SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

# Congelar óvulos no es igualdad.

## El paradigma del fútbol femenino: cambiar el modelo, no el cuerpo de las jugadoras.

*Autoría: Blanca Obón Azuara, Isabel Gutiérrez Cía, Carmen Vives Cases, María José Fernández Landa*

*GT GEYDIS de la SEE*

***Financiar la congelación de óvulos sin blindar la maternidad en los contratos es una respuesta medicalizada e individual a un problema de salud pública y a una discriminación por razón de género que a sus compañeros varones nunca se les plantea.***

La RFEF y una clínica de reproducción asistida han acordado financiar la congelación de óvulos de las jugadoras de la selección española de fútbol [1]. Esto no es una medida de igualdad, es una intervención médica que descarga sobre el cuerpo de las mujeres un conflicto que pertenece a la organización del deporte. Desde la salud pública debe nombrarse como lo que es, una desigualdad estructural de género con consecuencias directas sobre la salud y los derechos reproductivos de las jugadoras.

El análisis de género no es un matiz aquí, es el núcleo del problema. Ninguna medida equivalente se plantea para los futbolistas varones, porque su carrera no exige gestionar médicamente una ventana de fertilidad. El conflicto entre rendimiento y maternidad se ha construido, y se resuelve, como un problema de las mujeres, no del sistema deportivo. Cuando una condición laboral penaliza a las mujeres precisamente por su capacidad de gestar, y la única respuesta institucional es intervenir sobre sus cuerpos, no estamos ante un beneficio social, sino ante una forma de discriminación por razón de género**.**

La legislación española es explícita: todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad constituye discriminación directa por razón de sexo [2]. Un modelo deportivo que obliga a elegir entre carrera y maternidad, o a aplazar la elección mediante un tratamiento hormonal, prolonga un trato desfavorable aunque se presente como una opción. Es el mismo sesgo androcéntrico que ya hemos señalado en otros ámbitos de la medicina y la salud pública: la norma se diseña sobre el cuerpo masculino y las mujeres se adaptan, o se las adapta médicamente a ella.

Los años de mayor exigencia física en el deporte de élite coinciden con los años de mayor fertilidad [3]. El FIFPRO (sindicato mundial de futbolistas), ya identificó esta tensión como uno de los principales obstáculos para compatibilizar el fútbol femenino con la maternidad [4]. Congelar óvulos no resuelve esa tensión: la aplaza y la individualiza. El problema sigue siendo el calendario, la carga de entrenamientos, la duración de los contratos y la falta de itinerarios para reincorporarse tras la maternidad.

UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, NO DE ELECCIÓN INDIVIDUAL

Desde la epidemiología, el acuerdo reproduce un error clásico: actuar sobre las personas cuando la causa está en las condiciones que comparten. Geoffrey Rose distinguió entre las causas de los casos y las causas de la incidencia, y advirtió de que las estrategias centradas en el individuo dejan intactos los determinantes que generan el problema [5]. Aquí el determinante no es biológico, sino social y organizativo: calendarios, contratos breves, ausencia de corresponsabilidad y una cultura deportiva que penaliza la maternidad. Responder a un determinante social con una intervención biomédica individual medicaliza una desigualdad, traslada riesgos sanitarios a mujeres sanas y fija un mensaje normativo —para ser futbolista de élite hay que posponer la maternidad— que puede extenderse a otras deportistas, a las categorías inferiores y a las más jóvenes. Además, una medida limitada a la selección abre una desigualdad dentro de la desigualdad: deja fuera a la mayoría de futbolistas, con contratos más precarios, menos recursos y menor capacidad de negociación.

EL CUERPO DE LAS MUJERES NO ES UN RECURSO DISPONIBLE

Tampoco es un procedimiento inocuo. Implica estimulación hormonal y punción ovárica, con riesgos como el síndrome de hiperestimulación ovárica, dolor, sangrado o infección [6]. Y no garantiza nada: el éxito depende de la edad al congelar y del número de óvulos obtenidos [7], pocas mujeres llegan a usar los óvulos congelados [8] y las propias sociedades científicas advierten de que no debe presentarse como un seguro de maternidad futura [9]. Exponer a mujeres sanas a un procedimiento con riesgos para resolver un problema que no es sanitario exige un balance beneficio-riesgo que nadie ha hecho público. Presentarlo sin estos matices, sin un consentimiento informado ajeno al club o la federación que lo sufraga, no es información completa para las jugadoras: es propaganda institucional con apariencia de beneficio social.

