Congelación de óvulos por causas sociales. Problemas éticos, prácticos y sociales.

Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández, Equipo CESCA, Madrid, España. Miembros de la Junta Directiva de NoGracias, responsables respectivamente de relaciones internacionales y de ética.

jjgervas@gmail.com mpf1945@gmail.com @JuanGrvas

INTRODUCCIÓN Y MANUAL DE USO:

Este texto tiene dos aplicaciones: 1/ para satisfacer el interés y llamar la atención sobre una cuestión relevante en la salud de la mujer y 2/ para contribuir a formar a quienes son profesionales de la sanidad y precisan tener criterio propio bien fundado.

Por ello recomendamos que lean íntegro el texto quienes tengan sólo interés personal.

Para quienes sean profesionales, recomendamos la lectura íntegra del texto y el acceso a las referencias bibliográficas que, puesto recogen posturas enfrentadas, les ayudarán a llegar a establecer un criterio razonado.

Respecto al feminismo, recomendamos a quienes se interesen que lean al menos los tres enlaces primeros de la postura en contra, y los tres primeros enlaces a la postura a favor de la congelación de óvulos por causas sociales. Se recogen opiniones que ayudarán a pensar, como mínimo; entre las primeras las de Leasly Tarasoff y entre las segundas las de Marcia Inhom.

Nuestro objetivo final no es establecer un debate moral sino evitar que la razón instrumental lleve a responder sólo dos preguntas, "¿Se puede hacer técnicamente?" y "¿Cumple sus propósitos?" y se abandone la reflexión ética en torno a la dignidad humana, a la violencia obstétrica[1] y al impacto a largo plazo para la mujer, su descendencia y la sociedad. Es decir, pretendemos que se añada una tercera pregunta: "¿Cuáles son las consecuencias?", de forma que se produzca el necesario encuentro entre ciencia, técnica, ética y humanidades.

SITUACIÓN CLÍNICA: Mar y Begoña son vecinas y amigas del mismo barrio, y han estudiado juntas desde el jardín de infancia a la universidad. Hicieron periodismo y después una maestría de cooperación internacional. Mar acabó trabajando en la sección de prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Begoña ha terminado trabajando con su marido, Jesús, pediatra, en la cooperación internacional "en el terreno". Fueron a Haití con sus cuatro

[1] Consideramos este caso como violencia obstétrica médica si no le se da a la mujer información suficiente y completa. Es decir, se lesionarían derechos humanos y habría violencia de género en relación con el embarazo (desde la concepción a la lactancia).

hijos, tras el terremoto de 2010, y allí siguen viviendo. Mar acaba de llegar a Haití, con un grupo de la OMS que quiere evaluar el impacto a largo plazo de las ayudas internacionales. "Entonces, ¿no piensas en la maternidad?" pregunta Begoña a Mar después de cenar, mientra Jesús acuesta a los niños y recoge la cocina. "La verdad, no por ahora. Tengo ya los 40 años, pero con 35 congelé unos óvulos, y ahí los tengo, sin saber muy bien qué hacer. He tenido todo tipo de relaciones sexuales y sentimentales, ¡no te imaginas las opciones posibles!, pero no he encontrado a ninguna persona con la que crear una familia. Y luego está el trabajo, que quiero llegar alto y este es un mundo de lo más cruel y competitivo". Begoña la mira con ternura y dice: "¿Te imaginas si cuando hablábamos de tener hijos, al empezar a tontear con los chicos, alguien nos hubiera anunciado esto de congelar los óvulos?".

PREGUNTA: La congelación de óvulos y fragmentos ováricos por causas sociales, para poder diferir el embarazo, ¿es una técnica que plantea problemas?

RESPUESTA: Sí, plantea graves problemas éticos, prácticos y sociales.

