otra Comunidad Autónoma, que acude a parir a un hospital del Servicio Nacional de Salud, escogido libremente. Embarazo concebido por Reproducción Asistida (transferencia embrionaria mediante doble donación de gametos) en una clínica privada, asentada en una tercera Comunidad Autónoma. El parto se desencadena de manera espontánea en la semana 37, siendo necesario concluirlo con cesárea urgente debido a las altas tensiones maternas registradas durante el trabajo de parto, con datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se produce el nacimiento de un varón sano, con 2.200 gramos de peso. La madre decide iniciar lactancia artificial.

⁴⁷⁴ SÁNCHEZ RUIZ, JC., GONZÁLEZ LÓPEZ, E., APARICIO TIJERAS, C., EZQUERRA GADEA, J., “Consulta preconcepcional en Atención Primaria”, *Revista Española de Medicina de Familia*, 2005, vol. 31, nº 9, pp. 413-417.

⁴⁷⁵ SORIANO-ORTEGA, KP., CARBALLO-MONDRAGÓN, E., ROQUE-SÁNCHEZ, AM., DURÁN-MONTERROSAS, L., KABLY-AMBE, A., “Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad”, *Ginecología y obstetricia de México*, 2017, vol. 85, nº 6, pp. 364-373 Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&tlng=es (Consultado el 11 de septiembre de 2023).

Debido a la ausencia de un acceso unificado a las historias clínicas, el acceso a los antecedentes personales de la madre se ve dificultado en las primeras horas. Finalmente, es la pareja de la madre quien aporta informes clínicos de la misma, donde se recoge que la paciente ha realizado seguimiento en la red de salud mental de su Comunidad Autónoma desde los 30 años de edad, con diagnóstico clínico de trastorno delirante de tipo somático, por el cual había mantenido la certeza de haber estado embarazada durante años, en probable relación con un mioma uterino gigante que presentaba y que, finalmente, le fue extirpado a los 47 años de edad. A partir de ese momento, la temática de su discurso cambió, relatando a su psiquiatra de referencia su deseo de volver a sentirse embarazada. Dada la imposibilidad de acceder a tratamientos de reproducción asistida por el circuito público de salud, inició un recorrido a lo largo de diversas clínicas privadas, hasta dar con una que aceptó realizar la transferencia embrionaria, sin tomar en consideración la elevada edad de la mujer en aquel momento (54 años), ni su estado mental. Ha recibido seguimiento obstétrico durante los dos primeros trimestres en su Comunidad Autónoma de residencia habitual, y en el tercer trimestre, en la Comunidad Autónoma de Madrid, donde ha dado a luz. En ningún momento durante el embarazo ha recibido atención especializada en el ámbito de la salud mental (exceptuando una cita con su psiquiatra de referencia tras confirmar su embarazo, donde se retiró todo el tratamiento farmacológico sin haber realizado, en apariencia, una valoración de riesgo/beneficio). No se ha realizado ninguna intervención psicosocial ni se ha ofrecido tratamiento psicoterapéutico. No se ha hecho ninguna valoración acerca de la salud mental perinatal que aparezca recogida en ningún informe clínico, ni se ha propuesto derivación a ningún servicio especializado, según refiere la propia paciente al ser preguntada, situación que confirma su pareja. Ella reconoce que le hubiera gustado *"poder hablar con alguien"* de cómo estaba llevando su embarazo. Refiere que *"no fue más a su psiquiatra por miedo de que éste avisara a Servicios Sociales y pudieran quitarle de nuevo a su hijo"*, pero explica también que ninguno de los profesionales que la atendieron le ofreció ningún tipo de apoyo. *"Una de las ginecólogas me llegó a decir que cómo esperaba tener un embarazo bueno, con mi edad y mis antecedentes, sin darme más opciones que aguantarme"*.

Se realiza notificación a la trabajadora social para coordinar el caso con Servicios Sociales y garantizar la protección del menor, descubriéndose en ese momento que, además, la mujer tenía un hijo previo que acababa de cumplir la mayoría de edad y cuya tutela le había sido retirada cuando tenía cinco años, por negligencias graves en el cuidado.

El caso previamente expuesto pone de manifiesto algunas de las deficiencias de la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida que actualmente está vigente en España y regula los procesos de reproducción asistida en territorio nacional. Se observan deficiencias relativas a la ausencia de un límite de edad clínicamente adecuada para el acceso a dichas

técnicas o tratamiento, y se explicitan las dificultades que la mentada ley supone en relación a la capacidad y la toma de decisiones. La ley recoge claramente los casos de discapacidad reconocida legalmente. Propone que, en el caso de dudas respecto de la capacidad de la mujer, sea el equipo médico quien tome la decisión en comunicación con la misma. El principal obstáculo práctico de este principio es, precisamente, la gestión privada de la mayor parte de las técnicas reproductivas más controvertidas a nivel ético (como son la ovodonación y la donación de embriones). Mientras en el Sistema Nacional de Salud los profesionales no reciben un rédito económico directo de sus intervenciones, el peso de la retribución económica que supone cada uno de estos tratamientos en la clínica privada puede interferir en la toma de decisiones de los profesionales y distorsionarla.

En el caso expuesto, tras conocer la imposibilidad de acceder a un proceso de reproducción asistida por el Sistema Nacional de Salud, la mujer consultó a varias clínicas privadas hasta dar con una que accedió a tratarla, pese a haber sobrepasado la edad clínicamente recomendable para llevar adelante una gestación y sin que, a la vista de los resultados, los profesionales que llevaron a cabo la transferencia embrionaria tuvieran en cuenta la naturaleza de las motivaciones concretas de esta mujer para buscar un embarazo, sin evaluar adecuadamente su competencia para tomar dicha decisión, a tenor de su patología mental, y sin tomar en cuenta los antecedentes de retirada de tutela respecto de su anterior hijo.

