

Reproducción asistida y “sabor local”: contexto y mujer en Latinoamérica

Florencia Luna

El objetivo de este trabajo es mostrar las relaciones que existen entre diferentes tipos de problemas y el peso que tiene el contexto local. En diversos ámbitos se considera que hay problemas específicos para países específicos. Efectivamente, se puede hacer una distinción entre diferentes tipos de cuestiones en las que trabaja la bioética. Sin embargo, la división de problemas por países resulta controvertida.

¿De qué manera entonces debe jugar el contexto a la hora de evaluar la reproducción asistida? El contexto debe permitirnos tener una mirada más abarcadora. En este sentido, se señalarán elementos relevantes (criterios para establecer límites, importancia de los embriones), y se destacarán, especialmente, la presencia de la infertilidad secundaria en la región, sus causas y los efectos de la doble moral. A la luz de esta situación, se defenderá la importancia de considerar las técnicas de reproducción asistida como parte integrante de la salud reproductiva, en la cual prime una actitud totalizadora y una perspectiva de género.



Florencia Luna

Doctora en Filosofía (UBA).
Investigadora Adjunta del
CONICET . Docente de la UBA.
Coordinadora del Área de Bioética
de FLACSO. Vice-presidenta de la
International Association of
Bioethics (IAB). Consejera
Temporaria de la Organización
Mundial de la Salud (OMS) y del
Council for International
Organizations of Medical Sciences
(CIOMS)

Unitermos: Contexto local, reproducción asistida, infertilidad secundaria, salud reproductiva, embriones, criopreservación de embriones, diagnósticos preimplantatorios.

INTRODUÇÃO

En diversos ámbitos de la bioética, se considera que hay problemas específicos para países específicos. Así, se señala que los países industrializados deben preocuparse por los “avances de la ciencia”, por ejemplo el uso de células madres o de embriones en investigación; mientras que los denominados países en vías de desarrollo deben estudiar problemas de distribución de recursos o la falta de respeto de ciertos derechos básicos. Se señala que cada uno de estos corresponde con la “realidad” de tales países.

Efectivamente, se puede hacer una distinción entre diferentes tipos de cuestiones en las que trabaja la bioética.

Sin embargo, la división de problemas por países resulta controvertida. En un artículo que publicamos con Arleen L.F.Salles en 1996 en la revista *Perspectivas Bioéticas* (1) señalamos la existencia de estos dos tipos de asuntos. Y los denominamos como “problemas *sexies*” y “problemas aburridos” (2).

Un primer tipo de problemas corresponde, por ejemplo, a las técnicas de reproducción asistida, el proyecto genoma humano o la clonación de embriones humanos. Son cuestiones que seducen, que inmediatamente atraen y llevan a una toma de decisión a favor o en contra. Tienen una especial conexión con la ciencia, la tecnología y sus últimos adelantos. Están inmersas en el hechizo de las realizaciones científicas: de un lado, generan fascinación y curiosidad y, del otro, asustan. No sucede lo mismo con el segundo tipo de problemas. Éste encuadra cuestiones tales como la relación médico-paciente, los comités y los códigos de ética, la noción y práctica del consentimiento informado, el respeto a los derechos reproductivos o la distribución de recursos. Son problemas “aburridos”. Se trata de planteamientos comunes, no rimbombantes, problemas que se presentan a diario, como lo es la falta de camas para atender a una persona o un médico que engaña o no al dar el diagnóstico a su paciente. Estos son problemas que están alejados de la ciencia y representan la vulnerabilidad de las relaciones humanas, las dificultades para mejorarlas, las fragilidades humanas. Nos muestran el flanco débil del ser humano y nos enfrentan con nuestros límites.

Como se intentará mostrar en este trabajo, lo más cuestionable de este tipo de propuesta no es la distinción entre problemas, sino identificar cada conjunto de problemas con el grado de desarrollo de ciertos países, así como negar que existen fuertes interacciones entre ellos.

Un primer punto a considerar es que no es cierto que los desarrollos tecnológicos no tengan impacto en países en vías de desarrollo. La tecnología no reconoce fronteras y sus desarrollos son rápidamente adoptados por todo el mundo. Un claro ejemplo de esto se puede encontrar en las tecnologías de reproducción asistida. Por ejemplo, el ICSI (*Intracytoplasmic sperm injection*) fue exportado a Latinoamérica en sólo tres años. Por lo tanto, pensar que nuestros países están exentos de ciertas problemáticas tecno-científicas es ilusorio.

Aún si se concediera tal división de problemas por países, y se concediera que los países que desarrollan la tecnología son aquellos que deben brindar pautas éticas, la propuesta falla porque la respuesta de determinados países no es aplicable a otros. Así, la respuesta e implementación que se brinda en EEUU o Europa al problema de las tecnologías de reproducción asistida difieren de las de otras sociedades. Es imposible “transplantarlos asépticamente”. En este sentido, tanto problemas “*sexies*” como “aburridos” deben estudiarse a la luz del contexto en el que se insertan y los problemas que allí surgen.