COMENTARIO:

Introducción[2]

Los ovarios tienen algo menos de un millón de óvulos al nacer, la dotación completa y final de la mujer. Los óvulos van muriendo y perdiendo vitalidad y potencia con el paso de los años, de forma que muchos sufren atresia[3]. Así, al llegar la pubertad apenas queda medio millón, que van madurando mes a mes, en grupos de 20-30 (sólo uno suele llegar al final y pasa a la trompa de Falopio donde puede ser fertilizado por un espermatozoide[4], [5]).

Los defectos genéticos del feto son más frecuentes según aumenta la edad de la madre. Por ejemplo, el síndrome de Down: a los 18 años tiene una frecuencia de 1 por cada 1.555 nacidos vivos; a los 35 años, la frecuencia sube a 1 por cada 250; a los 45 años la frecuencia es de 1 de cada 30; y a los 48, de 1 de cada 10.

---

[2] Este "caso" forma parte de un libro en elaboración sobre "Encarnizamiento médico con las mujeres" y algunas notas a pie de página aluden a otros "casos" que formarán parte del mismo.

[3] Para saber más, pregunta XXX: ¿Qué ventajas tiene la determinación de cromosomopatías en el embarazo?

[4] Para saber más, pregunta XXX: En España, ¿tiene sentido la prevención (cribado, diagnóstico precoz) del cáncer de cuello de útero?

[5] Para saber más, pregunta XXX: Las pruebas de análisis de ADN fetal en sangre materna ¿pueden dar resultados respecto a la madre?

La fertilidad decae con el paso de los años, por el proceso vital mismo y por los contaminantes industriales y alimentarios. La fertilidad es máxima en torno a los 20 años, con una tasa en torno al 86%; es decir, si se busca el embarazo, en cada ciclo se quedarán embarazada unas 86 de 100 mujeres sanas y fértiles que lo intenten correctamente. A los 45 años se quedarán embarazadas menos de 5. Finalmente, la fertilidad desaparece con el climaterio pues los ciclos suelen ser sin ovulación, aunque persistan las reglas hasta la menopausia.

En el varón, los espermatozoides se producen de continuo en los testículos y la fertilidad puede durar hasta la muerte, si no hay enfermedad que la afecte. Eso sí, disminuye la vitalidad y potencia de los espermatozoides, y también aumentan los defectos genéticos.

Expectativa biológica de enfermedad: en contra de la mujer

Al principio del siglo XX la expectativa de vida era de 40 años, de forma que la "expectativa biológica de fertilidad" era similar para ambos sexos. En la actualidad la expectativa de vida es de más de 80 años, lo que da mayor expectativa biológica de fertilidad al varón.

La expectativa de vida ha cambiado por el desarrollo socio-económico, con las mejoras en el suministro y depuración del agua, la educación, la redistribución de la riqueza y la mejor alimentación. También cuenta el establecimiento de un sistema nacional público de cobertura universal y las mejoras científicas y técnicas médicas, como vacunas, antibióticos, anestesia, asepsia, material quirúrgico y prótesis, medicamentos varios, etc.

El conjunto de los cambios facilita la incorporación de la mujer al trabajo por cuenta ajena pues, además, la prole disminuye o desaparece. Ya no se precisa de una alta natalidad para compensar una alta mortalidad infanto-juvenil. Y la píldora y otros métodos anticonceptívos han liberado la actividad sexual de la reproducción.

Una sociedad machista no tiene en cuenta las necesidades de la mujer. De ahí la dificultad para el logro personal y profesional en el trabajo. De ahí, también, la pérdida de libertad para elegir si formar familia y, en su caso, cuándo y con cuánta prole; ni los años de formación ni los de vida laboral están pensados para compatibilizarlos con la maternidad. El varón puede esperar a los 50 años sin ningún problema pero para la mujer esa edad es el límite insuperable (o superable con medidas "heroicas").

Se pueden congelar óvulos, pero no vidas

La presión durante los estudios y en el trabajo, entre otras causas, ha ido retrasando la edad del primer embarazo y disminuyendo el tamaño de la familia. En la actualidad sólo los ricos se pueden

permitir tener muchos hijos siendo jóvenes, y llegar a ser abuelos también jóvenes.