De este modo, en el presente supuesto, se ha vulnerado el principio de *"protección a las generaciones futuras"* que recoge la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, puesto que, en la aplicación de nuevas técnicas biomédicas (en este caso, reproducción asistida mediante transferencia embrionaria), no se ha considerado la básica protección del menor concebido por medio de las mismas, ni su interés superior.

Pero también respecto a la mujer que ha sido madre se observa una flagrante desatención en su salud, puesto que no ha recibido una adecuada atención a su problema de salud mental a lo largo de su proceso de reproducción asistida ni, una vez conseguido el embarazo, se ha adoptado, desde los servicios de salud materno-infantil, ninguna medida para procurar por su atención a la salud mental perinatal. Independientemente de los componentes ético-legales que, en este caso, se asocian a la aplicación de técnicas de reproducción asistida a una mujer de edad muy avanzada desde la perspectiva de la fertilidad de la mujer, con un trastorno mental específicamente focalizado en la temática de reproducción, y con un antecedente de un menor desprotegido, de quien se retiró la tutela, no hallamos ante una mujer con problemas de salud mental que ha atravesado por un embarazo y un parto sin recibir una atención especializada en salud mental. La existencia de un trastorno mental previo es siempre una situación de mayor vulnerabilidad para la salud de la

madre y, sobre todo, del bebé, con posibles implicaciones a largo plazo. Esta necesidad debe ser identificada y tratada de manera individualizada, prestando apoyo psicosocial y, en este caso, psicoterapéutico y probablemente farmacológico a la mujer, siempre con su consentimiento. La ausencia de esta integración de la salud mental en la atención perinatal a esta mujer no sigue las recomendaciones de la OMS, recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*. La mujer reconoce que necesitaba apoyo especializado, explicita su miedo acudir a su psiquiatra por si eso suponía una retirada de su bebé al nacimiento, pero al transmitir su malestar en el embarazo recibió un trato inadecuado, en el cual ella sintió que le transmitieron que aquel malestar era culpa suya, sin ofrecer ningún apoyo o intervención. Esta práctica médica no sólo no identifica e interviene adecuadamente sobre un problema de salud mental perinatal, sino que es, en sí misma, dañina, con potencial iatrogénico sobre la salud mental de una mujer embarazada.

Además, en este caso, la falta de atención a la salud mental supone una vulneración de los derechos relativos a la atención en salud de las mujeres, reconocidos en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12 apartado 2 (que reconoce la obligación de los Estados Partes de garantizar a la mujer servicios de salud apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, y que en este caso implica, de forma ineludible, los servicios de salud mental). El derecho a la salud de ese bebé, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, también implica la obligación de proveer de servicios de salud adecuados a su madre en las etapas pre y postnatal.

El desarrollo imparable de las técnicas de reproducción asistida, y el previsible aumento de situaciones éticamente complejas, hacen recomendable reevaluar los vacíos legales actualmente existentes, para acomodar el Derecho a los nuevos escenarios, de modo que se garanticen los derechos y la necesaria protección de las criaturas concebidas por estas técnicas.

Del mismo modo, es obligado tener en cuenta la atención a la salud mental de las mujeres que recurran a procesos de reproducción asistida y que lo precisen, independientemente de la complejidad de los escenarios en los cuales estos procesos reproductivos han podido tener lugar.

4.2.3 Madre por ovodonación: El necesario acompañamiento en salud mental perinatal

Mujer de 42 años de edad que es derivada a consulta de salud mental perinatal por mal estado afectivo y vivencias de rechazo hacia su bebé, de dos

semanas de edad. La bebé fue concebida por ovodonación, después cuatro años de búsqueda de embarazo mediante tratamientos de reproducción asistida, realizándose al inicio fecundación in vitro del óvulo de la madre y, tras fracaso en tres ciclos (el tercero de ellos con implantación embrionaria, pero posterior interrupción voluntaria del embarazo en la semana 14, tras realizarse diagnóstico gestacional de trisomía del cromosoma 21), se propuso ovodonación, que la madre aceptó.

La gestación transcurrió sin incidencias, al margen de una sospecha ecográfica de paladar hendido en control ecográfico de la semana 20, que se descartó con la realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN). La mujer cuenta que fue una etapa "emocionalmente muy difícil", pero que nadie desde el sistema de salud le preguntó al respecto ni le ofreció apoyo. El parto fue a término en la semana 38, espontáneo y vaginal, con un peso de la recién nacida de 2.000 gramos. Se advierten dificultades para el enganche de la lactancia en el periodo inmediatamente postnatal; tras exploración física por parte de Pediatría, se objetiva la existencia de retrognatia mandibular (rasgo dismórfico facial consistente en una mandíbula inferior desplazada posteriormente). Tras mantener observación en Cuidados Intermedios de Neonatología durante cuatro días, descartándose asociación con otras malformaciones, y garantizando la alimentación adecuada del bebé (con alternancia de lactancia materna al pecho con biberones de leche materna, siguiendo los deseos de la madre), se procede al alta al domicilio, si bien Pediatría cursa la derivación a Psiquiatría al advertir dificultades en la relación de la madre con la bebé.