En este trabajo, entonces, me propongo analizar la influencia sutil del contexto social a

la hora de *implementar* las nuevas técnicas de reproducción asistida (3). Supondré que la justificación moral de estas técnicas ya ha sido dada.

Mi objetivo es mostrar la interrelación entre problemas “sexies” y “aburridos” para evaluar las consecuencias que esto tiene en nuestras sociedades. Tendré, particularmente en cuenta la prevalencia de la infertilidad secundaria en la región y sus principales causas. A la luz de esta situación, defenderé la importancia de considerar las técnicas de reproducción asistida como parte integrante de la salud reproductiva, en la cual prime una actitud totalizadora y de respeto hacia la mujer.

Contexto

Esta propuesta toma como marco de referencia la experiencia de la autora en Argentina, aunque gran parte de lo que aquí se presenta es válido para varios de los países de Latinoamérica.

Sin embargo, se debe comenzar con una aclaración y advertencia. América Latina abarca una amplia variedad de países que difieren en diversos sentidos, desde el tamaño y los recursos naturales que poseen (considérese la situación de Brasil y Uruguay) hasta la configuración de su población (con mayoría indígena, con una gran influencia de población africana y origen multi-étnico o principalmente con inmigración europea). Éstas son diferencias que determinan cada cultura e

influyen en las concepciones de fertilidad e infertilidad. América Latina no constituye una región homogénea. Así pues, las generalizaciones que se formulen en este trabajo deben considerarse sujetas a estos límites.

Por otro lado, algunos aspectos relevantes son compartidos por estos países: la amplia brecha que existe entre aquéllos sin recursos y los sectores medios o altos de la población, así como una fuerte presencia de la religión católica. Aunque la Iglesia varíe de un país a otro, la religión ha tenido siempre una fuerte influencia en los temas relacionados con la reproducción. Y, como se verá, las tecnologías de reproducción asistida no son una excepción.

Secreto y embriones a transferir

Antes de comenzar con los problemas de mayor impacto local, es importante señalar que existe una gran cantidad de puntos en la implementación de estas técnicas que todavía son discutibles y que tienen suma relevancia. Sólo me detendré en dos de ellos con el objetivo de exhibir algunos de tales planteamientos.

Una primera cuestión es si se debe mantener el secreto en las técnicas que implican material genético heterólogo. Por ejemplo, cuando se utiliza semen, óvulos o embriones donados. Existe una tradición basada en el secreto y el silencio. “En países como Chile, menos del 10% de las parejas con bebés nacidos como resultado de las técnicas de reproducción asis-

tida desean expresar públicamente sus visiones de la tecnología que les permitió ser padres. Mas aún, *ninguna de las parejas que fueron padres con la asistencia de donantes de gametos les informó esto a sus hijos*" (4). Esto puede resultar problemático para el niño, no sólo por la inclusión del secreto en la familia, o por el descubrimiento inesperado del niño de cierta información que se le ha negado, sino también por posibles diferencias genéticas con sus padres (suponer o descartar ciertas enfermedades de base genética). Más aún, con el avance y popularización de los tests de ADN hasta resulta una actitud anacrónica que posiblemente deberá ser reconsiderada. Así existen varios países que cuestionan este tipo de política y favorecen la información veraz, rechazando el anonimato de los donantes. Mientras Suecia (1984), Austria (1992) y el Estado de Victoria en Australia (1995) adoptaron una legislación que permite el acceso a esta información, Noruega (1987) y España (1996) legislaron el anonimato (5).

Otro punto que genera fuertes controversias es la cantidad de embriones a transferir por ciclo. Mientras EEUU privilegia el éxito en el logro de embarazos y para ello sostiene la política de transferir alrededor de cuatro embriones por ciclo (6), obtiene con ello el altísimo índice del 38% de embarazos múltiples (7). Esto es analizado con horror por los especialistas europeos que abogan por la transferencia de uno o a lo sumo dos embriones dentro del marco de medicinas socializadas que proveen gratuitamente este tipo de procedimiento. Los porcentajes de embarazo múltiple son muy diferentes en cada

país. Característicamente son muy bajos en Europa del Norte, Australia y Nueva Zelandia y altos en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa del Sur y del Este. Los especialistas europeos no sólo apuntan a las dificultades de un embarazo múltiple, a la morbimortalidad neonatal (8) y a la crianza de dos o más bebés en sociedades en las que es muy difícil tener una infraestructura de ayuda mínima o cuando ésta es posible resulta sumamente cara. Sino que también consideran los costes económicos y sociales para el sistema de salud (9) y para las familias en los casos de nacimientos múltiples, de niños prematuros o con serios problemas de salud. Problemas relativamente frecuentes en los embarazos múltiples sobre todo a medida que aumenta la cantidad de bebés gestados.

Estos y otros cuestionamientos generan encendidas polémicas que forman parte del debate internacional. Los mismos conviven con otro tipo de problemas básicos que se vinculan todavía más directamente con el contexto local. Este contexto en algunas circunstancias produce respuestas adaptables que pueden resultar nocivas para algunos de sus miembros. Intentaré mostrar esto en los próximos apartados.