Esta lógica no se limita al deporte. Hacer del cuerpo de las mujeres el lugar donde se resuelven problemas organizativos, laborales o de mercado tiene un correlato conocido en la donación de óvulos. En España, la ley establece que la donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial y que la compensación sólo puede resarcir las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales, sin suponer un incentivo económico [10]. Sin embargo, en un estudio en once países europeos, alrededor de una de cada diez donantes declaró una motivación exclusivamente económica y casi un tercio estaba en desempleo o estudiando [11]. Cuando una compensación puede funcionar como incentivo para mujeres en situación de vulnerabilidad social, la frontera entre donación y explotación se difumina. Las preguntas que planteamos sobre las futbolistas —quién asume los riesgos para la salud, con qué información, bajo qué presiones y en beneficio de quién— son exigibles a todo el ámbito de la reproducción asistida. Normalizar la estimulación ovárica como solución institucional, sea para prolongar una carrera deportiva o para abastecer un mercado, legitima un modelo que trata la capacidad reproductiva de las mujeres como un recurso disponible.

No es la primera vez que se plantea este debate. Cuando las grandes tecnológicas empezaron a pagar la congelación de óvulos a sus empleadas, la bioética feminista ya advirtió de que este tipo de beneficios puede confinar la autonomía reproductiva de las mujeres en vez de ampliarla, al ofrecer una solución médica individual donde el problema real es un entorno laboral que no se adapta a la maternidad [12].

Lo llamativo es lo que no se exige en paralelo. Desde 2021, la FIFA garantiza catorce semanas de baja de maternidad remunerada, prohíbe condicionar un contrato a una prueba de embarazo y presume discriminatoria la rescisión de un contrato durante el embarazo o la baja, salvo que el club pruebe lo contrario [13] [14]. En España, ~~la~~ Ley 39/2022, del Deporte, declara nulas de pleno derecho las cláusulas contractuales que permitan o favorezcan la rescisión unilateral del contrato de una deportista por razón de embarazo o maternidad (art. 4.2), y obliga a las federaciones deportivas españolas y a las ligas profesionales a adoptar un plan de conciliación que incluya medidas de protección de la maternidad y la lactancia, sujeto a la aprobación del Consejo Superior de Deportes (art. 4.7) [15]. Son garantías mínimas y aún insuficientes: FIFPRO reclama la prórroga automática de los contratos que caducan durante el embarazo o la baja en todas las federaciones [13]. El acuerdo de la RFEF, tal como se ha presentado, no se vincula a ninguna de ellas: ni cláusulas explícitas de no perjuicio por embarazo, ni ampliación de la baja, ni garantías frente a un riesgo muy concreto, que el estatus reproductivo de una jugadora —haber congelado óvulos, estar embarazada, querer serlo pronto— se convierta en un criterio, explícito o tácito, para ficharla o renovarla.

Ese riesgo tiene nombre: presión reproductiva encubierta de libre elección. Cuando quien financia y diseña el tratamiento es la misma institución que decide sobre el contrato de la jugadora, la asimetría de poder convierte una opción médica en una herramienta de control sobre cuándo, y si, una mujer puede ser madre [12]. La discriminación no necesita una cláusula escrita para existir: basta con que el calendario reproductivo de una jugadora pese, en una renovación o en una convocatoria. Eso es discriminación por razón de género, aunque se presente como libre elección. Lo que sucedió en el ámbito laboral, ahora se traslada al deporte de élite sin ningún debate previo sobre sus implicaciones de género ni sobre su impacto en la salud.

El GT GEyDIS no cuestiona el derecho de cada jugadora a decidir, con información completa e independiente, si quiere someterse a este procedimiento. Cuestiona que se presente como una medida de igualdad lo que, sin garantías, consolida una discriminación estructural por razón de género y medicaliza un problema de salud pública.

Por ello exige a la RFEF, a los clubes, a la FIFA y al Consejo Superior de Deportes:

- Consentimiento informado y asesoramiento médico independientes del club o la federación que paga el tratamiento, con información clara sobre riesgos, tasas reales de éxito y de uso, y alternativas.
- Cláusulas contractuales explícitas de no discriminación por embarazo, por planes reproductivos o por haberse sometido —o no— a la congelación de óvulos, en la firma y en la renovación de contratos, en cumplimiento efectivo de la legislación vigente.
- Más baja de maternidad remunerada, al igual que cualquier otra mujer en España, cuyo permiso de maternidad -hoy llamado *permiso por nacimiento y cuidado de menor*- tiene una duración total de 19 semanas, con 6 semanas obligatorias tras el parto y 13 semanas flexibles, según el Estatuto de los Trabajadores– y la Seguridad Social. Además de la prórroga automática de los contratos que caduquen durante el embarazo o la baja, por encima del mínimo de la FIFA.
- Transparencia sobre quién financia el programa, en qué condiciones se accede a él y qué pasa con los óvulos si la jugadora cambia de club, se retira o decide no usarlos.
- Evaluación independiente del impacto de género y en salud de la medida, con indicadores desagregados —acceso, uso, efectos adversos y trayectorias contractuales de las jugadoras— y publicación de los resultados, que detecte además si el estatus reproductivo se está usando como criterio de contratación.
- Extensión de las garantías de protección de la maternidad a todas las futbolistas, no solo a las internacionales, para no generar nuevas desigualdades dentro del fútbol femenino.
- Prioridad a los cambios estructurales —calendario, cargas de trabajo, duración de contratos, corresponsabilidad, itinerarios de reincorporación— frente a soluciones que trasladan al cuerpo de las jugadoras un conflicto organizativo.

