



Revista de Bioética y Derecho
E-ISSN: 1886-5887
obd@pcb.ub.es
Universitat de Barcelona
España

LUNA, FLORENCIA
Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo
Revista de Bioética y Derecho, núm. 28, mayo, 2013, pp. 33-47
Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339731004>

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



ARTÍCULO

Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo¹

Infertility in Latin America. Looking for a new model¹

FLORENCIA LUNA *

1 Parte de este trabajo está basado en "Las paradojas de la reproducción asistida y el género. Dejando de lado fotografías anacrónicas" *Género y bioética*, eds. Casado M., Luna F. y Vázquez R. Editorial Fontamara y Suprema Corte de Justicia de la Nación, México. en prensa y en un proyecto de investigación para la Fundación Brocher.

* Dra. Florencia Luna. CONICET/FLACSO. bioetica@flacso.org.ar

Resumen

En este trabajo argumento que debería tomarse a la infertilidad como un problema de salud pública y analizo la situación de infertilidad en Latinoamérica. Sin embargo, no apoyo una extensión y copia del modelo privado de tratamiento al ámbito público. Argumento, en cambio, a favor de la necesidad de repensar el modelo de implementación de las técnicas de asistencia en la reproducción con una mirada diferente, que debería ser amplia e inclusiva. La infertilidad está directamente ligada a la salud de la mujer, por lo tanto un enfoque legítimo desde la salud pública, para Latinoamérica, debiera formar parte de una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las personas. Uno de mis objetivos es tener particularmente en cuenta el flagelo de la infertilidad secundaria en la región. Así, la nueva mirada desde la salud pública que defiendo implica hacerse cargo de la salud sexual y reproductiva de la mujer desde sus inicios, abarcando las diferentes etapas y problemas que ésta involucra, ya sea desde la adolescencia para evitar un embarazo no deseado (cuidarla para evitar enfermedades de transmisión sexual así como abortos inseguros); como en la juventud para lograr la maternidad y el hijo ansiado. También abordo el problema de la infertilidad desde una mirada ético- política. Pregunto por la falta de un planteo coherente y estratégico en Latinoamérica, sobre todo, desde el feminismo y desde posiciones progresistas.

Palabras clave: reproducción asistida, infertilidad secundaria, salud pública, Latinoamérica.

Abstract

In this article I consider the situation of infertility in Latin America and argue infertility should be considered a public health issue. However, I contest the copy of the private model of assisted reproductive technologies (ART) to the public health arena. I argue instead that we should rethink the implementation procedure and stand for a holistic and inclusive proposal.

My aim is to consider secondary infertility due to a lack of access to sexual health as well as the consequence of unsafe and illegal abortions whose prevalence is much higher than in Europe or the USA. This implies looking to infertility as part of our sexual and reproductive life. Thus beginning with prevention and care at adolescence where pregnancies might not be desired and continuing through all the reproductive life of the woman until the time when pregnancy and building a family might be the aim.

I also bring in a political analysis of the situation and ask why there is such a reluctance to endorse ART by feminists and progressive positions in Latin America.

Key words: assisted reproduction; secondary infertility, public health; Latin-American; feminism.

La infertilidad afecta hasta un 15% de las parejas en edad reproductiva en el mundo. Aun si se tiende a pensar que este es un problema de los países industrializados, el porcentaje más alto de este padecimiento puede encontrarse en países de ingresos bajos y medios. Existe la fantasía que en los países en desarrollo no hay mayores problemas de fertilidad. Las mujeres tienen muchos niños desde adolescentes. Además, se asocian estos países a una población joven y, en muchas ocasiones, se cuestiona su superpoblación. La infertilidad no parece ser un padecimiento habitual en tales regiones.

En contraposición a la infertilidad primaria², se denomina infertilidad secundaria a la infertilidad causada por enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales así como también a la falta de un buen tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del HIV y sepsis materna.³ Estudios demográficos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que más del 30% de las mujeres entre 25 y 49 años en el África Subsahariana sufre de infertilidad secundaria⁴.

A nivel mundial se puede atribuir el 38% de la infertilidad a ETS anteriores (cuando no son curadas adecuadamente). Después de un episodio de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)⁵ hay una probabilidad del 15% de infertilidad, luego de un segundo episodio de EPI ésta asciende a un 38% y después de una tercer episodio llega casi al 75%.

Respecto del aborto inseguro la OMS señala que causa hasta 5 millones de hospitalizaciones anuales a nivel mundial, es responsable aproximadamente de un 13% de las muertes maternas y causa infertilidad secundaria en cerca de 24 millones de mujeres. Un informe recientemente publicado en el Lancet⁶ señala que siguen aumentando los abortos inseguros en el mundo. Según este informe en los países con las leyes más restrictivas sobre aborto, la mayoría de esos procedimientos son inseguros: 97% de los abortos en África y 95% en América Latina son considerados inseguros. En contraposición a esto, en regiones en donde el aborto se permite con amplia tolerancia, casi todos los procedimientos (99%) fueron considerados seguros.⁷ Respecto del

2 Se habla de infertilidad primaria cuando la mujer luego de un año de relaciones sexuales continuas sin protección no logra quedar encinta.