En la consulta, la madre verbaliza malestar afectivo intenso en relación con vivencias de rechazo de su bebé, así como culpa por estar experimentando dicho rechazo. Expresa sentirse "engañada" en cuanto a la donación de óvulos (*"se suponía que eso evitaría que mi hija naciera con problemas"*, explica), y señala ausencia de identificación con su bebé (*"no la siento como una hija mía, no encuentro en ella nada que sea mío"*). Verbaliza, asimismo, miedo a que la retrognatia de la menor se asocie a otras dificultades a lo largo del desarrollo, refiriendo: *"No puedo evitar pensar que todo lo malo que le pasa a mi hija es una herencia de su madre genética"*.

Durante el seguimiento en la consulta de psiquiatría perinatal, se trabaja en la vinculación madre-bebé, validando sus experiencias emocionales negativas y favoreciendo las interacciones positivas madre-hija. Se anima a la madre a traer a su bebé a la consulta y a tenerla en brazos, se señala positivamente la regulación emocional que realiza la madre cada vez que la niña llora o se queja, así como los esfuerzos que realiza para mantener la lactancia materna, hasta lograr su alimentación exclusiva al pecho, pese a las dificultades iniciales de la bebé para engancharse. En la despedida del proceso terapéutico, la madre refiere sentirse más tranquila, con experiencias de reconocimiento de la bebé como su hija y disfrute en muchas de sus interacciones, refiriendo, no

obstante: *"Deberían avisarnos de que ser madre de un hijo (concebido) por ovodonación se puede parecer a ser madre por adopción: aunque lo lleves en tu útero, lo paras y le des el pecho, la existencia de otra madre genética está ahí, y hace que lo vivas de forma diferente... Sigues siendo su madre, pero la experiencia de la maternidad puede ser diferente."*

Más allá de las cuestiones éticas y legales relativas a la donación de óvulos, nos encontramos, de nuevo, con una importante carencia en materia de información a las mujeres que se plantean ser madres por esta vía, que compromete el derecho a la autonomía y la libertad de las mujeres en su toma de decisiones relativa al consentimiento necesariamente informado ante esta técnica de reproducción asistida.

La llegada a la maternidad por medio de la ovodonación no es un camino sencillo, pues las indicaciones de la misma son las derivadas de la incapacidad de la mujer que desea ser madre para producir ovocitos viables (debido a un fallo ovárico que puede ser secundario a una edad avanzada, o a algunas condiciones médicas; pero, en la mayoría de los casos, dicha conclusión se alcanza después de sucesivos intentos fallidos de fecundación con óvulos propios), o por la presencia de enfermedades genéticas de transmisión materna (como son las enfermedades mitocondriales)⁴⁷⁶. En cualquier caso, es frecuente que las mujeres que recurran a la ovodonación lo hagan después de largos e infructuosos procesos de búsqueda de la gestación, a veces con pérdidas gestacionales previas, y tengan por tanto una elevada carga de eventos traumáticos en el ámbito reproductivo⁴⁷⁷. Se suma, además, la renuncia a tener una descendencia genética, situación muy dolorosa que se ha reconocido como un auténtico duelo, el duelo genético, que, como todos los procesos de duelo, debe ser elaborado⁴⁷⁸. Por ello, resulta necesario explicitar con las mujeres que se plantean la ovodonación los retos que pueden encontrarse en esa maternidad, que en ocasiones pueden incluso asemejarse a los de la adopción⁴⁷⁹, tal y como la mujer protagonista de este caso expresó de manera espontánea. De nuevo, una información preconcepcional clara, honesta y basada en las evidencias científicas, con adecuada mención a los riesgos y los beneficios, que no empuje en la dirección de una decisión

⁴⁷⁶ BENSHUSHAN, A., SCHENKER, JG., "Ovum donation--an overview", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1993, vol. 10, nº 2, pp. 105-111.

⁴⁷⁷ Como se citó ya previamente del artículo de PARICIO DEL CASTILLO, R., "Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España" *Revista Iberoamericana De Fertilidad Y Reproducción Humana*, 2022, vol. 39, nº 3.

⁴⁷⁸ MORENO, A., et al., "Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica. en Reproducción asistida, En: *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2009. Disponible en <http://nuevo.sefertilidad.com/grupos/siteAdmin/modules/publicaciones/uploads/0-guias%20.pdf>Nuffield

⁴⁷⁹ PAGE, E., "Donation, surrogacy and adoption", *Journal of Applied Philosophy*, 1985, vol. 2, pp. 161-171.

determinada, resulta imprescindible para un consentimiento informado que realmente garantice a las mujeres su derecho de autonomía.

Por otro lado, resulta indispensable garantizar un apoyo psicológico especializado a aquellas mujeres que deciden ser madres por medio de la ovodonación, debido a la complejidad emocional, y también física, que asocia esta técnica de reproducción asistida⁴⁸⁰. No ofrecer este apoyo supone un menoscabo del derecho a la salud de las mujeres que optan por recurrir a esta técnica, al obviar el impacto negativo y las secuelas psicológicas que pueden asociar estos tratamientos, y que necesitan un diagnóstico y un tratamiento especializados. Además, la mujer de este caso cuenta una situación emocionalmente difícil durante la gestación, relativa a una sospecha de paladar hendido en el feto, que ninguno de los profesionales que la atendieron durante el seguimiento de la gestación detectó ni evaluó, y para la cual no recibió atención. Esto es contrario a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles"*.

Nuevamente, se detectan deficiencias en la atención a la salud materno-infantil, puesto que la salud mental perinatal es una parte esencial de la misma. Por tanto, se entiende nuevamente que se está vulnerando el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su epígrafe 2, acerca de la obligación de los Estados Partes de garantizar servicios de salud adecuados a las mujeres en su derecho a la salud reproductiva, en su embarazo, parto y etapa postnatal, y el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, sobre su derecho al máximo nivel de salud que sea posible, que debe ser garantizado, entre otras medidas, mediante una adecuada prestación en salud a las mujeres en las etapas pre y postnatal.

