

---

# Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías

Susana E. Sommer

## *Introducción*

**D**esde tiempos inmemoriales la infertilidad ha sido considerada una fuente de oprobio para las mujeres. Este problema ya aparece en el Antiguo Testamento donde Sara, la esposa de Abraham, ante la imposibilidad de procrear, le dice a su marido que tenga hijos con su criada Agar; Raquel, que también es infértil, le sugiere a Jacob resolver el problema de la misma manera. Una versión moderna de esto la encontramos en *El cuento de la criada*, de Margaret Atwood, donde en un mundo de ciencia ficción, después de una guerra nuclear, las pocas mujeres fértiles son utilizadas como criadas para que las señoras tengan descendencia.

Distintos ritos mágicos para poder concebir son comentados por Saintyves (1985), desde los poderes del brujo que puede ayudar a concebir a la existencia de piedras fecundantes o aguas milagrosas, hasta plantas con propiedades mágicas que podrían producir el deseado milagro de la fertilidad.

A lo largo de los siglos el mandato sigue siendo el mismo: las mujeres debemos tener hijos; lo que ha cambiado son los métodos. Ahora hablamos de FIV (fecundación *in vitro*), y GIFT (transferencia de gametos a las trompas) entre otros, y recurrimos a los médicos en vez de a los brujos.

### *Un poco de historia*

En el lapso de dos generaciones, los nacimientos, que antes eran acontecimientos familiares, pasaron a ser procedimientos médicos. Las mujeres embarazadas se han convertido en pacientes o clientes, tratadas como enfermas, y los nacimientos se han transformado en acontecimientos quirúrgicos (Katz Rothman, 1982) en los que las mujeres se sienten más observadoras que protagonistas del proceso de dar a luz.

El embarazo y el nacimiento se tornan cada vez más tecnológicos. La medicina reproductiva se ocupa de la concepción, la infertilidad, la menstruación y la menopausia, así como de problemas específicos, que van desde prevenir la concepción, hasta frustrar la implantación del embrión e incluso terminar el embarazo. Los partos son monitoreados y controlados, y se tiende a que éstos ocurran en los hospitales en vez de el hogar. El cuidado prenatal y neonatal incluye el monitoreo fetal por medio de ultrasonido; la salud del embrión así como las características genéticas del feto y del recién nacido son cuidadosamente registradas.

Con el avance de la tecnología las mujeres son sometidas a amniocentesis, ecografías y, en muchos casos, a cesáreas que no son realmente necesarias. Estadísticas realizadas en los Estados Unidos muestran que los médicos programan los partos de manera tal que el número de nacimientos y de cesáreas es máximo el día martes y que los domingos es el día en que nacen menos bebés (Corea & de Wit, 1988).

En este desarrollo de la medicina aparecen las técnicas que se ocupan de promover el embarazo en casos de infertilidad. En 1978 nace en Inglaterra el primer bebé concebido por fertilización *in vitro*. Gena Corea (1985) hace notar que la mamá de Louise Brown, la primera niña nacida de esta manera, no sabía que el tratamiento al que había sido sometida era experimental. Hacia el final de su embarazo se dio cuenta de que este tipo de técnicas no habían tenido éxito hasta ese momento.

### *La infertilidad y sus causas*

¿Es la infertilidad una enfermedad?, se pregunta Shannon (1988) considerando el hecho de que la esterilidad sólo se manifiesta cuando se decide tener descendencia y muchas personas, como aquellas que han decidido permanecer célibes o las que eligen no tener hijos, jamás se enteran que lo son.

La infertilidad es definida por Patrick McShane (1988) como la falta de concepción después de un año de relaciones sin protección. Se ha establecido que un 85% de las parejas conciben al cabo de un año; esta probabilidad disminuye para el segundo año. Se estima que 1/10 de las parejas pueden padecer infertilidad en alguna etapa de su vida. La mayoría de los estudios indican que aproximadamente un tercio de la infertilidad es originada por problemas de la mujer, otro tercio se debe a causas masculinas y el tercio restante a problemas de ambos.