El control de la natalidad le da a la mujer la posibilidad de ponderar si vale la pena tener hijos. Si elige la maternidad, el control de la natalidad le permite retrasarla desde la juventud a la madurez. Pero a costa de 1/ mayores complicaciones para ella misma durante el embarazo, parto y puerperio, y 2/ mayores problemas de fertilidad, pues los óvulos van perdiendo potencia y vitalidad con el paso de los años.

La infertilidad temporal voluntaria con el control de natalidad tiene un alto coste biológico, sobre todo a partir de los 30 años. ¿Por qué no obtener óvulos, o fragmentos de ovario, en plena juventud y congelarlos hasta que se precisen en la madurez[6]?

Es una especie de medida preventiva[7] para conseguir "mejor salud del embrión", que "compra tiempo" y permite "un respiro", pues de facto detiene el reloj de la regresión y atresia ya que los óvulos congelados permanecen tal cual fueron extraídos por muchos años. Lamentablemente, sólo permanecen igual los óvulos o fragmentos de ovario pues el tiempo pasa para la propia mujer, de forma que si se embaraza son esperables más complicaciones, también en parto y puerperio.

Nada es tan sencillo como nos lo presentan

El procedimiento de obtención es agresivo: hay que forzar la ovulación con distintas hormonas y medicamentos y acceder al ovario para tomar los óvulos. Cuanto antes se obtengan los óvulos, más potencia y vitalidad tendrán, de forma que se aconseja se realice la congelación antes de los 35 años (y mejor antes de los 30, si puede ser). Por supuesto, hay que mantener los óvulos congelados, y eso tiene un coste. Y, naturalmente, en su día, hay que fertilizar los óvulos y tienen que implantarse en el útero, lo que de nuevo es agresivo y no siempre se logra. La fertilización in vitro tiene éxito en el 40% de las mujeres menores de 35 años, y en el 15% en las de 40[8]. Si al final se decide no terminar el proceso, hay que determinar qué hacer con los óvulos: donarlos para fertilización o para investigación, o eliminarlos.

No hace falta decir que todo el proceso es un negocio, y se paga con mucho dinero.

Además, si la edad del embarazo es mucha, por ejemplo 50 años, habrá que prever la disminución de ingresos por jubilación y la mayor probabilidad de muerte de la madre y/o pareja antes de la

---

[6] En este texto no se consideran las donaciones de óvulos, cuestión aparte y muy importante, sobre todo porque la crisis económica ha provocado un incremento de las mismas dado la compensación que se ofrece (unos mil euros). En España la regulación y el control son escasos y se realiza una intensa actividad comercial, con cientos de miles de óvulos y embriones congelados que se implantan a nacionales y extranjeras ("turismo sanitario", en su expresión correcta en inglés "*cross border reproductive care*).

[7] Salvando las diferencias, en cierta forma es similar a la autotransfusión de sangre, en la que el donante es el propio receptor del que se extrae sangre para utilizarla en una posterior intervención quirúrgica en la que se prevé la necesidad de transfusión.

[8] En lo que respecta a la donación de óvulos para la fertilización in vitro, se ha demostrado el mayor éxito con los óvulos frescos (obtenidos en el momento) que con los óvulos congelados.

plena independencia del hijo, por mucho que la media de la expectativa de vida sea de más de 80 años.

Los resultados son buenos respecto a la prole. No parece que haya ninguna diferencia con el proceso natural al comparar los bebés aunque no todos los estudios son coincidentes, pues algunos sugieren más defectos. Además, hay estudios que asocian los procesos de fertilización a algunos cánceres a largo plazo en los niños, como leucemia y neuroblastoma.

En otra alternativa, se pueden implantar los fragmentos de ovario tras la menopausia, para lograr su "reactivación" y una suerte de rejuvenecimiento, cuyos efectos en salud no se conocen bien.