En definitiva, los derechos vulnerados en el presente caso son los relativos al enfoque de derechos humanos en salud; fundamentalmente, el derecho a la información sanitaria (cuya ausencia compromete el derecho a la autonomía y libertad en la toma de decisiones). Además, no se siguen las recomendaciones de la OMS acerca de la consulta preconcepcional, ni las directrices recogidas en su *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de atención a la salud materno-infantil"*. Tampoco se ha atendido adecuadamente la salud mental perinatal materna hasta una etapa postnatal, desatendiendo las recomendaciones de la OMS y vulnerando el artículo 12 de la Convención de la CEDAW y el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

⁴⁸⁰ JAFARI, H., TAGHIPOUR, A., EBRAHIMPOUR, H., LATIFNEJAD ROUDSARI, R., "Women's needs in their journey towards motherhood via oocyte donation: A mixed methods systematic review", *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2023, vol. 21, nº 6, pp. 451-462.

4.2.4 "Tú no eres mi madre": Derecho a la identidad

Adolescente mujer de 12 años de edad que ingresa en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve de Adolescentes por ideación autolítica activa. La menor refiere ideación suicida de meses de evolución, actualmente estructurada y con elevado riesgo de paso al acto, en contexto de ánimo depresivo. En la exploración en la atención durante el ingreso, la menor verbaliza acoso escolar mantenido durante años por parte de un grupo de compañeros de clase, con agresiones verbales y físicas recurrentes, e insultos reiterados por sus rasgos fenotípicos (rasgos de etnia indígena). Expresa, asimismo, muy mala relación con sus padres, especialmente con su madre, en la cual refiere que *"no confía"*, porque siente que las cosas que le cuenta *"nunca son verdad, es como si tuviera una vida oculta de la que no quisiera que me enterara"*.

Los padres son naturales de un pueblo de Castilla y León, de ascendencia española. La menor insiste en que les ha preguntado en numerosas ocasiones si ella es *"su hija de verdad, o es adoptada"*, dadas las diferencias fenotípicas que presenta respecto de sus padres en la coloración de su piel y sus rasgos físicos. Ellos siempre le han asegurado que son sus padres biológicos: *"cada vez que se lo pregunto, mi madre me enseña las fotos de su embarazo, su parto y las que tomaron en el hospital cuando yo nací, pero es que yo no me lo creo"*. En entrevista con los padres, se explora con ellos esta circunstancia, y ellos relatan que la concepción de su hija se produjo por donación de gametos; explican que nunca le han relatado a su hija la naturaleza de su concepción por miedo a dañarla, o a que los rechazara como padres. Cuentan que, desde la clínica privada a la que acudieron, les aseguraron que seleccionaban a los donantes según sus rasgos fenotípicos, para que los hijos concebidos por este método fueran físicamente parecidos a sus padres. *"No sabemos qué pudo fallar"*.

Durante el ingreso, se realiza entrevista conjunta con los padres y la menor, donde se hace revelación del secreto, con muy mala aceptación por parte de la menor, que asegura sentirse *"traicionada"* por sus padres, y reacciona con rechazo hacia su madre, refiriendo: *"tú no eres mi madre, no sólo porque no tengo tus genes, sino porque una madre no miente a su hija una y otra vez, tratándola como si fuera tonta"*. La evolución de esta menor está siendo tórpida y dificultosa, debido a la gravedad de su psicopatología, con ideación autolítica refractaria, y al grave deterioro de las relaciones intrafamiliares, sin que, a día de hoy, haya sido posible restaurar el vínculo gravemente dañado entre la madre y su hija.

Uno de los temas más controvertidos en relación con la donación de gametos es el de los derechos de las personas así concebidas, por lo que supone la ocultación de sus orígenes. La legislación internacional está tendiendo a abolir

el anonimato de los donantes de gametos, entendiendo que el derecho de las personas a la identidad y a conocer sus orígenes biológicos está por encima del derecho al anonimato de los donantes.

Es el caso del Consejo de Europa, en concreto de su Asamblea Parlamentaria, que con la Recomendación 2156/2019⁴⁸¹, se hace eco del movimiento a favor del reconocimiento del derecho a conocer el origen biológico. Así, esta recomendación promueve la anulación del anonimato para las futuras donaciones de gametos y prohíbe el uso de gametos donados de forma anónima, debiendo revelarse la identidad del donante al hijo cuando alcance la mayoría de edad. Por supuesto, se reconoce, también, el derecho de la persona derecho a no conocer, si así lo desea, la identidad de su donante. Tras examinarla y transmitirla a distintos Comités⁴⁸² para información y posibles comentarios, el Comité de Ministros del Consejo de Europa reconoció la importancia del tema, así como sus dificultades, y les alentó a la considerar, en sus actividades futuras, la viabilidad y conveniencia de preparar un proyecto de Recomendación u otro instrumento no vinculante para ayudar a los Estados miembros a proteger el derecho de las personas concebidas por donantes a conocer sus orígenes, garantizando al mismo tiempo un equilibrio con los intereses y derechos de otras partes implicadas en la donación de esperma y ovocitos, y de los intereses de la sociedad y las obligaciones del Estado⁴⁸³.