3 Hay dos modos de entender el término “infertilidad secundaria”. El primero se refiere a mujeres que se embarazaron pero tuvieron abortos espontáneos, fallas para concebir después de un primer embarazo inicial. El segundo modo alude a la *infertilidad secundaria debido a secuelas por infecciones o abortos inseguros*. Véase Luna F. *Reproducción Asistida, Género y Derechos Humanos en Latinoamérica*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), San José, Costa Rica, 2008 (p.5).

4 Weiyuan Cui, Mother or nothing: the agony of infertility, Bull World Health Organization 2010; 88:881-882.

5 Por ejemplo la gonorrea o la clamidia sin tratamiento puede invadir el área pélvica, infectando el útero, las trompas de Falopio y los ovarios produciendo la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Ésta forma un tejido cicatrizal alrededor de los órganos pélvicos generando obstrucciones, distorsiones en las trompas de Falopio y por lo tanto el óvulo no puede entrar naturalmente al útero.

6 Este artículo (Sedgh, G et al, *Lancet*, 2012) fue publicado en febrero del 2012 y se trata de una de las revistas médicas médicas de mayor prestigio.

7 En el mundo desarrollado la cantidad de abortos se redujo de 36% en 1995 a 26% en 2008.

problema de fertilidad, el aborto inseguro provoca entre otras consecuencias: laceraciones del cuello uterino por uso de dilatadores lo cual genera una predisposición a abortos a repetición, perforación del útero, infecciones y obstrucciones de las trompas, endometriosis post abortem, etc... Como se puede observar el peso de las ETS mal curadas y las consecuencias de los abortos inseguros en la ocurrencia de la infertilidad es alarmante.

Otro dato que refuerza lo anterior, es el que surge respecto de los reportes de discapacidad global. La OMS identifica pautas de discapacidad diferentes según se trate de países de altos ingresos o de países de ingresos bajos o medios. En este último grupo, muchas más personas experimentan discapacidades asociadas con causas prevenibles. La OMS menciona dos: los accidentes o lesiones prevenibles y la infertilidad como discapacidad evitable. Aún más, el informe explicita que las causas de infertilidad por abortos inseguros y por sepsis materna es de 0.8 % en el grupo de los países industrializados versus el 32.5% en los otros países.⁸

Estas cifras muestran realidades completamente diferentes entre el denominado “Norte” y el “Sur”. Téngase en cuenta que la infertilidad es la quinta discapacidad más común en el mundo. Sin embargo, pese a lo contundente de estos datos en Latinoamérica, todavía no se reconoce que la infertilidad esté tan profundamente ligada a una baja calidad en el cuidado de la salud sexual y que tenga orígenes disímiles en diferentes tipos de países. Se debe pensar en estrategias distintas adaptadas a las necesidades regionales que tengan en cuenta la causa del problema. Un nuevo análisis desde la salud pública es particularmente relevante sobre todo cuando su ausencia puede generar situaciones inequitativas y evitables como las señaladas. En este trabajo revisaré la situación en Latinoamérica y abogaré por una modificación sustancial de la misma.

Una anacrónica fotografía histórica

Comenzaré evaluando una imagen que, a mi criterio, genera una especial forma de pensar la infertilidad, sus usuarias y sus posibles soluciones. Esta omnipresente y sesgada imagen impide una re evaluación adecuada de la implementación de estas técnicas en Latinoamérica.

Se trata de lo que denominaré la lógica de la “fotografía histórica”. Una suerte de visión que parece prevalecer en los tomadores de decisiones locales y en el público en general a la hora de reflexionar sobre esta cuestión. El diseño de las soluciones al problema de la infertilidad así como la forma de implementación de estas nuevas tecnologías parece basarse en una fotografía que se tomó al inicio de este tipo de tratamientos. Esto es, se toma como modelo a los países y a las circunstancias en los que se comenzó a utilizar tal asistencia en la reproducción y este modelo inicial se mantiene en el tiempo.

⁸ WHO, *World Report on Disability*, 2011, Geneva, p. 320.

Esta metáfora revela como en el imaginario popular se mantiene esta imagen que abarca no sólo al tipo de respuesta a brindar sino también al perfil de las usuarias de estos procedimientos. Efectivamente, originalmente estas técnicas fueron concebidas en los países industrializados para mujeres de clase media o alta. Esto explica por qué casi siempre se toma como referente a la mujer de clase media, educada y profesional que busca un embarazo a una edad tardía. Así en el imaginario social la asistencia en la reproducción constituye sólo un lujo para algunas mujeres, una opción para “egoístas” o auto-interesadas que postergaron la maternidad en pos de logros académicos o laborales y ahora –ya muy tarde- necesitan de costosas prácticas. Este es el modelo que se adopta al comienzo, que se exporta y permanece como central al pensar el problema de la infertilidad actual. Al hacer alusión a una fotografía histórica que se toma en un determinado momento y que tal como está se mantiene sin cambios, deseo subrayar la naturaleza rígida de su adopción⁹ y la distorsión que la misma implica.