Los límites y sus criterios

En muchos países de Latinoamérica estas tecnologías casi no están reguladas. Esto hace que la práctica "de hecho" de los médicos que trabajan en reproducción asistida tenga mucho

peso. Se percibe una primera influencia del contexto en una posición, al menos pública, de autolimitación de las técnicas con el objetivo de evitar resquemores o críticas sociales.

Respecto de países con legislación el *Surveillance Study* de 1998, un estudio internacional sobre el estado del arte, sólo considera México y Brasil como los países de la región que efectivamente tienen este tipo de regulación. Sin embargo no es cierto que Brasil tenga legislación nacional, tal como lo señalan Guilhem y Machado do Prado. Actualmente en Brasil sólo hay resoluciones como la del Consejo Federal de Medicina y proyectos de ley (10). En dichos países las técnicas de reproducción asistida se ofrecen a matrimonios o a parejas estables y la criopreservación de embriones está permitida. En ambos la donación de esperma u ovocitos está permitida. En el caso de Brasil, se acepta el alquiler de vientres sólo si un pariente está dispuesto a someterse a dicho procedimiento. No se admite, en principio, la comercialización de este procedimiento. En este sentido, la posición de Brasil, es una de las más “abiertas” de la región. Costa Rica, al contrario, a través de una Enmienda Constitucional prohíbe todas las prácticas de la reproducción asistida *in vitro* y también la inseminación artificial con donante. Sólo permite la inseminación homóloga. Una de las técnicas más simples y menos eficaces. Los problemas de infertilidad deben ser muy leves para que esta técnica ofrezca buenos resultados lo cual genera “turismo reproductivo” fundamentalmente hacia Colombia.

Los países con una regulación de tipo “informal” (esto es, sin una regulación legal) sufren problemas diferentes. Al no haber una prohibición explícita, estas técnicas están permitidas; éste, por ejemplo, es el caso de Argentina y de la mayoría de los países de la región. Uno de los desafíos que enfrentan los médicos de estos países -en el nivel de la práctica privada- son dificultades relativas a la *imposición de límites*. ¿Cuáles son los límites en las intervenciones médicas? ¿Deben los médicos proveer las técnicas de reproducción asistida a mujeres solteras? Y ¿a las parejas de lesbianas u homosexuales? ¿La edad debe determinar el límite? ¿Las mujeres post-menopáusicas deben tener acceso a estas técnicas?

La falta de una ley que establezca los usos admitidos y los usos prohibidos de estas técnicas implica una presión para los “proveedores”, que deben tomar decisiones al respecto, sin una regla externa que fije los límites.

Y, más relevante aún, en sociedades en las cuales la Iglesia Católica ejerce una gran influencia, cualquier mínima intervención que se aleje de lo normalmente aceptado corre el riesgo de ser criticada. La Iglesia Católica está en contra de estas técnicas. Pero, incluso católicos que no son tan estrictos y aceptan estas nuevas técnicas, pueden llegar a tener problemas con algunos de sus procedimientos y con quienes sean los que las utilicen (por ejemplo, mujeres solteras, post-menopáusicas, etc.). Por lo tanto, los médicos tienen que “autorizar” estas prácticas, deben decidir lo que se debe hacer basándose en la consideración de cada

caso particular. En este contexto, la fuerte presencia de ciertas ideologías genera una actitud de auto-restricción en los médicos, los cuales desean ejercer su profesión sin perturbar el *status quo*. Establecer límites es una tarea difícil. Lo que se quiere destacar es que debido a la presión del contexto, esto no se realiza de manera racional, con criterios o razones claramente especificadas. En este sentido, existe una sutil influencia de la religión en los *límites que se presentan al acceso* que no se hace explícita.

“Mandatos y prácticas efectivas”

La religión generalmente se percibe como una barrera para ciertos usos de las tecnologías de reproducción asistida. Sin embargo, sólo las vertientes religiosas más conservadoras comparten esta concepción. Los representantes de esta posición extrema son los católicos apostólicos romanos practicantes que se oponen a cualquiera de estas técnicas por la artificialidad que implican (incluyendo el caso de la inseminación homóloga u heteróloga). Una de las razones que ofrecen es la inseparable conexión entre el significado unitivo y procreativo del matrimonio. A los católicos practicantes no les está permitido dissociar estos dos sentidos. Otro de los problemas que señalan las posiciones religiosas es la manipulación de embriones humanos. Estos son considerados personas (aunque potenciales) y por lo tanto se cuestiona la criopreservación, la pérdida de embriones durante los diferentes procesos y, sobre todo, el descarte de los mismos.