En España, existe un debate soterrado dentro de los poderes públicos respecto de la donación de gametos y sus implicaciones, si bien dicho debate no tiene prácticamente eco a nivel social. El Comité de Bioética de España, en la línea de otros países europeos y en base al interés superior del menor, propone una reforma de la ley española que elimine el actual anonimato en la donación de gametos⁴⁸⁴. Señala que este cambio legal ha de ir acompañado de un verdadero cambio cultural en el ámbito de la reproducción humana

⁴⁸¹ Consejo de Europa, Asamblea parlamentaria, Recomendación 2156, *Anonymous donation of sperm and oocytes: balancing the rights of parents, donors and children*; 2019. Disponible en: <https://pace.coe.int/pdf/b51082401b5728bcd4700d347e6a9e1e8cbb3865b2be482126cc6dc070712f66/rec.%202156.pdf>, (Consultado el 14 de octubre de 2023).

⁴⁸² Comité de Bioética (DH-BIO), al Comité *ad hoc* de los Derechos del Niño (CAHENF), Comité Europeo de Trasplantes (CD-P-TO), Comité Europeo de Derechos Humanos (CEDH), Comité Europeo de Cooperación Jurídica (CDCJ).

⁴⁸³ Comité de Ministros, Consejo de Europa, *Reply to Recommendation:2156 (2019)*, Doc. 149952019. *Anonymous donation of sperm and oocytes: balancing the rights of parents, donors and children*. Disponible en: <https://pace.coe.int/pdf/a1b29a06632a0d2f52ecb035e0209db36a6dd0b567d6055cb1de31bca2033b71/doc.%2014995.pdf>. (Consultado el 14 de octubre de 2023).

⁴⁸⁴ Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos*, 2020. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20del%20CBE%20sobre%20el%20derecho%20de%20los%20hijos%20nacidos%20de%20las%20TRHA.pdf>. (Consultado el 15 de agosto de 2022).

asistida y de las relaciones entre los padres, los hijos nacidos de las TRA y los progenitores, entendiendo la importancia que la información (honesta y veraz, respetando los límites de la autonomía) tiene para las tres partes implicadas.

Del otro lado, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) defiende que la abolición del anonimato reduciría las donaciones de ovocitos e impediría a muchas mujeres cumplir su deseo de maternidad, como ya sucedió en Reino Unido, donde las listas de espera se han disparado una vez que se anuló el anonimato, a pesar de las generosas retribuciones económicas⁴⁸⁵. Además de considerar que la abolición del anonimato reduciría las donaciones, perjudicando la atención en España, la SEF señala que hay riesgo de que el rol parental se vea amenazado por la figura de un donante y ello puede conllevar consecuencias negativas en la familia, influyendo en el desarrollo adecuado del apego y de la identidad.

El cambio cultural al que se refiere el Comité de Bioética de España y la amenaza al rol parental por la figura del donante que señala la SEF apuntan a la reticencia constatada de muchas familias a revelar su origen a sus hijos concebidos por donación. Esta reticencia tiene múltiples factores que actúan en consonancia, como son: secreto y el tabú social que aún existe frente a maternidades no tradicionales, el miedo de los padres a la reacción emocional del hijo al ser conocedor de sus orígenes, y el miedo a que pueda generar algún tipo de relación con su madre genética⁴⁸⁶.

El presente caso, además de poner de manifiesto estas cuestiones muestra la vulneración del derecho de la menor a la identidad y a recibir información relativa a sus orígenes, con importante menoscabo de su salud mental. Se observa un conflicto en la presente legislación española entre el reconocimiento de este derecho humano, y el respeto a la confidencialidad del donante, amparada por el derecho a la autonomía, de modo que en el ordenamiento nacional vigente se muestra superior el segundo al primero.

En este sentido, cabe mencionar que la Convención de los derechos del Niño recoge, en su artículo 8, que se debe respetar el derecho del niño *"a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas"*; añadiendo en el segundo epígrafe que, *"cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán*

⁴⁸⁵ MUÑOZ, M., ABELLÁN-GARCÍA, F., CUEVAS, I., DE LA FUENTE, A., IBORRA, D., MATARÓ, D., NÚÑEZ, R., ROCA, M., *Documento sobre posicionamiento de la Sociedad Española de Fertilidad respecto de la regla del anonimato en las donaciones de gametos*, Fase 20 Ediciones, 2019.

⁴⁸⁶ HAMMOND, K., "The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada", *Anthropology & Medicine*, 2018, vol. 25, nº 3, pp. 265-279.

prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad"⁴⁸⁷. Entendiendo que la ascendencia genética supone "un elemento" de la propia identidad, parece indudable que privar al descendiente de la posibilidad de tener información acerca de la misma supone una vulneración del derecho reconocido a la identidad. Aunque es cierto que el epígrafe señala específicamente "*las relaciones familiares de conformidad con la ley*", y los donantes, a nivel legal, no presentan relaciones familiares, también lo es que, en el momento de la Convención de los derechos del Niño, no estaba presente el actual escenario de expansión de técnicas de reproducción asistida, así como que la ascendencia genética puede tener un importante significado emocional para la persona, además de relevancia en su salud genética e, incluso, en sus decisiones de maternidad o paternidad con otras personas, debido al riesgo, bajo pero existente, de coincidir con hermanos o hermanas genéticas.

4.2.5 Un error con importantes consecuencias: La necesidad de protocolos seguros en la reproducción humana asistida

Pareja heterosexual que se somete a estudio de infertilidad en la red pública de salud, constatándose baja calidad seminal del hombre, por lo que se ofrece tratamiento de inseminación artificial con el semen del propio hombre. Se consigue gestación, que llega a término sin incidencias, alumbrando un niño.