Muchas veces la dificultad de procrear tiene un origen iatrogénico o es causada por enfermedades mal curadas. Las enfermedades pélvicas inflamatorias son una de las principales causas de infertilidad en mujeres. Estas enfermedades son bastante comunes en las mujeres jóvenes; muchas veces surgen a partir de enfermedades de transmisión sexual y en la mayoría de los casos son originadas por clamidia (Doyal, 1987).

Ciertos tratamientos médicos han sido asociados con la disminución de la fertilidad. La hormona sintética DES (dietilestilbestrol) ha sido utilizada para prevenir abortos espontáneos y ha traído como consecuencia la disminución de la fertilidad en las hijas de las mujeres tratadas, así como una alta incidencia de anomalías en el tracto genital superior de dichas hijas, además de un riesgo aumentado de embarazos ectópicos (Corea, 1988). En algunos casos el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) puede ser responsable de infecciones crónicas que son potencialmente esterilizantes. Este sería un efecto colateral de un método anticonceptivo.

Factores ambientales y/o nutricionales pueden promover la infertilidad. Así como fumar puede reducir la fertilidad, ciertas sustancias químicas en los lugares de trabajo como el plomo, los gases anestésicos, el cloruro de vinilo y la dioxina pueden afectar la fertilidad femenina y masculina. El control de estos factores se puede lograr a través de regulaciones ambientales y ocupacionales efectivas (Doyal, 1988).

Es de hacer notar que el gran entusiasmo suscitado por las nuevas técnicas de procreación ha impedido un mayor desarrollo del estudio de las causas de infertilidad y su prevención.

---

### *Medicalización de la reproducción*

La medicina trata a pacientes, tanto hombres como mujeres, como máquinas, según corresponde a una sociedad tecnológica. Emily Martin (1987) observa que el útero es concebido como la máquina que produce al bebé y la mujer es la mujer-obrera cuyo útero-máquina produce al bebé, con el médico actuando como supervisor del proceso.

La medicalización de la reproducción incluye la intervención y manejo del parto, y conlleva el uso de anestesia, fórceps, episiotomías y cesáreas, además del control técnico del embarazo a través de amniocentesis y ultrasonido. La aparición de estas técnicas, como otros casos de desarrollo tecnológico, suele estar asociada más a la necesidad de diversificación de los fabricantes de material militar y defensivo que a la necesidad médica. Así como el monitoreo fetal electrónico ha sido incorporado en forma masiva sin evaluación médica previa de sus riesgos, nuevas técnicas son constantemente introducidas para ser aplicadas en casos de alto riesgo, aunque terminan siendo utilizadas como rutina (Katz Rothman, 1982).

A partir de 1956 se comienza a utilizar la sonografía para estudiar al feto dentro del útero. La medición de la cabeza permite estimar el crecimiento del mismo y establecer la fecha probable del parto. Actualmente esta técnica está totalmente integrada al control del embarazo y se ha legitimado su uso al descubrir cómo el mirar al feto puede modificar los sentimientos de las mujeres hacia éste.

La tendencia a ignorar a las mujeres como personas es uno de los problemas generados por las distintas tecnologías. A medida que las técnicas se perfeccionan se torna cada vez menos necesario el diálogo de los médicos con las mujeres y pueden ser obviadas preguntas tales como cuándo fue la última menstruación.

En algunos casos la profesión médica tiende a dicotomizar mente y cuerpo, y en vez de pensar en la madre y el feto como una unidad integral, lo consideran una diada en conflicto. Según Katz Rothman esto está asociado a considerar el embarazo como el crecimiento del bebé de un hombre dentro del cuerpo de una mujer y pensar que las necesidades e intereses de la madre se oponen a los del feto. Antiguamente las necesidades de madre e hijo no se contraponían.