Parece una verdad de Perogrullo que la religión no debería ser un obstáculo para la práctica de las técnicas de reproducción asistida. Los religiosos, sin duda, deben seguir las enseñanzas y dogmas de su fe, pero esto no implica que todos los ciudadanos de un país deban regirse por tales mandatos. El problema surge cuando existe la presión de imponer el dogma religioso en la legislación de un país secular, como es el caso de los países de Latinoamérica (11). En este sentido, es comprensible que el modelo de prohibición total de Costa Rica genere aprensión. En el caso de Argentina, algunos proyectos de ley son tan restrictivos que habrían hecho imposible la implementación de estas técnicas.

En relación con este rechazo radical y absoluto de las técnicas de reproducción asistida es interesante señalar el amplio uso de un “doble standard moral”. Una cosa es lo que dice la religión y otra, lo que hace la gente. La gran mayoría de la población educada en el catolicismo (el 84.4% afirma ser católica) no sigue las enseñanzas del catolicismo. Este fenómeno no sólo se observa en el caso de las tecnologías de reproducción asistida; las actitudes son las mismas con respecto a la anticoncepción y el aborto. Por ejemplo, en Argentina, la legislación sobre el aborto es muy restrictiva. No se acepta el aborto por serios problemas genéticos, ni en la mayoría de los casos de violación (12). A pesar de ello constantemente se realizan abortos ilegales. En Argentina, se llevan a cabo entre 350.000 y 500.000 abortos por año. Proporcionalmente, este país quintuplica la cantidad de abortos que se realizan en

Francia, en donde la práctica está ampliamente legalizada y se provee una adecuada educación sexual a la población.

Con respecto a las técnicas de reproducción asistida, la situación parece ser la misma. El Dr. Zegers-Hochschild señala lo siguiente:

“Instrucciones específicas dirigidas a legisladores, agentes de salud y pacientes que contienen éstas y otras directivas (las enseñanzas de la Iglesia Católica) han sido ampliamente disseminadas. Sin embargo, es difícil entender cómo la anticoncepción, la inseminación artificial con donación de esperma y la reproducción asistida constituyen prácticas tan ampliamente realizadas en Latinoamérica. Durante 1995, 7000 ciclos de reproducción asistida que incluyen 351 ciclos con ovocitos donados se practicaron en 59 centros latinoamericanos” (13).

En el año 2000 se incrementó el número de centros registrados en Latinoamérica a 95. Podría pensarse, entonces, que la solución a la presión ideológica está dada por el ejercicio de esta doble moral. Pareciera que si bien hay una supuesta condena social, ciertas técnicas reproductivas se practican sin mayores problemas. Sin embargo esta respuesta es engañosa.

Doble moral y esterilidad secundaria

La condena social y ciertas ideologías influyen en la práctica e implementación de estas técnicas.

cas. Aceptar o promover una doble moral tiene efectos nefastos en la salud reproductiva en general y en la reproducción asistida en particular. Tal es el caso de la infertilidad secundaria. En esta sección intentaré mostrar ciertas cuestiones básicas que habitualmente se pasan por alto al analizar la implementación de las técnicas de reproducción asistida.

En primer lugar, la falta de una adecuada educación y provisión de técnicas anticonceptivas tiene como consecuencia una gran cantidad de embarazos no deseados y abortos ilegales. Particularmente preocupante es la cantidad de embarazos adolescentes o madres-niñas. Y en algunos países como Brasil, se suma a lo anterior, la sesgada difusión de las ligaduras tubarias muy precoces, que luego generan la necesidad de tratamientos para superar la infertilidad.

En segundo lugar, debe considerarse la gran cantidad de abortos ilegales realizados en muy malas condiciones con serias consecuencias para la salud de las mujeres. Por ejemplo, en la Argentina, el 40% de las camas de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos están ocupados por las complicaciones de tales abortos. En México, se calcula que 600.000 mujeres requieren hospitalización por esta causa. En América Latina se estima que se realizan 4 millones de abortos clandestinos por año (14). Tampoco deben olvidarse las altas tasas de mortalidad materna relacionadas directamente con esta causa. Finalmente, y con relación al tema que nos concierne, tales abortos en malas condiciones no resultan un

hecho aislado e independiente, constituyen gran parte de las causas de los problemas de infertilidad en la región.

En tercer lugar, la falta de educación sexual y prevención conlleva también a una gran cantidad de enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de enfermedad es una de las causas más importantes de la infertilidad secundaria. Este es el caso de la gonorrea no tratada. La investigadora María Yolanda Makuch cita un estudio brasileño en el cual el 42% de las mujeres que se consultan por infertilidad padecen de obstrucción tubaria debido a infecciones del tracto reproductivo (15).

Sumado a esto hay que contabilizar también los tabúes, los problemas ideológicos así como los escasos recursos del sistema de salud público implican una mala atención de la salud y complicaciones posteriores que repercuten en serios problemas de infertilidad. Makuch describe los problemas de información inadecuada en el área de las enfermedades de transmisión sexual. En su estudio señala que las mujeres entrevistadas eran incapaces de entender la relación que existe entre las infecciones del tracto reproductivo previas y su infertilidad tubaria presente. Y todavía peor, había coincidencias cuando se comparaba la información que recordaban las mujeres con la que los médicos reportaban haber provisto (16). Esto sugiere que los mismos médicos no brindaban la información relevante.