Esta imagen o lógica resulta anacrónica en nuestros días. Como se acaba de señalar, hace ya varios años que hay datos respecto de la infertilidad secundaria, la situación de los países en desarrollo y del padecimiento que esto implica en culturas para las cuales la maternidad tiene un peso aún mayor que en países industrializados (téngase en cuenta que si bien la imposibilidad de un embarazo en una mujer profesional con logros económicos y educativos puede resultar muy doloroso, es todavía peor en los casos en los cuales las mujeres son casi únicamente valoradas por su fertilidad. Esto lamentablemente es muy habitual en muchos de estos países, puede implicar discriminación social, repudio por parte de los maridos, etc...¹⁰).

Así, en sus inicios, cuando se comienzan a realizar y publicitar estas prácticas, todavía no se conocen las cifras de la infertilidad secundaria en los países en desarrollo. Sin embargo, los datos que provee la OMS revelan que quienes padecen infertilidad son mujeres que ancestralmente han sido postergadas, cuya infertilidad podría haber sido evitada. Claramente la lógica de la fotografía histórica no abarca la amplitud ni el perfil epidemiológico actual, así como tampoco considera la inequidad que genera ni la prevalencia de este problema en los países en desarrollo.

Sin embargo, la imagen de la fotografía tomada en Europa en los 70 pareciera continuar siendo la lógica prevalente en Latinoamérica no sólo por parte del público en general sino también por parte de médicos, funcionarios públicos y sanitarios a la hora de pensar políticas públicas.

⁹ Esto no significa que los centros operen sin adoptar nuevas técnicas o avances científicos (esto es, que no estén *aggiornados* científicamente, sino que mantienen la estructura de servicio original).

¹⁰ Por supuesto que sería deseable educarlas para que su valoración no resida únicamente en la maternidad, brindarles otras posibilidades sociales (cambiar pautas culturales) pero en tanto esto no se logre no podemos ignorar los padecimientos de estas mujeres.

Esas prácticas no deseadas... Coincidencias y disidencias

Un segundo elemento que deseo señalar es cierta resistencia a estas prácticas. La reproducción asistida resulta, para algunos, sumamente problemática. No sólo es fuertemente criticada por las visiones conservadoras, sino que también lo es por concepciones progresistas.¹¹

Las posiciones conservadoras, sobre todo desde visiones religiosas, rechazan estas nuevas tecnologías. En Latinoamérica este es el caso de la iglesia católica. Los argumentos son sumamente amplios, van desde la falta de “naturalidad”, ya que éstos tratamientos introducen artificialidad en un proceso natural y esto los lleva a condenar aun métodos muy simples; hasta la manipulación y descarte de embriones que algunas de estas técnicas utiliza.¹² Para estas concepciones los embriones son personas. Por lo tanto su destrucción o manipulación es totalmente cuestionable. Mantienen una visión “relativamente” coherente ya que rechazan los métodos anticonceptivos (salvo algunos métodos que consideran naturales). Y, por supuesto, están totalmente en contra del aborto. Si bien esta posición puede ser criticable, es comprensible dentro del dogma religioso, y es aceptable que sus fieles sigan las recomendaciones de su fe. Lamentablemente en LA estas posiciones tienen una presencia política muy fuerte, dominan las políticas públicas y la legislación y pretenden regir la vida no sólo de sus fieles sino también de toda la población.

Obviamente esta visión se funda en una base dogmática-religiosa. Lo sorprendente es que desde visiones progresistas y de defensa de los derechos de las mujeres se llegue a cierta coincidencia con estas visiones dogmáticas y conservadoras, al converger en un fuerte rechazo a las técnicas de reproducción asistida.

En este artículo no revisaré en detalle tales argumentos¹³ pero éstos pueden abarcar desde la medicalización del cuerpo de la mujer que estas tecnologías de fertilidad implican, sobretodo porque casi siempre la que siempre debe “poner el cuerpo” es ella y algunas de estos tratamientos resultan bastante invasivos (aun cuando el problema de fertilidad sea masculino);¹⁴ también apuntan a la continuidad del rol reproductor de la mujer, hasta señalar que incentiva la maternidad de manera artificial y casi sin límites.¹⁵ Algunas pensadoras feministas locales retoman algunas de las críticas de

11 Cómo definir el progresismo es bastante complicado. Ver Salles, ALF “Reflexiones sobre la bioética y la biotecnología “*Perspectivas bioéticas*(en prensa). En este artículo sólo considero al progresismo tal como se manifiesta en LA . En términos muy generales se puede decir que se trata de visiones que defienden los derechos de las mujeres, de las minorías sexuales (casamiento igualitario, posibilidad de respetar la identidad de género) y abogan por la posibilidad del aborto legal.... estándares que, dado el *status quo* restrictive de la región, la preeminencia del embrión o el feto por sobre la mujer, resultan de avanzada.

12 Luna, F “Problemas en torno a nuevas formas de procrear” en Luna F. y Salles A.L.F *Decisiones de vida y muerte*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1995,p.230 yss.