Dos años después, durante una reunión de amigos, donde se realizan comentarios sobre el escaso parecido físico entre el niño y su padre, un conocido les pide ver la cartilla de nacimiento, alertando entonces a los padres de que el grupo sanguíneo del menor era incompatible con los suyos. Ante la duda sembrada, los padres recurrieron a pruebas genéticas de paternidad por la vía privada, confirmando que, efectivamente, no había una filiación biológica con el padre. En ese momento, ambos padres sufren una intensa conmoción emocional. La madre presenta sentimientos de enfado y tristeza, sintiéndose engañada al pensar que le habían podido inocular una muestra que no era la de su pareja, con quien "*soñaba tener un hijo*"; el padre, por su lado, siente que su sueño de serlo ha sido "*frustrado*", y expresa gran temor ante el impacto emocional que esta noticia podrá tener en el menor o en su propia relación con él.

El desarrollo y la expansión de nuevas técnicas de reproducción asistida generan, a su vez, nuevas situaciones de riesgo que requieren revisar y actualizar las medidas de seguridad en la atención a las parejas que se someten a reproducción asistida, con especial consideración a las repercusiones emocionales que pueden acarrear los fallos en la misma. Dadas las profundas implicaciones

⁴⁸⁷ Convención de los derechos del Niño.

psicológicas; y, en definitiva, de salud, que un error de estas características puede suponer, resulta imprescindible crear protocolos adecuados de seguridad en materia de reproducción asistida, semejantes a los establecidos en los procesos hospitalarios de parto para garantizar la no confusión o intercambio de bebés.

En este caso, los padres han acudido al Defensor del Paciente por los “*graves daños*” que la no paternidad biológica hacia el hijo les puede ocasionar tanto a ellos como a su hijo. Al temor frente al impacto en la relación afectiva entre el padre y el hijo, se une la incertidumbre respecto a la salud genética.

Parece tratarse de un supuesto de error en la práctica de TRA de práctica imposible reparación. Se observa, además, una actuación contraria a los principios del Convenio de Oviedo, y de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, sin respeto al consentimiento prestado con graves repercusiones. Pero, además, se pone de nuevo de relieve el conflicto frente al derecho a la identidad, comentado ya en el supuesto previo, por el cual el descendiente (y, de forma inesperada para ellos, sus padres legales) se queda sin posibilidad de conocer una parte de su identidad, la ascendencia genética, de forma que se puede entender como contraria al artículo 8 de la Convención de los derechos del Niño; en particular, su apartado 2. Probablemente, no de forma ilegal en el sentido de infracción penal, aunque sí al menos por una actuación sin la debida diligencia, lo cierto es que el menor se ve privado de algunos de los elementos de su identidad, *al desconocer su ascendencia genética*, con la relevancia que dicha información puede tener a nivel emocional, de significado personal, e, incluso, de salud genética.

Por ello, la consejera de Salud de la Comunidad Autónoma ha iniciado una investigación para determinar si ha habido un error, ya sea de protocolo o humano, para tomar todas las medidas oportunas que garanticen que no vuelvan a producirse nuevos casos⁴⁸⁸.

4.2.6 Madre por subrogación y problemas de atención a la salud que pueden derivarse

Niño de 30 meses atendido en consulta de autismo infantil para valoración por retraso en el desarrollo del lenguaje y dificultades en la interacción social. En la recogida de la historia clínica con la madre, ésta refiere que el menor fue concebido por gestación subrogada en Ucrania. La madre refiere historia de búsqueda de gestación a partir de los 40 años de edad, con sometimiento a

⁴⁸⁸ Publicado en prensa. El Mundo. *Denuncian al Servicio Andaluz de Salud al descubrir que un bebé nacido por fecundación asistida no es hijo biológico del padre*. 21 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.elmundo.es/andalucia/2023/03/21/641994dcfdddf515d8b4593.html>. (Consultado el 29 de octubre de 2023).

múltiples técnicas de reproducción asistida, habiendo logrado una gestación a los 47 años de edad, que finalizó prematuramente en la semana 22, con óbito fetal. Expresa que, dos años después, su pareja y ella decidieron recurrir a la gestación subrogada por medio de una agencia internacional. Explica que la concepción se produjo con semen del padre y óvulo donado, transfiriéndose el embrión a una gestante ucraniana, a la que se le indemnizó con 20.000 euros *"por los inconvenientes"*, y con la cual mantuvieron, y aún mantienen, contacto por medio de redes sociales. La mujer estuvo presente el parto y realizó el primer contacto piel con piel del bebé, ingresando con el mismo en una habitación separada de la gestante una vez que se produjo el nacimiento, tomando la decisión de que no existiera ningún contacto íntimo entre ambos, ni se instaurara lactancia materna. Explica que permaneció en Ucrania con el bebé durante aproximadamente seis semanas, hasta que pudo formalizar su situación legal en España.

Refiere una historia del desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, aunque con retraso en la adquisición del lenguaje expresivo (no ha comenzado a combinar palabras, si bien realiza nominaciones y tiene un vocabulario de unas 50 palabras). En la Escuela Infantil, advirtieron algunas dificultades para interactuar con pares, buscando la ayuda del adulto, y una gran tendencia al disregulación emocional, con baja tolerancia a la frustración, llegando a agredirse a él mismo y a terceros en estas situaciones con golpes, patadas y mordiscos. En la consulta, se aprecia una buena calidad de la interacción conjunta, con sonrisa recíproca, modulación de la mirada y atención conjunta, señala y pide objetos, también los muestra. Es llamativa la presencia de estereotipias motoras (aleteo y saltos ante excitación) y un tic oral mantenido. Si bien no cumple criterios para diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, sí se observa un ligero retraso en el desarrollo del lenguaje, y la presencia de estereotipias motoras.