Este tipo de infertilidad no es el prevalente en los países industrializados. Nótese que tanto

América Latina como África comparten altos índices de infertilidad secundaria, a diferencia de Europa y Estados Unidos. Mientras éstos últimos tienen sólo un 24% de infertilidad secundaria, en África corresponde a un 55% y en Latinoamérica a un 40% (17). Indudablemente las causas de este tipo de infertilidad están relacionadas con la falta de recursos y la falta de respeto del derecho a la salud reproductiva.

Así pues, la solución no se encuentra en una doble moral. Aun si dejamos de lado el inviolable respeto por las decisiones informadas de las mujeres y las parejas respecto de cuando concebir un hijo; las prácticas actuales de “supervivencia” tienen altos costes en la vida y salud de nuestras mujeres, altos costes en el sistema de salud público y en la sociedad en general.

La falta de conciencia de este tipo de problemas y su interrelación con la reproducción asistida creo que surge a raíz de una mirada que desconoce el contexto y se obnubila con los aspectos científicos y tecnológicos a incorporar. Nótese como situaciones que, a primera vista, parecen alejadas, como es una adecuada educación y salud reproductiva inciden en los problemas de la reproducción asistida. Y, como nuevamente la resolución y respuesta a uno de los “problemas aburridos” (la salud reproductiva) tiene incidencia en los “problemas *sexies*” (las técnicas de reproducción asistida). En este sentido, creo que se puede comenzar a ver más claramente de qué manera estos problemas están íntimamente relacionados y que si efec-

tivamente se desean lograr modificaciones de base, éstas no dependerán únicamente de implementar sofisticadas técnicas, sino de prevenir, respetar, educar y cuidar la salud reproductiva.

Embriones y personas

A partir de aquí querría señalar ciertos puntos que aparecen específicamente en la implementación de las técnicas de reproducción asistida. Así como en el apartado anterior se destacaba la falta de respeto a las mujeres y sus parejas en sus decisiones reproductivas al no dar una adecuada educación, así como métodos efectivos para ejercer estos actos. Ahora querría centrarme en otro aspecto íntimamente relacionado y éste es el estatus que se brinda a los embriones en la región. Un elemento que no se debe pasar por alto es la importancia que se otorga a los embriones, muchas veces en detrimento de las mismas mujeres. Esta “prioridad” de los embriones está sutilmente presente en algunas actitudes, en la terminología utilizada y en ciertas prácticas que determinan y limitan disimuladamente las opciones que pueden ofrecerse a una mujer o a una pareja. Tomaré como ejemplo cuatro actitudes y prácticas que ponen esto de manifiesto y que se ha planteado en centros de reproducción asistida en Argentina:

- el rechazo a criopreservar embriones cuando no existe ninguna ley que lo prohíba;
- la obligación de donar embriones;

- la terminología que se utiliza: “adopción prenatal”;
- y la paradoja de introducir el diagnóstico genético prenatal cuando no se acepta el descarte de embriones.

Las primeras cuestiones están relacionadas con posibles límites o daños del bienestar de las mujeres para proteger a los embriones.

Para evaluar el primer punto es necesario aclarar la lógica del procedimiento. Las técnicas más complejas como el *in vitro* o el ICSI necesitan fertilizar los óvulos *ex útero* para luego transferirlos a la mujer. Este proceso involucra una hiperestimulación hormonal (estimulación ovárica controlada) con el fin de obtener a través de una laparoscopia o una técnica vaginal varios óvulos con los que luego se crearán embriones. Para evitar someter a la mujer a este proceso se incorporó la técnica de criopreservación por la cual se “congelan” los embriones (los óvulos resultan muy lábiles y todavía no se maneja adecuadamente el proceso de criopreservación). De esta manera se seleccionan los mejores embriones y se los transfiere a la mujer. Como se señalaba, la tendencia europea actual es limitar la cantidad de embriones a transferir debido a los altos porcentajes y los serios problemas de embarazos múltiples. Así actualmente se está proponiendo transferir uno o dos embriones. Hay que tener en cuenta que el éxito de estas técnicas no es alto y que frecuentemente hay que repetir el proceso durante varios ciclos para lograr el embarazo.

A pesar de que existe consenso acerca de la importancia y los beneficios de la criopreservación, los centros argentinos dedicados a la fertilidad se plantean límites en la cantidad de embriones que se congelan. Existe una tendencia según la cual los centros están criopreservando cada vez menos embriones con el objeto de tener menos embriones y evitar problemas con el *status quo*. Esto tiene como consecuencia que las mujeres deban someterse más frecuentemente a tratamientos de hiperestimulación con hormonas y medicamentos, con los inconvenientes y daños que ello implica. Los cuales si bien no son sumamente frecuentes, son lo suficientemente severos como para evitarlos cuanto sea posible. Este es el caso del Síndrome de hiperestimulación ovárica así como el posible aumento del riesgo de cáncer de ovario (18).