13 Véase Luna F. op.cit. en prensa.

14 Sommer, Susana “De la cigüeña a la probeta” Editorial Planeta, Buenos Aires, 1994, pp. 45-50.

15 Por ejemplo, no sólo por la posibilidad de congelar los propios óvulos (una técnica que está perfeccionándose cada vez más y se ofrece a las mujeres relativamente jóvenes sin pareja para ser utilizadas en una edad

la denominada segunda ola del feminismo norteamericano y entienden que “el deseo de acceder a la reproducción asistida es producto de una nueva forma de manipulación ideológica de las mujeres.”

Otro argumento fuerte se plantea que el uso de las nuevas tecnologías reproductivas genera un problema de justicia social, pues se trata de procedimientos de alto costo y baja efectividad. Se argumenta que esta situación se agudiza cuando al financiamiento de los mismos se destinan recursos estatales, ya que la atención de la infertilidad disminuiría el presupuesto dirigido a otras áreas sanitarias que tendrían prioridad para la población.¹⁶ Este argumento es sumamente relevante cuando se continúa con el modelo privado en el ámbito público.

Por supuesto que no todas las feministas y las defensoras de los derechos de las mujeres sostienen estos argumentos generales en contra de estas prácticas, las hay quienes por el contrario, miran estas técnicas desde una perspectiva más positiva¹⁷. Algunas consideran que estas tecnologías permiten “liberar” a la mujer de una maternidad temprana y les brindan la opción de formarse, desarrollarse intelectual y laboralmente y ejercer su autonomía y libre elección de tener un hijo dentro de un rango de mayor tiempo y de mayor semejanza a la posibilidad reproductiva del varón.¹⁸

Lo que deseo destacar, es que no toda visión de defensa de los derechos de las mujeres *per se* coincide en su apoyo a estas técnicas. Existen visiones críticas bastante suspicaces frente a estos tratamientos.

A diferencia de esta multiplicidad de posiciones respecto de las técnicas de reproducción asistida, la mayoría de las posiciones feministas y de defensa de los derechos de las mujeres abogan por la posibilidad de una vida sexual plena, por una buena educación sexual, una anticoncepción adecuada así como también por la posibilidad de abortos seguros y legales, presentando frente a estas cuestiones una posición abroquelada, coherente y compartida con un fuerte compromiso social. Sin embargo, parece existir cierta inconsistencia, cuando desde algunas visiones feministas latinoamericanas se realiza un corte respecto de la salud sexual y la salud reproductiva (entendiendo

avanzada), sino por la posibilidad de lograr el embarazo más allá de la menopausia (hay casos de mujeres de más de 60 años). Oliveira, Fatima “As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a service da materializacao de desejos sexistas, racistas o eugenicos?”, *Bioética*, 2001, vol 9, N 2, p. 99-112. Correa Marilena, “Ética y reproducao asistida: a medicalicao du desejo de filhos” *Bioética*, 2001, vol 9, N 2, p. 71-82.

16 Sommer, Susana, “Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías” *Debate Feminista*, 1993, 4: 8 pp 76-85, citado en Cardaci y Sánchez Bringas, 2009 (p.28).

17 Hay feministas latinoamericanas como Debora Diniz que no adherirían a este tipo de planteo tan radical. Diniz, Debora, “New reproductive Technologies, Ethics and Gender” *Bioethics*, 2002, vol 2, N 1 pp. 144-158, Oxford, Debora Diniz, “Tecnologias Reproductivas conceptivas: o estado de arte do debate legislativo brasileiro”, *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, 2003, vol 7, N 3, pp 10-19, Rio de Janeiro. Ver Luna F., Salles A.L.F, 1995 *Decisiones de vida y muerte*, Sudamericana, Buenos Aires.

18 Esta vertiente del feminismo también se conoce como feminismo liberal (en contraposición al socialista mencionado anteriormente). Gargallo, Francesca, “Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas”, *Debate Feminista*, 1993, 4: 8 pp. 86-100.

por la segunda el uso o los beneficios que pueden brindar estas nuevas tecnologías). Esto sólo se explica porque en el marco del feminismo anglosajón o europeo criticar las nuevas tecnologías reproductivas no incide en la cuestión del aborto o en la defensa de un cuidado de la salud sexual de las mujeres. En la mayoría de estos países, la defensa de una vida sexual plena y, por ejemplo, del aborto como una opción segura son batallas ya ganadas, hechos establecidos. Pero en LA ésta todavía es una asignatura pendiente y establecer ciertas dicotomías puede resultar contraproducente. Lamentablemente esa visión dicotómica continua siendo la tendencia actual. Desde posiciones progresistas como por ejemplo, el actual anteproyecto del Código Civil en Argentina se manifiesta claramente.¹⁹

El individualismo médico frente al *status quo*

Ahora bien, no se debe entender como caprichosa la reacción de algunas posiciones de las feministas progresistas cuando se resisten a la defensa de estas técnicas; también es cierto que ellas son abandonadas a su suerte cuando defienden los derechos de las mujeres y la importancia de legalizar ciertas prácticas. Notablemente, son pocos los médicos o especialistas en fertilidad latinoamericanos²⁰ que practican estas tecnologías que están dispuestos a ser identificados con posiciones supuestamente progresistas o de defensa de las mujeres. Gran parte de estos médicos y médicas se esconden tras las fotos de bebés rozagantes de salud, tratan de ser identificados con el logro del ansiado embarazo y la maternidad. No están dispuestos a reconocer el aspecto más problemático de sus actividades, por ejemplo el descarte de embriones y los abortos selectivos (selección embrionaria) y, mucho menos, a abogar por la despenalización del aborto o por una salud sexual y reproductiva plena. Estas prácticas, comúnmente asociadas a algunas de las tecnologías de reproducción asistida, con frecuencia son escondidas y minimizadas. Por ejemplo, se utilizan denominaciones “ad hoc” que evitan llamar las cosas por su nombre (esto es, que se debe realizar un aborto selectivo) intentando cubrir estas actividades con un manto de ambigüedad.²¹