En la consulta, la madre expresa preocupación intensa respecto al futuro de su hijo. Refiere *"tengo que controlarlo ahora, antes de que cumpla diez años y me pueda dar una paliza"*. Sin embargo, reconoce muchas dificultades para poner límites a su hijo o hacer valer las normas: *"No le corto las uñas porque se angustia, y bastante angustia ha pasado ya el pobre"*. Al explorar a qué se refiere, la madre se muestra reticente, pero explica: *"Yo he leído mucho de la gestación subrogada y sé que eso aquí no se tolera, yo tampoco hubiera podido hacerlo, pero allí en Ucrania es algo muy normalizado... No me preocupa la gestante, ella está bien y yo le he dado dinero para la situación de guerra, pero sé que para los bebés la primera separación puede ser muy dura. Aunque yo noté al mío muy tranquilo en ese momento. No sé qué pensar."* En consultas sucesivas, se pone de manifiesto la elevada inseguridad de la madre en la relación con su hijo. *"No sé si esto que le pasa le viene de la gestante o de mí. Todos me decís que lo que le pasa a mi hijo no es autismo, pero entonces, ¿qué es? ¿Es por mi culpa, o es porque el niño tiene algún*

defecto cerebral? Yo creo que la gestante no se cuidó bien en el embarazo. ¿Voy a tener un hijo dependiente, o es sólo que me manipula para salirse con la suya? Porque si no hago lo que él quiere, se pone fatal, me pega, y yo no quiero verlo sufrir, así que cedo, pero pienso en cuando crezca y creo que no voy a ser capaz de manejarlo".

En la consulta, se aprecia cómo, ante las dificultades del hijo, surgen en la madre las dudas respecto al impacto que ha podido tener sobre él la separación al nacimiento de la mujer que le gestó; e, incluso, de las condiciones en que fue gestado. Esto condiciona que la madre intente compensar este posible sufrimiento cediendo ante todas sus demandas, incluso cuando se relacionan con su propio cuidado (como es cortarle las uñas). Sin embargo, esta falta de límites y de regulación externa parece estar condicionando un empeoramiento conductual del menor, que, a su vez, alimenta las fantasías catastrofistas de la madre respecto al futuro de su hijo, y la hacen sentirse más insegura en su rol de madre.

La Convención de los derechos del Niño, en su artículo 35, recoge la obligación de los Estados Partes de impedir la venta o trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma. En este caso, la mujer que gestó al niño recibió una retribución económica de 20.000 euros, por medio de un intercambio contractual que puede contemplarse como de compra del mismo, defendiéndose incluso como un posible supuesto de trata de personas, por la cosificación y explotación a la que se pueden ver sometidas las mujeres⁴⁸⁹.

Más allá de las cuestiones éticas respecto al alquiler de úteros, y las repercusiones en salud que se pueden producir a raíz de una drástica separación madre-bebé (que se analizarán posteriormente), en este caso se observa, también, la falta de seguimiento sanitario y apoyo al proceso de vinculación emocional de las figuras de cuidado con un hijo concebido por gestación subrogada. Los problemas en la vinculación madre-bebé son uno de los supuestos de necesidades especiales de atención en salud mental perinatal recogidos en la *"Guía para la integración de la salud mental perinatal en los*

⁴⁸⁹ Publicado en prensa, Diario Público, *La Fiscalía investiga como trata de personas un caso de vientre de alquiler de una migrante sin recursos en Córdoba*. 10 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.publico.es/mujer/fiscalia-investiga-trata-personas-ventre-alquiler-migrante-recursos-cordoba.html> (Consultado el 20 de octubre de 2023). LARA AGUADO, A., "Trata de menores, maternidad subrogada y adopciones ilegales", en V Congreso Jurídico Internacional sobre formas contemporáneas de esclavitud, Veinte años después del Protocolo de Palermo, Coordinador Julio Alberto Rodríguez Vásquez Lima, noviembre de 2022, OIT. ALBERT MÁRQUEZ, M.M., "La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución", *Cuadernos de Bioética* XXVIII 2017/2ª, p. 179; GERMÁN ZURRIARÁIN, R., "La maternidad subrogada: ¿«solidaridad» o «explotación»?", *Medicina y Ética*, 2019, vol. 30, nº 4, pp. 1239-1240; NUÑO GÓMEZ, L., "Una nueva cláusula del Contrato Sexual: vientres de alquiler", *Revista de filosofía moral y política*, 2016, nº 55, pp. 686-687.

servicios de salud materno-infantiles" de la OMS, cuyas recomendaciones, en este caso, no se han seguido en la etapa estrictamente perinatal según la OMS (el primer año postparto), quedando relegada su derivación a servicios especializados hasta los dos años y medio de vida del menor. Esta situación ha comprometido el derecho del menor al disfrute del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, al no facilitar su acceso precoz a una atención sanitaria especializada.

En este caso, cabe suponer que la madre que ha gestado al bebé, también puede estar viendo vulnerado su derecho a recibir una adecuada atención sanitaria prenatal y postnatal, protegido por el mismo artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe 2. Desde la perspectiva de la salud mental materna, cabe mencionar las posibles repercusiones nocivas que estas prácticas pueden tener en las mujeres gestantes (de cuyo título de madres, según nuestro ordenamiento jurídico, no están despojadas, ya que la filiación la otorga el parto). Los estudios realizados hasta el momento sobre las implicaciones psicológicas en estas mujeres presentan muchos sesgos y limitaciones, puesto que han sido realizado, fundamentalmente, en el ámbito anglosajón, sin atender a las realidades más frecuentes que tienen lugar en países menos favorecidos (como Ucrania, India o Tailandia), donde algunas mujeres son prácticamente institucionalizadas para la producción de bebés, en situaciones muy desventajosas y con contratos que las despojan de derechos sobre sus cuerpos y sobre los bebés que están gestando⁴⁹⁰. Un estudio señala que la creencia inicial de muchas mujeres gestantes por subrogación acerca de que la compensación económica facilitará la renuncia del bebé tras el parto no se mantenía después del mismo⁴⁹¹, y algunos autores han señalado la existencia de un sufrimiento psicológico intenso tras la renuncia que, en al menos en el 10% de los casos, requiere intervención intensiva en salud mental⁴⁹².