Una segunda cuestión es que en general en Latinoamérica, a diferencia de la mayoría de los países industrializados, no se ofrece la posibilidad de descartar los embriones supernumerarios. La única alternativa disponible en los centros argentinos – cuando una persona no quiere utilizar los embriones restantes – es la de donarlos a otra pareja. De modo que esta “donación inducida” prácticamente es una obligación, que puede acarrear serios daños psicológicos. Y puede resultar especialmente dolorosa en el caso en que la donante no pueda quedar embarazada.

Una tercera consideración surge con esta práctica de la “donación de embriones” y su actual denominación: “adopción prenatal”. La termi-

nología tiene mucho peso, implica una determinada manera de interpretar los hechos. La expresión “adopción prenatal” es engañosa y conlleva la idea de una “adopción real”. No se trata de un término neutral, menos aún en una región en la que el embrión muchas veces está más protegido que la mujer. Con esta denominación, los embriones son tratados como “huérfanos”, analogía que conduce a ciertas paradojas: si le concediéramos a los embriones la condición de personas, el proceso de criopreservación resultaría, por lo menos, extraño – ¿cómo podríamos congelar personas? Es más, la fertilización *in vitro* podría ser vista como una masacre, debido a la pérdida de embriones cuando se los transfiera al útero de la mujer; y la misma práctica de “darlos en adopción” (con la evidente intención de protegerlos) podría implicar su muerte o destrucción por las posibles pérdidas y las dificultades en la implantación. De modo que esta terminología resulta muy problemática y debería ser abandonada.

Un último problema está relacionado con el estado de salud del embrión y la prohibición del aborto. Mientras que la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad estimulan el control de enfermedades graves que pudieran significar una amenaza para la salud del niño, gran parte de los países de Latinoamérica no acepta la eliminación de los embriones sobrantes ni la práctica del aborto. Brasil, en este sentido, es la excepción (19).

Los países que no permiten descartar embriones, incluso en el caso de anomalías genéti-

cas, enfrentan otra paradoja y ése es el caso de Chile y Argentina. Aún en el caso en que los embriones hayan sido investigados y se haya probado que poseen serios problemas genéticos, igualmente deberían ser transferidos (porque no pueden ser descartados). Los centros informan que no descartan embriones. De modo que esto conduciría a la “pesadilla” de que una mujer deba aceptar la transferencia del embrión y llevar adelante un embarazo con el conocimiento de que su futuro hijo padecerá una grave enfermedad, que incluso podría ser fatal.

Por consiguiente, o se prohíbe el diagnóstico genético preimplantatorio – lo cual puede resultar penoso para la pareja y la futura descendencia, especialmente si están siguiendo este procedimiento para evitar la transmisión de una enfermedad genética – o bien se permite su realización, junto con la posibilidad de descartar los embriones con problemas genéticos. Sin embargo, la mayoría de los centros de fertilidad niegan que ofrecen esta última opción -lo cual constituye otro ejemplo de hipocresía y doble standard y supone un daño para la pareja o la descendencia, debido al estatus que se le da al embrión.

Los casos mencionados muestran como sutilmente se privilegia el bienestar de embriones por encima de las mujeres y sus parejas. Algunas de estas prácticas pueden incrementar el riesgo de la salud de las mujeres, pueden dañarlas psicológicamente, fomentar malentendidos o limitar la posibilidad de gestar hijos sanos a parejas con problemas genéticos.

Un problema de salud reproductiva

A la luz de lo que se estuvo examinando, vale la pena finalizar este análisis reflexionando sobre la estructura de atención en la cual se insertan estas técnicas.

Generalmente se piensa que se trata de un problema que únicamente atañe a las clases sociales medias y altas, a mujeres profesionales que dilatan la formación de una familia. Éste es el modelo predominante en las sociedades industriales. Sin embargo, como ya se mencionara, en Latinoamérica tiene fuerte prevalencia lo que se denomina “esterilidad secundaria”. Este tipo de esterilidad, por el contrario, no está asociado a las clases pudientes sino a aquellas carentes.

¿Qué implica esto? Que la población que puede necesitar estas técnicas es muy diferente de la que mayoritariamente se encuentra en los países industriales y que el modelo de atención a trazar debería ser distinta. Como se ha señalado, existen serios problemas de educación y falta de atención de la salud reproductiva que llaman a una política de prevención previa. Es necesario combatir ese 40% de infertilidad secundaria y esto se puede lograr, en gran parte, con una adecuada prevención. En este sentido no se puede pensar únicamente en imitar clínicas sumamente sofisticadas. El tipo de respuesta que debe ofrecerse en Latinoamérica debe ser más amplio; debe comenzar con una adecuada prevención de las enfermedades de transmisión sexual y en una adecuada educación sexual para evitar la gran

cantidad de abortos ilegales y sus complicaciones; debería también ampliar el rango de abortos legalmente permitidos, como mínimo, a aquellos que implican graves enfermedades genéticas o malformaciones, si efectivamente se va a permitir incorporar diagnósticos preimplantatorios.