De lo expuesto se deducen los múltiples problemas éticos, prácticos y sociales que conlleva la congelación de óvulos y de fragmentos ováricos por razones no médicas, que son muy distintos de cuando se congelan óvulos o fragmentos de ovario en mujeres fértiles con tratamientos que destruyen los ovarios (quimio y radioterapia en algunos cánceres y otros problemas de salud). En el primer caso se trata de mujeres sanas, en el segundo de mujeres enfermas.

Conclusiones

Si se populariza la congelación de óvulos en las mujeres sanas será una especie de triunfo del modelo varonil, del abandono de toda esperanza de maternidad juvenil. Si se impone y se vuelve "normal" y banal, y si las empresas lo promocionan (como Facebook y Apple)[9], terminará siendo mal visto el "no sacrificarse por el trabajo" y convirtiéndose en un freno a la libertad para llevar una vida plena según el modelo que cada mujer elija.

Demostración de su asunción como "normal" es que lo consideraran una opción futura el 9% de las universitarias suecas, en 2014.

Se fuerza una solución individual a lo que es un problema social, y el cuerpo de la mujer se somete a técnicas agresivas para cumplir con un modelo que tiene sesgo de género. Sin información apropiada se trata de una situación de violencia obstétrica médica[10].

Se precisa mucha información para que la congelación de óvulos y de fragmentos de ovario no se convierta en una imposición comercial de disminuya la autonomía reproductiva. Además, sólo las mujeres de clase alta se podrán plantear esta solución de congelación de óvulos por causas sociales, mientras no esté entre los servicios cubiertos por el sistema público. Habrá mujeres que tendrán problemas específicos, por la homofobia y otros sesgos, como las mujeres con opciones sexuales

[9] También se ha convertido en un regalo preciado de los abuelos a las nietas, enfrascadas en estudios y trabajos que les impiden ahorrar y pensar en tener hijos, y más con las dificultades habituales para encontrar una pareja y formar una familia.

[10] Para saber más, pregunta XXX: La violencia obstétrica ¿incluye a profesionales y legos (cuando actúan como para-profesionales)?

fuera del modelo heterosexual de pareja.

Síntesis

En síntesis: la congelación de óvulos y fragmentos ováricos por causas sociales plantea graves cuestiones éticas, prácticas y sociales que obligan a la reflexión para evitar su "normalización" y trivialización; sin ello es encarnizamiento médico con las mujeres.

¿QUÉ HACER?

Trabajar para que la legislación, la sociedad y el mundo del estudio y laboral hagan posible la maternidad como un derecho de toda mujer que lo desee, y a la edad y con la prole que prefiera, sin pérdidas académicas, ni personales, ni profesionales. Rechazar las soluciones fáciles y ponderar los problemas éticos, prácticos y sociales de ofertas como la congelación de óvulos y de fragmentos ováricos. Sumarse a los grupos feministas que debaten estas cuestiones. En caso de tener pareja permanente, considerar en pareja los inconvenientes y ventajas. Difundir conocimiento de forma que se forme un "estado de opinión" que vaya más allá de la razón instrumental.

PARA TERMINAR:

Gösta Espring Anderson es danés, sociólogo y economista. Nació en 1947. En la actualidad trabaja en la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona (España). Sus estudios básicos los hizo en la Universidad de Copenague (Dinamarca). Su doctorado, en la de Wincosin-Madison (EEUU). Fue profesor en la Universidad de Harvard (EEUU) y en la de Triestre (Italia).

Gösta Espring Anderson ha trabajado siempre acerca del Estado de Bienestar en el mundo capitalista. Su primer libro tuvo impacto mundial, *The three worlds of welfare capitalism*. Su libro, *Los tres grandes retos del Estado de Bienestar*, se centró en la misma cuestión. En su opinión, el futuro del modelo social europeo se enfrenta a tres retos, a tres agujeros negros: 1/ la creciente incapacidad femenina para ejercer el derecho a formar una familia, 2/ el aumento de la desigualdad de oportunidades educativas entre los jóvenes y 3/ el aumento de la incapacidad social para garantizar una vejez digna.