Otros deportes ya muestran que es posible hacerlo mejor: la protección de ranking que introdujo la WTA en 2025 para las tenistas que se someten a procedimientos de preservación de la fertilidad [~~15~~16] prueba que estas políticas pueden diseñarse junto a garantías reales para la carrera deportiva. La pregunta no es si una medida amplía técnicamente una opción, sino a quién beneficia y qué deja sin resolver. Y, con perspectiva de género y de salud pública, esa pregunta no puede responderse mirando solo el cuerpo de las jugadoras: hay que mirar quién construye el problema y quién carga con la solución. La igualdad no se alcanza adaptando el cuerpo de las mujeres a un sistema diseñado por y para hombres, sino transformando ese sistema.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

**Referencias**


1. Regidor R. CCOO carga contra la congelación de óvulos para futbolistas: «Es una medida empresarial». The Objective [Internet]. 3 sep 2026 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://theobjective.com/deportes/futbol/2026-09-03/ccoo-congelacion-ovulos-futbolistas/
2. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, núm. 71, de 23 de marzo de 2007, art. 8 [citado 21 oct 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con
3. Trendencias. Las futbolistas españolas podrán congelar sus óvulos. Ana Peleteiro explica por qué no es necesariamente una buena noticia. Trendencias [Internet]. 2 sep 2026 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://www.trendencias.com/feminismo/futbolistas-espanolas-podran-congelar-sus-ovulos-ana-peleteiro-explica-que-no-necesariamente-buena-noticia
4. FIFPRO World Players' Union. Maternidad y prestación parental [Internet]. Hoofddorp: FIFPRO; [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://fifpro.org/es/apoyar-a-los-y-las-futbolistas/condiciones-de-empleo/maternidad-y-prestacion-parental
5. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14(1):32–38. doi:10.1093/ije/14.1.32. PMID: 3872850.
6. Guideline Group on Ovarian Stimulation. ESHRE guideline: ovarian stimulation for IVF/ICSI: an update in 2025. Hum Reprod. 2026;41(4):498–514. doi:10.1093/humrep/deag018. PMID: 41732035. Guía completa e información para pacientes disponibles en: https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Ovarian-Stimulation-in-IVF-ICSI [citado 3 nov 2026]
7. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evidence-based outcomes after oocyte cryopreservation for donor oocyte in vitro fertilization and planned oocyte cryopreservation: a guideline. Fertil Steril. 2021;116(1):36–47. PMID: 34148587.
8. Kakkar P, Geary J, Stockburger T, Kaffel A, Kopeika J, El-Toukhy T. Outcomes of social egg freezing: a cohort study and a comprehensive literature review. J Clin Med. 2023;12(13):4182. doi:10.3390/jcm12134182. PMID: 37445218.
9. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Planned oocyte cryopreservation to preserve future reproductive potential: an Ethics Committee opinion. Fertil Steril. 2024. PMID: 38430080.
10. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, núm. 126, de 27 de mayo de 2006, art. 5.3 [citado 26 oct 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con
11. Pennings G, de Mouzon J, Shenfield F, Ferraretti AP, Mardesic T, Ruiz A, Goossens V. Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. Hum Reprod. 2014;29(5):1076–1089. doi:10.1093/humrep/deu048. PMID: 24626802.
12. Mertes H. Does company-sponsored egg freezing promote or confine women's reproductive autonomy? J Assist Reprod Genet. 2015;32(8):1205–1209. doi:10.1007/s10815-015-0500-8. PMID: 26003658.
13. FIFPRO World Players' Union. Perspectiva FIFPRO sobre el nuevo reglamento FIFA para las condiciones laborales del fútbol femenino. FIFPRO [Internet]. 2024 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://fifpro.org/es/apoyar-a-los-y-las-futbolistas/condiciones-de-empleo/maternidad-y-prestacion-parental/perspectiva-fifpro-sobre-el-nuevo-reglamento-fifa-para-las-condiciones-laborales-del-futbol-femenino
14. Artículo14. Baja maternal e indemnización por despido tras dar a luz: las nuevas reglas de la FIFA. Artículo14 [Internet]. 3 jun 2024 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://www.articulo14.es/deportes/medidas-de-la-fifa-para-jugadoras-y-entrenadoras-20240603.html
15. Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte. Boletín Oficial del Estado, núm. 314, de 31 de diciembre de 2022, arts. 4.2 y 4.7 [citado 21 oct 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2022/12/30/39/con
16. Women's Tennis Association. La WTA presenta una regla innovadora de protección de ranking en caso de tratamientos de fertilidad. WTA [Internet]. 11 jun 2025 [citado 7 sep 2026]. Disponible en: https://www.wtatennis.com/es/news/4283277/la-wta-presenta-una-regla-innovadora-de-proteccion-de-ranking-en-caso-de-tratamientos-de-fertilidad