Esto es especialmente cierto en Latinoamérica donde la presencia de la iglesia católica es muy fuerte y, existe una alta valoración de los embriones.²² Por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires se creó la figura del “tutor de los embriones” en el 2004. Este oficial de justicia debe velar por ellos y

¹⁹ Véase el artículo 19 del anteproyecto de CC. En lugar de hablar de persona desde el nacimiento se acepta la existencia de la persona desde el momento de la concepción en el seno materno y se lo diferencia de su existencia in Vitro.

²⁰ Por supuesto que hay también notables excepciones. Aquí hago referencia a la posición más habitual y prevalente en la región.

²¹ Véase Luna, F. “Reproducción asistida y ‘sabor local’: contexto y mujer en Latinoamérica”, *Bioética (Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina - Brasil)*, Vol. 9, Nº 2, 2001, pp. 83-98.

²² Luna, Florencia, Salles, Arleen. L.F., “On moral incoherence and hidden battles: stem cell research in Argentina”, en *Developing World Bioethics*, Blackwell Publishing Ltd., Oxford. 10:3, 2010 (120-129).

controlar que las clínicas de fertilidad no los descarten.²³ Piénsese en la inestabilidad que genera este tipo de personaje para las clínicas y sus pacientes. En una vena semejante Costa Rica mediante una Sentencia judicial prohibió prácticamente toda la reproducción asistida en el país.²⁴ Este tipo de "reacciones legales" no pasan desapercibidas, ni resultan inocuas. Exhiben la resistencia, la fuerza y la presión que algunos grupos conservadores y religiosos están dispuestos a realizar respecto de estas técnicas. De alguna manera, sutilmente pone en evidencia cómo estas prácticas no son completamente aceptadas por algunos poderosos núcleos de la sociedad y "penden de un hilo". Un decreto, un juicio o hasta una ley puede revertir, arbitraria e inesperadamente, años de implementación de estas tecnologías. Indudablemente esta inestabilidad forma parte del contexto social de Latinoamérica.

Los ejemplos anteriores explican porque una respuesta desde el ámbito médico ha sido implementar estas técnicas de manera privada y discreta. En la mayoría de los países de LA (salvo Costa Rica) no hay una prohibición específica. Se ha tratado de eludir cuestionamientos o suspicacias, así no se altera el *status quo*: se esconde o minimiza la manipulación de embriones que estas prácticas involucran y se publicita lo positivo y lo bueno de traer deseados niños al mundo. Esto no sólo promueve una visión artificial y compartimentada de la salud sexual y reproductiva de la mujer sino que también implica un fuerte grado de hipocresía y grandes contradicciones por parte de los involucrados. En lugar de transparencia y una lucha por una aceptación de todo lo que estas técnicas implican, esto se evita. Así se fomenta la doble moral que prevalece en LA (una cosa es lo que se dice y otra muy diferente lo que se hace) y una falta de compromiso con algunos temas y derechos particularmente sensitivos para las mujeres.

Hay que reconocer, entonces, que feministas y defensores de los derechos de las mujeres tampoco encuentran eco en muchos de estos especialistas que hacen grandes negocios con los cuerpos de las mujeres, no aceptan sus propios compromisos y paradojas y no están dispuestos a apoyar sus luchas.

23 Esto surgió a raíz de un juicio en 1993 a los centros de fertilidad de la Ciudad de Buenos Aires, en el que un abogado cuestionaba el congelamiento de personas por nacer (los embriones). Cano, María Elena, "Tutor de los embriones congelados" Aequitas Virtual (Universidad del Salvador) en www.salvador.edu.ar/juri/aequitasNE/nrounc (accesado el 27/2/2012)

24 El caso fue llevado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el 2001, emitiéndose en 2010 el Informe 85/10 EI. Como no se cumplió lo recomendado por la Comisión, el caso volvió al Corte Interamericana para que dicte sentencia y todavía hoy se continúa discutiendo. Véase Luna, F. *Reproducción Asistida, Género y Derechos Humanos en Latinoamérica*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), San José, Costa Rica, 2008. Brena, Ingrid, "La fecundación asistida. ¿Historia de un debate interminable? El informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos", *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, Vol XII, 2012, p 25-45.

¿Privatización y sobre-prestación versus salud pública?

Quizás también parte del rechazo a estas tecnologías esté directamente relacionado con la forma en la que estas prácticas se han llevado a cabo. Por una parte, la mayoría de las clínicas o centros que practican estas tecnologías lo hacen de manera privada. Esto es particularmente cierto en LA, aunque hay algunas excepciones.