El Estado de Bienestar se estructura en torno a un modelo anticuado, de familia con un sólo ingreso económico, de un varón que trabaja desde joven y se jubila poco antes de morirse.

En la actualidad empezamos a trabajar más tarde y nos jubilamos mucho antes de fallecer.

Además, la mujer tiene enormes dificultades para trabajar y tener familia.

Por todo ello, Gösta Espring Anderson propone como primera medida para mejorar la situación un

sistema universal y gratuito de guarderías, para ayudar a que la mujer trabaje. En segundo lugar propone que los de clase alta, con más educación, ingresos y expectativas de vida se jubilen más tarde (esto también lo defiende Guillén López Casanovas, de la misma Pompeu Fabra). Y en tercer lugar propone que las pensiones se nutran tanto de cotizaciones como de impuestos generales.

Gösta Espring Anderson puede estar equivocado pero vale la pena conocer sus planteamientos.

http://www.actasanitaria.com/el-mirador-de-juan-gervas-ornitorrinco-vaca-y-coneja/

Enlaces a la bibliografía básica en contra de la congelación de óvulos y fragmentos de ovarios, y sobre daños

http://blog.utpjournals.com/2014/10/16/exciting-and-terrifying-a-young-feminist-scholar-reflects-on-social-egg-freezing-as-a-solution-for-having-it-all/

http://www.researchgate.net/publication/272818819_Breaking_the_ice_Young_feminist_scholars_of_reproductive_politics_reflect_on_egg_freezing

http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12012028942&UserID=0

http://file.scirp.org/Html/3-1590383_51974.htm

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26139157

http://mys.matriz.net/mys-09/dossier/doss_09_01.html

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028214025205

http://www.science20.com/news_articles/social_freezing_the_ethical_and_medical_issues_of_egg_cryopreservation-152947 …

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22610722

http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2813%2900418-4/pdf

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29235/abstract;jsessionid=31B5364EF50A830667DC578D400A963F.f04t02?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=

http://www.bioeticahoy.com.es/2011/11/el-negocio-de-la-donacion-de-ovulos.html

http://elpais.com/diario/2007/06/26/salud/1182808801_850215.html

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/08/16/actualidad/1376675418_689262.html

http://anthropologyandpractice.com/2013/04/15/hot-debate-over-frozen-eggs/

http://parenting.blogs.nytimes.com/2014/11/24/you-can-freeze-your-eggs-you-cant-freeze-time/

http://www.nytimes.com/roomfordebate/2014/10/15/freezing-plans-for-motherhood-and-staying-on-the-job/freezing-eggs-puts-women-and-infants-health-at-stake

http://takingnote.blogs.nytimes.com/2015/03/20/the-problem-with-egg-freezing/?_r=0

http://hipertextual.com/2015/08/ovulos-congelados

Enlaces a la bibliografía básica a favor de la congelación de óvulos y fragmentos de ovarios

http://edition.cnn.com/2013/04/09/opinion/inhorn-egg-freezing/

http://reason.com/archives/2012/05/22/the-ethics-of-freezing-eggs http://www.mdpi.com/2075-471X/3/2/282

https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=23241

http://humrep.oxfordjournals.org/content/27/5/1231.full.pdf+html

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987355/

http://link.springer.com/article/10.1007/s10552-014-0429-8#page-1

https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf

https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Medicamentos%20para%20inducir%20la%20ovulacion%20rev%2011-7-12.pdf

http://www.lne.es/sociedad-cultura/2013/05/03/negocio-donar-ovulos-semen/1406589.html

http://www.elmundo.es/yodona/2014/11/02/54523cf2268e3ef6498b4576.html

http://www.livescience.com/50519-is-freezing-your-eggs-worth-cost.html