Este acercamiento al tema aboga por un enfoque abarcador que incluya la prevención de la infertilidad para evitar mayores perjuicios a las mujeres pobres que ya están excluidas de todo tipo de tratamiento. Esta concepción tiene en cuenta los costes de los procedimientos, la falta de recursos en la región y el porcentaje de esterilidad que surge de la falta de servicios o la atención insuficiente en el área de la salud reproductiva. Si volvemos a nuestro planteamiento inicial podemos ver como la resolución de los problemas “sexies” involucra tener seriamente en cuenta como se interrelacionan con los problemas aburridos recién mencionados.

Pero, fundamentalmente esta propuesta significa un compromiso con una respuesta comprensiva: considerar las tecnologías de reproducción asistida en Latinoamérica como un

tema completamente diferente de la salud reproductiva básica parece continuar con un modelo esquizofrénico. Si se niega el servicio de anticoncepción, si las enfermedades de transmisión sexual de mujeres y hombres no se curan adecuadamente, si los embriones son objeto de adoración, si se rechazan los abortos por serios motivos genéticos y sólo nos centramos en proveer las últimas tecnologías de reproducción asistida estamos perdiendo de vista un punto importante. Las tecnologías de reproducción asistida no pueden conceptualizarse como procedimientos asépticos, independientes del contexto en el que se insertan. Se presentan como un esfuerzo científico, sin embargo rápidamente se puede percibir como se adaptan para evitar la presión que implican ciertas ideologías o como hay una búsqueda de eufemismos para evitar críticas pseudo morales o religiosas y preservar el “*status quo*”. No es saludable mantener semejante postura hipócrita. En este sentido considero que aquellos o aquellas que trabajan en reproducción asistida deberían proponer un acercamiento amplio e integral a las tecnologías de reproducción asistida, con un fuerte compromiso con la salud reproductiva de mujeres y hombres como cuestión prioritaria.

ABSTRACT

Assisted reproduction and "local flavor": women and context in Latin America

The purpose of this article is to show the relations among different kinds of problems, and the importance of the local context. The existence of problems specific to certain countries is acknowledged in several fields. However, the division of problems according to countries is controversial.

What is then the role of the context when assisted reproduction has to be assessed? Context should allow us a wider view. In this sense, criteria for setting limits and role of embryos will be pointed out as relevant; but secondary infertility in the region, its causes, and the consequences of a double morality will be specially emphasized. Considering this situation, I will defend the importance of implementing assisted reproduction techniques as part of reproductive health with a broad gender perspective.

RESUMO COMENTADO

Júlio César Meirelles Gomes
Editor adjunto

Reprodução assistida e "sabor local": contexto e mulher na América Latina

O ensaio sobre reprodução assistida (RA) subscrito pela doutora em Filosofia, Florencia Luna, vice-presidente da Associação Internacional de Bioética, objetiva mostrar diferenças nacionais na estratégia e nas normas que envolvem esta competência no âmbito da América Latina; busca também, no bojo de sua reflexão, elementos ou subsídios éticos para conceituar e universalizar a questão, mas, sobretudo, chamar a atenção para “as técnicas de RA como parte integrante da saúde reprodutiva no âmbito das políticas de saúde e atenção à mulher”.

A autora divide as questões sobre RA em dois tipos básicos: “sexies”, como um grupo de questões técnicas, do tipo projeto genoma, clonagem, etc., e “aburridos”, como conjunto de circunstâncias que envolvem a RA, tipo relação M/P, alocação de recursos, normas éticas, consentimento esclarecido, etc. No entanto, considera que a questão essencial é identificar cada conjunto de problemas com o “grau de desenvolvimento, sem negar a existência de fortes interações entre os problemas”. Aqui mostra uma feição sociológica, panorâmica e comparativa sem perder de vista valores e princípios em cada grupo nacional. Consegue, com apuro e “sabor local”, analisar a influência sutil do contexto social na hora de implementar a RA; usa como referência seu país

de origem, a Argentina, embora demonstre um simpático conhecimento sobre o perfil epidemiológico de infecções ginecológicas, abortos, etc. no Brasil. Discute ainda, sobre assertivas bioéticas, a questão do segredo a respeito das técnicas de manipulação do material genético heterólogo, a informação aos filhos sobre a identidade dos pais biológicos, além de refletir sobre transferência de embriões (número, doação), rejeição e descarte.

Descreve o panorama latino-americano a respeito da tecnologia sobre RA, apontando para a regulamentação a título precário e anulação das diferenças legais. Entre os muitos fatores que interferem nas políticas de RA, aponta a influência da igreja católica, como pólo conservador, dificultando avanços na legislação, tal como ocorre com o aborto.

A infertilidade secundária é, na sua avaliação, um problema de relevo na América Latina que poderia ser evitado e excluído das indicações para RA. Cita como fonte de infertilidade as infecções ginecológicas ligadas ou não a abortos clandestinos, gestações indesejadas na adolescência e falta de educação sexual e de informações elementares sobre o uso do próprio

corpo – coisa típica do Terceiro Mundo, mistura exótica e complicada de cidadania curta e política de saúde desastrosa.