La práctica privada implica costos económicos altísimos y porcentajes de éxito cuestionables relacionados también con los bajos grados de fertilidad característicos de los seres humanos. Por ello, existe la percepción bastante cierta de que estos centros de reproducción asistida obtienen jugosos dividendos por prácticas que no necesariamente garantizan el ansiado éxito. Y, en este sentido, las críticas de índole económica y de distribución de recursos equitativos que formularan algunas pensadoras parecen atinentes.

Además, cuando la práctica es privada resulta más difícil poner límites al deseo de la mujer o la pareja. En muchas ocasiones, sólo el agotamiento y la desilusión de la pareja o la imposibilidad económica parecen poner un punto final. El “deseo” del cliente parece imponerse, pues a diferencia del ámbito público, no sólo no hay regulación y pautas estrictas estipulando límites (cantidad de ciclos, etc.), sino que también las parejas pueden cambiar de proveedor fácilmente lo cual lleva a un grado de exposición muy arbitraria y a un gasto excesivo.

Los excesos o sobre prestación tienen relación con una falta de regulación apropiada de estas técnicas. Sin embargo también es verdad que existe una falta de regulación porque no se ha tomado el problema de la infertilidad como un serio problema de salud pública así como por el espinoso estatus de los embriones en la región.²⁵

En algunos países europeos existe la posibilidad de acceso a través de los servicios públicos que plantean límites y condicionamientos (cantidad de ciclos, edad de la mujer, etc.). También en algunos países de la región existen algunos tratamientos desde la salud pública.²⁶ En Argentina, la provincia de Buenos Aires reglamentó la Ley 14.208 en diciembre del 2011 obligando a las obras sociales y a algunos hospitales a brindar estas técnicas.

Si bien esta es una respuesta posible, a mi criterio, no es la adecuada para LA. Mi propuesta aboga por evitar la copia del modelo europeo de salud pública. Justamente porque los problemas de salud sexual y el tipo de infertilidad que se padece en LA y sus causas son muy diferentes es necesario repensar el enfoque de la salud pública con una mirada amplia y diferente, sobre todo,

25 Luna, Florencia, Salles, Arleen. L.F., 2010 (op.cit).

26 Por ejemplo en México, en 1990, se creó en el Instituto Nacional de Perinatología (Inper) una Clínica de Esterilidad, en 1996 se inició el Servicio de reproducción asistida y fecundación in vitro en el Hospital General 20 de noviembre del ISSSTE. Véase Cardaci y Sánchez Bringas, 2008 (p.24).

teniendo en cuenta el flagelo de la infertilidad secundaria. Algo que, según mi conocimiento, no se ha realizado aun.²⁷

La lógica del “copio luego pienso”...

Además de las razones para oponerse que esgrimen algunos conservadores y algunas feministas y defensoras de los derechos de las mujeres, así como el hecho de que quizás exista una sobre-prestación y una comercialización exacerbadas, parecen haber otras razones que exceden las ideologías particulares y que forman parte de cierta cultura que permea la inserción de las nuevas tecnologías en general. No lo denominaré argumento porque no resiste el análisis crítico ni reviste una estructura argumental; sin embargo parece funcionar como una lógica escondida y creo que permite entender porque el sistema actual para responder a la infertilidad funciona como lo hace.

Si volvemos a la metáfora inicial de la fotografía histórica, nos encontramos con una imagen detenida en el tiempo: tratamientos pensados para una clase media o alta de mujeres profesionales o educadas que, a sus tardíos cuarenta, quieren tener un hijo. Tal asistencia se realiza en clínicas privadas, de manera particular y con grandes costos. Esta imagen se puede complementar con un “argumento” que podríamos denominar “copio luego pienso”.

El mecanismo “copio luego pienso” consiste en lo siguiente: en muchos países periféricos existe la tendencia acendrada a “importar las soluciones” del Norte. Dado que tradicionalmente las tecnologías se desarrollan en los países industrializados, muchas tecnologías tienden a ser “copiadas” de manera automatizada. Adaptarse a los tiempos actuales, ser “modernos y sofisticados”, muchas veces se identifica con exportar la tecnología tal como fue implementada en sus países de origen (traer la última aparatología, los últimos tratamientos desarrollados). El problema es la falta de reflexión acerca de cómo debe hacerse este traslado a nuestros países.

Esto es aún más grave cuando las condiciones sociales, culturales y económicas son muy diferentes y se necesitaría hacer cambios para poder adaptar tales tecnologías a la nueva realidad social en la que se implantan. De hecho, la realidad social de fines de los años 70 era muy diferente en Europa o en EEUU de lo que lo es en LA (y no sólo lo era sino que lo continua siendo en la actualidad). En tales países las mujeres ya tenían acceso a la anticoncepción y en muchos casos el aborto. Recuérdese que uno de los hitos, el bebe de probeta, nace en 1978 y ya desde los años 60 eran habituales las píldoras anticonceptivas así como muchos países ya habían aprobado ciertos