### *Nuevas tecnologías de procreación*

Las nuevas técnicas procreativas permiten la creación de niños con métodos de laboratorio. Como es sabido, a partir del desarrollo de ciertos métodos de fertilización *in vitro* en animales, comenzaron las experiencias en seres humanos con problemas de infertilidad. La fecundación *in vitro* (FIV) implica que, a diferencia de lo que ocurre habitualmente, los óvulos se unan a los espermatozoides fuera del cuerpo de la mujer y los embriones así producidos sean transferidos al interior del cuerpo de la mujer. Esta técnica serviría para resolver los problemas de mujeres infértiles por defectos en las trompas o por ausencia de éstas. Sin embargo, se la está utilizando para otros problemas, como la infertilidad causada por hostilidad del mucus cervical hacia el esperma, así como en casos de esterilidad de origen desconocido, y también en casos de poca movilidad o bajo número de espermatozoides, donde el problema es evidentemente masculino. Las mujeres que no pueden concebir se someten a tratamientos de variada complejidad para quedar embarazadas, y aun en casos de esterilidad masculina son ellas las que son tratadas médicamente.

En el método GIFT, óvulos recién extraídos son mezclados con espermatozoides y colocados directamente en las trompas. Este método, que sólo se asemeja al proceso normal en el hecho de que óvulos y espermatozoides se unen en las trompas en vez de hacerlo en el exterior del cuerpo, no permite establecer en forma directa si se produjo la fertilización. En el método PROST se transfieren pronúcleos (considerados una etapa previa a la del embrión) a las trompas.

Para lograr que se produzca más de un óvulo por ciclo, las mujeres son sometidas a una estimulación hormonal. Sin embargo, aún no se conocen las consecuencias de esta hiperestimulación en la salud de las mujeres, aunque se calcula que entre otros efectos, produce menopausia precoz. Normalmente, madura un óvulo en cada ciclo menstrual, aunque estas técnicas permiten obtener un número mayor, a veces hasta de doce por ciclo, que son los correspondientes a un año, como sucedió en un caso en Argentina (Sommer, 1992). Los médicos tienden a implantar varios embriones a la vez, lo cual trae como consecuencia que el 20% de los nacimientos sean múltiples, desde mellizos hasta quintillizos. En estos casos, los nacimientos se producen por cesárea y en general los bebés suelen ser prematuros y de muy bajo peso, por lo cual deben ser colocados durante un tiempo en incubadoras. Todavía no se ha evalua-

do claramente el riesgo que esto implica tanto para la salud de la mujer como para la de su descendencia.

Debe tenerse en cuenta que la población que se somete a estas técnicas es sumamente vulnerable, sienten que es la última oportunidad de tener hijos relacionados biológicamente con ellos, por lo que no están en condiciones óptimas para evaluar los riesgos o las posibilidades de éxito. También hay que hacer notar que la fertilización *in vitro* no cura la infertilidad, únicamente resuelve la falta de hijos en los casos de éxito. El porcentaje de éxito es de aproximadamente 10%, o sea, una de cada diez mujeres tratadas logrará tener un hijo.

Llama la atención que en los casos de infertilidad, las primeras en acudir a la consulta son las mujeres. Esto parece asociado a causas sociales más que a razones fisiológicas; recordemos que algunas religiones permiten que las mujeres que no pueden tener hijos sean repudiadas por el marido.

Las nuevas tecnologías procreativas, así como los métodos anti-conceptivos, son aplicados a mujeres sanas, a menos que se considere la infertilidad una enfermedad y la utilización de las distintas técnicas como método de curación. Esta salvedad tiene importancia en relación con los riesgos a que es sometida la persona. Se sabe que toda medicación posee efectos adversos y es obligación de los médicos sopesar los riesgos que involucra el medicamento y los propios de la enfermedad.