En este caso en concreto, conocemos que la mujer que gestó al niño (que en la actualidad está viviendo en un contexto bélico) ha continuado recibiendo apoyo económico puntual por parte de la que ahora es la madre legal del bebe gestado, pero desconocemos cuál es su estado mental tras la renuncia a su hijo y si ha recibido atención psicológica al respecto. Estas posibles repercusiones en salud quedan minimizadas, e incluso obviadas, dentro del intercambio económico, asumiendo que el sufrimiento psíquico por la gestación y posterior

⁴⁹⁰ BASCUÑANA GARDE, M., "Gestación subrogada: Aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante", *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 2018, n° 28, pp. 41-49.

⁴⁹¹ VAN DEN AKKER, OBA., "Psychosocial aspects of surrogate motherhood"; *Life & Health Sciences*, Aston University, Birmingham, UK; *Human Reproduction Update*, 2007, vol. 13, n° 1, pp 53-62.

⁴⁹² WILKINSON, S., "The exploitation argument against commercial surrogacy", *Bioethics*, 2003, vol. 17, n° 2, pp. 169-187.

separación de un bebé (atravesando un puerperio sin hijo) se resuelve por medio del pago de un contrato previamente establecido, sin garantías sobre la atención a su salud mental.

Por ello quizás resulte necesario reflexionar acerca de la conveniencia de incluir este tipo de prácticas entre los supuestos de violaciones al derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, junto a la esterilización forzada, exámenes de virginidad y aborto forzados, sin el consentimiento previo de las mujeres; la mutilación genital femenina (MGF) y matrimonio precoz. Sin duda, todavía en la mayoría de los casos, y en muchas partes del mundo, las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se deben, como afirma la Oficina el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁴⁹³, a creencias y valores sociales profundamente arraigados, con conceptos patriarcales sobre el papel de la mujer en la familia, pero no es menos cierto que los avances en TRA están dando lugar a nuevas situaciones y supuestos de violaciones de esa salud sexual y reproductiva de las mujeres, con potencial afectación grave de su salud mental.

4.2.7 Una maternidad polémica: La necesaria protección de los derechos de los bebés

Mujer de 68 años de edad, conocida dentro de la esfera pública española, cuyo caso salta a la prensa al conocerse que ha sido madre por medio de gestación subrogada en Estados Unidos. La mujer había perdido tres años atrás a su hijo unigénito, fallecido a los 27 años de edad por un proceso oncológico. Según refiere la propia mujer, la bebé sería su nieta, pues se trata de la hija genética de su difunto hijo, concebida a partir de semen criopreservado antes de someterse al tratamiento quimioterápico que le fue indicado.

El caso expuesto tuvo una amplia repercusión en la prensa española, en marzo de 2023, al tratarse de una conocida artista de este país, cuyo duelo tras la pérdida de su único hijo, tres años atrás, había sido también muy mediático. Se trata de una situación que pone de manifiesto los vacíos legales en materia de reproducción asistida, y los intereses encontrados entre la necesaria protección a la infancia y los derechos reproductivos.

En este caso, se entrecruzan una gran cantidad de aspectos. De un lado, la existencia del duelo por la muerte de un hijo, y el posible intento de reparación

⁴⁹³ Oficina el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights> (Consultado el 23 de diciembre de 2023).

del vacío dejado por la pérdida de un hijo mediante el nacimiento de otro hijo. En entrevistas públicas ofrecidas por la mujer sólo tres semanas antes del nacimiento de la bebé, ésta había declarado sentirse “una muerta en vida”, desde el fallecimiento de su hijo. Sorprendió que, tras el nacimiento de la niña, su primera publicación en redes sociales fue *“Ya nunca volveré a estar sola. He vuelto a vivir”*.

Del otro lado, vuelve a poner de manifiesto la posibilidad de puentear la legislación española respecto a la ilegalidad de la gestación subrogada y adquirir un recién nacido mediante un cuantioso desembolso económico para aquellas personas con capital suficiente. Se trataría, por tanto, de una posibilidad reservada para la gente con una elevada capacidad adquisitiva, que, además, estaría contratando a mujeres, por lo general con necesidades económicas, para utilizar sus cuerpos, en un doble uso de poder (económico y de género).

Y, sin dudas el aspecto más relevante, la aparente falta de visión del bebé como otro, una persona con necesidades propias. Se trata de un bebé que es recibido en brazos de una madre en la tercera edad (superior a los 65 años), que se autodefine como abuela (asegurando que ese será su papel), sin otra figura progenitora, abocado a una temprana orfandad.

Por ello, cabe señalar, además de la posible vulneración de derechos relativos a la madre gestante (tal y como se vio en el supuesto previo), de bioética y de atención a su salud materna, la vulneración de los principios recogidos en el Convenio de Oviedo, y en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, al emplear el material genético de una persona fallecida hace tres años en el momento del nacimiento del bebé. Además, cabe cuestionarse que se haya valorado el interés superior de este bebé en su concepción, que ha sido buscada pese a conocer que su desarrollo se produciría sin padre o madre vivos ya desde antes de su existencia.