27 Cardaci y Sánchez Bringas relevan las publicaciones desde la salud pública en México, apunta a la escasez de desarrollos y la falta de interés de esta área. Señala la carencia de relevancia para las investigaciones en salud pública, socio-medicina o sociología de la salud. Las autoras explicitan que no se encontraron tesis de posgrados de Salud Pública, Medicina Social y Salud Colectiva y que tampoco se encontró material en las principales revistas en estos campos. Véase Cardaci y Sánchez Bringas, 2008 (p.30).

tipos de abortos.²⁸ Si bien hasta el día de hoy continúan habiendo fuertes debates y controversias respecto del aborto; éste está legalizado en prácticamente todos los países industrializados, mientras que en LA continúa su prohibición y generalmente se aceptan sólo unas pocas excepciones interpretadas muy conservadoramente. Esto promueve abortos inseguros que no sólo discapacitan y dejan infértilas a las mujeres sino que con frecuencia las lleva a la muerte. Por ello se puede decir que el contexto social en el que se insertan estas tecnologías es muy diferente.

El mecanismo “copio luego pienso” prevalece en la región. De hecho, en el 2010 la Provincia de Buenos Aires “copia” el sistema público europeo de provisión de estos tratamientos de reproducción asistida...un modelo basado en la fotografía europea y adaptado a su propia realidad social actual. ¡Se copia y no se piensa! Se repite un modelo costoso e ineficiente para los problemas de fertilidad que presenta la región. Quienes pagan el costo de esta imagen histórica y de este mecanismo “copio luego pienso” son las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad, y no las mujeres de clase media o alta como sigue evocando el imaginario popular.

En suma en LA, la infertilidad adquiere características diferentes. Sustancialmente: 1) el perfil epidemiológico de las mujeres en países en desarrollo que sufren de infertilidad cambió; 2) la situación y respeto a los derechos sexuales y reproductivos está lejos de lo que sucedía a fines de los 70 o sucede actualmente en Europa o EEUU y 3) y la forma de provisión y tratamiento de estas técnicas debe modificarse: no necesariamente debe continuar en manos privadas, o modelos públicos como los europeos con grandes costos basados en fotografías anacrónicas o en modelos copiados sin reflexión.

Hacia una salud pública integral

Antes de proponer una respuesta tentativa hay un último elemento que deseo destacar: un factor que se debe tener en cuenta de la infertilidad secundaria es que su origen está disociado de su manifestación posterior. Esto es, las causas de la infertilidad se retrotraen a la adolescencia o a situaciones en las cuales las mujeres no quieren tener un hijo. Esto favorece la visión compartimentada que critico. Al especialista en fertilidad le llega, bastante tiempo después, el “*fait accompli*”, el caso de infertilidad ya dado, establecido. Revertir esta situación implica costosos e invasivos tratamientos.

Sin embargo, esto no necesariamente debería ser así. Justamente estas situaciones podrían prevenirse de una forma mucho más simple, ética y económica si se evitaran sus causas. Pero, si la infertilidad no se considera un problema de salud pública esto difícilmente se logre. Si se continúa tomando el tema como una cuestión privada, denigrando la salud sexual de la mujer a lo largo de su vida y discriminándola, se conspira contra una mirada integral y preventiva.

28 En 1973 se da el caso Roe vs Wade en EEUU que permite la realización de abortos por plazos.

A la mayoría de las clínicas privadas les resulta más fácil trabajar el caso de infertilidad ya dado. Estas clínicas están estructuradas de tal modo que solo pueden comenzar a trabajar cuando el “daño” ya está hecho, cuando la mujer o la pareja tienen problemas de fertilidad.

En función de lo anterior, la salud pública debería pensar una forma diferente de concebir e implementar la reproducción asistida, debería tener en cuenta las causas de la infertilidad secundaria. Para esto, se requiere un enfoque integral y equitativo que evite que muchas mujeres queden infértils por razones que se pueden evitar y prevenir. Esto, obviamente, será más relevante en los casos de aquellas sin recursos que son quienes padecen una mala salud reproductiva con todas sus consecuencias. Se debería comenzar, entonces, con la salud sexual de las mujeres. Por ejemplo, reforzar los sistemas de atención primaria o crear nuevas clínicas con una mirada de género, brindar un buen asesoramiento respecto de la anticoncepción desde la adolescencia para evitar embarazos no deseados, tratar adecuadamente las ETS y abogar por la legalización del aborto para acceder a abortos seguros evitando lesiones a las mujeres. También debería haber, en ese momento, una buena educación respecto de los cuidados necesarios para poder lograr un embarazo posterior (desde la nutrición adecuada, suplementos de ácido fólico, etc. hasta los tiempos en los cuales es más fácil lograr un embarazo). Toda esta visión y propuesta implica una perspectiva de salud pública que permita cuidar y organizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y que tome como último recurso las técnicas de reproducción asistida más complejas e invasivas. Para ello también es necesario brindar una mirada racional respecto de los alcances y límites de las técnicas de reproducción asistida. Se debe especificar la cantidad de ciclos y embriones a transferir, discriminar qué técnicas se pueden realizar según edades y situaciones, los costos adecuados, etc.

Hacia nuevas estrategias...