O artigo enfoca dificuldades normativas ou legais no manuseio de embriões, como, por exemplo:

Restrição a não-preservação de embriões,

Obrigação de doar embriões (excedentes),

Terminologia inadequada - "adoção pré-natal",

Contradição entre exigências de diagnóstico genético pré-natal e proibição de descarte.

Conclui a autora, com ênfase para a questão da justiça social em sociedades emergentes, que as técnicas de RA são muito importantes, senão mais, para o conjunto das mulheres de baixa renda, sem cidadania satisfatória; chama atenção para a necessidade de priorizar medidas e oferecer mais recursos para o controle das causas de infertilidade secundária e, principalmente, que o conjunto de técnicas ligadas à RA deve estar vinculado às políticas nacionais de saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. Luna F, Salles ALF. *Desvelando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía. Perspectivas Bioéticas en las Américas 1996;1(1):10-22.*
2. *Estos no surgen de una clasificación taxativa o exhaustiva, sino de ordenar dos tipos de características que se asocian con ellos.*
3. *Entenderé por éstas, las técnicas más simples de inseminación artificial (homólogas y heterólogas) y las más complejas como la fertilización in vitro y el ICSI.*
4. Zegers-Hoschchild F. *Cultural diversity in attitudes towards intervention in reproduction: Current advances in andrology.* In: Geoffrey MH, Waites J. *Proceedings of the 6th International Congress of Andrology. Italy: Monduzzi Editors, 1997:411-7.*
5. Luna F. *Assisted reproduction technology in Latin America: some ethical and socio-cultural issues. Meeting on Medical, Social and Ethical Aspects of Assisted Reproduction. Geneva: WHO, 2001. (en prensa).*
6. *No se trata de una política explícita ya que EEUU no tiene una regulación legal única al respecto.*
7. *Assisted reproductive technology in the United States: 1996 results generated from the American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology Registry. Fertility and Sterility 1999; 71:798-807.*
8. *Se trata de embarazos de alto riesgo, a los que se les suma luego nacimientos prematuros (con edad gestacional de menos de 37 semanas), de bajo peso, con una mayor mortalidad perinatal. Véase Bergh T, Ericson A, Hillensjo T, Nygren KG, Wennerholm UB, Deliveries and children born after in-vitro fertilization in Sweden 1982-95: a retrospective cohort study. The Lancet 1999;354:1579-85.*
9. *Es significativa la cantidad de días de internación hospitalaria que estos bebés requieren.*
10. *Lo cual parece un serio error del Surveillance Study. Para mayor detalles véase Guilhem D, Prado MM do. Bioética, legislação e tecnologias reprodutivas. Bioética 2001;9(2). (no prelo)*
11. *En la Argentina, hay una relación estrecha entre la Iglesia y el Estado, pero la Constitución sostiene la libertad religiosa. Algo semejante sucede en Bolivia, Perú y Colombia. Las Constituciones de Chile, Ecuador y México únicamente hablan de libertad de conciencia y Brasil y Uruguay proponen, directamente, un Estado laico. Véase CLADEM. Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.derechos.org/cladem/aborto>. Consultado em: 17 Jan 1999.*
12. *A pesar de que el Código Penal (artículo 86) admite tres excepciones: cuando corre riesgo la vida y la salud de la madre y este peligro no puede evitarse por otros medios, si el embarazo se debe a una violación o a un atentado al pudor de mujer demente; estas excepciones son interpretadas conservadoramente como dos: riesgo a la vida de la madre y violación de mujer demente. Y esta última es boicoteada por médicos y jueces. Véase Luna F. Commentary on reproductive biology and technology. In: Gorovitz L, Gallagher, Editors. Biomedical research ethics: updating International Guidelines. Geneva: CIOMS, 2000: 226-7.*

13. Zegers-Hoschchild F. *Op.cit.* 1997: 412.
14. Olivares C. Dilemas éticos de la interrupción del embarazo. In: Figueroa JG, *Compilador. Elementos para un análisis ético de la reproducción.* México: UNAM, 2001: 218-26 (véase p. p.225).
15. Fernandez MS, Bahamondes L. Incidência dos fatores etiológicos de esterilidade conjugal nos hospitais universitários de Campinas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 1996;18:29-36.
16. Makuch M, Botega N, Bahamondes L. *Physician-patient communication in the prevention of female reproductive tract infections: some limitations.* *Cadernos Saude Publica* 2000;16(1):249-53.
17. Cates W, Farley TM, Rowel PJ. *Worldwide patterns of infertility: is Africa different?* *The Lancet* 1985;2:596-8.
18. Nasca PC, Greenwald P, Chorost S, Richart R, Caputo T. *An epidemiologic case-control study of ovarian cancer and reproductive factors.* *Am J Epidemiology* 1984;119:705-13.
19. Véase el artículo de Guilhem D, Prado MM. *Op.cit.* 2001. (no prelo)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

E-mail: florluna@pccp.com.ar