Ahora bien, para poder adoptar esta perspectiva, para dejar de lado la actual mirada que compartimenta la salud sexual y reproductiva y evita brindar una educación y un acceso a la salud sexual adecuada a las mujeres –sobre todo a aquellas con menos recursos- es necesario modificar muchas prácticas establecidas. Para ello se necesita un enfoque diferente sobre la salud sexual y los tratamientos de asistencia en la reproducción y se deberían buscar convergencias entre las diferentes visiones y perspectivas: entre especialistas en reproducción y feministas.

La estrategia política y la militancia deben modificarse. Así los médicos o médicas que hacen reproducción asistida no sólo deben señalar la prevalencia de la infertilidad secundaria y la relevancia de que las mujeres tengan acceso a una buena salud sexual; sino que también deben plantear la seriedad del problema, los costos de todo tipo que esto implica: especificar que existe una gran cantidad de infertilidad que podría evitarse. Esto implicaría una manera bastante más lógica, ética y equitativa de plantear el problema. Estos especialistas también deberían abandonar la doble moral y tener una posición más clara y transparente respecto de sus propias prácticas y reconocer que ellos mismos, en ocasiones, deben realizar procedimientos que implican abortos. Junto a los genetistas

deben hablar abiertamente respecto de la importancia de los diagnósticos pre-implantatorios y la posibilidad de descartar embriones con serios problemas genéticos si la pareja así lo desea.

Por otro lado, las perspectivas feministas también pueden encontrar en los médicos y en la correcta implementación de estas prácticas aliados naturales a la hora de abogar por una salud sexual y reproductiva plena. Deben salir de la “fotografía histórica” a la que hacía referencia y mirar el panorama general actual, buscando los puntos coincidentes. Contar con el apoyo y respaldo de médicos y médicas y los especialistas en salud no es algo para despreciar. Éstos pueden explicitar los daños y lesiones que implican ciertas prácticas, pueden brindar información objetiva e incidir en las tomas de decisión a nivel legislativo como de políticas sanitarias.

Así, los tomadores de decisiones, los sanitarios y el público en general deben guardar en el recuerdo la fotografía histórica tomada a fines de los 70 y comenzar a pensar de manera inclusiva y equitativa el problema que enfrenta LA en el siglo XXI. Esto está lejos de suceder, al menos, en Argentina. Lamentablemente, parece una utopía ya que aún juristas y académicos supuestamente progresistas olvidan estas realidades cerrando opciones. Frente a la ley del matrimonio igualitario, a cuestiones bastante controvertidas como la posibilidad del alquiler de vientre o inseminación post-mortem que el actual anteproyecto de código civil defiende; se mantiene, sin embargo, la existencia de la persona desde el seno materno con todo lo que esto implica.²⁹

Esta nueva propuesta, solicita abandonar la comodidad del “copio luego pienso”. Implica un planteo totalmente diferente al europeo actual si efectivamente se busca que responda a las necesidades de la región. Esta propuesta no responde a las visiones habituales de salud pública en reproducción asistida. Considero que es necesario trabajar hacia un modelo diferente que tenga en cuenta la infertilidad secundaria y formule un planteo mucho más amplio que el tradicional que no funciona adecuadamente, al menos para Latinoamérica. Que esto se realice a través de la atención primaria, o mediante “Clínicas de la mujer” o a través de otro nuevo mecanismo será tarea de los especialistas en salud pública. Pero lo que se necesita definitivamente es un modelo inclusivo e integral que tenga en cuenta los problemas y necesidades regionales, en el cual se abarque desde la voluntad de evitar un embarazo (evitando generar infertilidad) hasta el deseo tener un hijo.

Conclusiones

Considero que con una visión estratégica como la expuesta todos pueden ganar:

Las mujeres, en general, al lograr una visión y una respuesta más real e integral de los problemas que padecen (evitándoles costosos e invasivos tratamientos al prevenir la ocurrencia de la infertilidad); el sistema de salud que evitaría el drenaje de costosos tratamientos y brindaría una solución más equitativa y lógica a las mujeres y sus parejas; las defensoras de los derechos de las

29 Considérese la propuesta de Código Civil, especialmente el artículo 19.

mujeres al contar con más aliados en sus luchas para una buena atención de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, al poder demostrar la importancia de legalizar ciertos tipos de abortos) y los o las especialistas en fertilidad al poder tener una visión más coherente que no limite algunas de sus prácticas. Debo reconocer que en mi propuesta estos últimos pueden llegar a perder a algunos posibles clientes, propongo una visión de salud pública que, si bien puede complementar la práctica privada, también puede quitarle algunos pacientes. Sin embargo, si los planteos de estos especialistas son más claros y transparentes y cuentan con una sólida base de aceptación social - como de hecho parecen tenerla³⁰, también podrán practicar privadamente de manera más tranquila, sin temer a posibles "tutores de embriones" o a cierres de sus centros por cuestiones pseudo-científicas. Por lo tanto, ellos también pueden ganar con esta estrategia.

Queda planteado, pues, un nuevo desafío para todos aquellos y aquellas a los que les interese seriamente la salud sexual y reproductiva de las mujeres de los países en desarrollo... Ya es hora de abandonar anacrónicas fotos históricas y de pensar con inteligencia un presente complejo.

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2012

Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2012

³⁰ Dejando de lado algunos núcleos de poder.