### *Aspectos éticos*

Entre los problemas éticos asociados a estas técnicas se cuenta el manejo de recursos. La decisión de financiar o subsidiar estas técnicas tanto a través del estado como de seguros médicos, implica aumentar los costos. Si se asignan los recursos estatales a la reproducción artificial, no podrán ser utilizados en otras áreas. Hasta el momento, los beneficiarios de estas técnicas en los distintos lugares donde se aplican, han sido personas de clase media o alta. Otros beneficiarios son los científicos quienes manifiestan deseos de comprender el proceso reproductivo y de controlarlo, además del eventual reconocimiento social y económico que obtienen. Las condiciones para la comercialización de estos métodos reproductivos, como la de gametos y embriones humanos, han sido generadas por distintas fuerzas económicas y sociales. Los embriones pueden

proveer información sobre genética humana, desarrollo embrionario y crecimiento fetal que podría ayudar a la comprensión de enfermedades tan temidas como el cáncer o las anomalías genéticas. Además de estos temas, Shannon (1988) plantea que todas estas técnicas permiten la manipulación de los óvulos y de embriones.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (1990) considera que los gobiernos no tienen ninguna obligación de garantizar la posibilidad de acceder a la fertilización *in vitro*, ya que existen otras opciones sociales para solucionar el problema del deseo de descendencia. Este informe plantea además la dificultad para obtener información fidedigna sobre porcentajes de éxito y considera que la proliferación de estos servicios está relacionada con los intereses de los proveedores más que con una planificación racional basada en las necesidades de la población. El Dr. Marsdan Wagner, autor de este informe, considera que la fertilización *in vitro* es un procedimiento muy costoso y que la mayoría de los países no garantiza un adecuado nivel de calidad en una técnica como ésta, que es experimental, invasiva, costosa, e involucra serios riesgos para la salud física y mental de las mujeres. También incluye, entre las consideraciones éticas, la importancia de centrarse en la equidad, en la honestidad de la información y en los derechos de las mujeres y los hombres y no en el huevo, el feto y el embrión.

En los pocos casos de éxito se podría considerar que los bebés nacidos por el uso de las nuevas tecnologías son el producto de la ingeniería científica, mientras que los niños adoptados serían el producto de la ingeniería social (Lifton, 1988). Sin embargo, en muchos casos se comparte la sensación de secreto, lo que podría producir sensación de aislamiento y desazón. Los nacidos por fecundación *in vitro* o de un útero alquilado se preguntarán en algún momento acerca de sus orígenes, así como también en los casos de donación de óvulos, espermatozoides o embriones en que los donantes son anónimos (Sommer, 1991). ¿Cuáles serán los sentimientos y preguntas sobre la propia identidad?

### *Feminismo y nuevas formas de procreación*

Una de las demandas más importantes que las mujeres han planteado y siguen planteando es el control sobre el propio cuerpo. Los métodos anticonceptivos seguros e inocuos están asociados con estas reivindicaciones.

ciones. La aparición de las nuevas tecnologías de procreación plantea nuevos problemas que van desde el alquiler de úteros hasta la eugenesia. El mensaje parecería ser que la tecnología hace el trabajo reproductivo mucho mejor que las mujeres al poder asegurar embriones, embarazos y partos perfectos (Hanmer, 1987).

Se observa que estas técnicas refuerzan la perspectiva de que el papel primario de las mujeres es tener niños. Sólo se es mujer cuando se ha tenido descendencia. Esto contribuye a reforzar los estereotipos y a que las mujeres permanezcan socialmente subordinadas y que su valor radique en la biología y no en sus capacidades. Cabe preguntarse sobre el impacto de estos cambios sobre la vida de las mujeres y su influencia sobre la salud, la seguridad y las posibilidades de elección.

Desde la indiferencia y aún la misoginia, que anima mucha de la práctica científica, obstétrica y ginecológica y desde la reexaminación de la naturaleza masculina en mucha de la así llamada objetividad científica y la racionalidad, las feministas sienten que las nuevas tecnologías reproductivas son un intento de apropiación de las capacidades reproductivas, que habían sido en el pasado su única "fuente de poder".

Las posturas con respecto de las nuevas tecnologías dentro del feminismo son variadas. Renate Duelli Klein (1989) cuestiona el hecho de que las mujeres sean usadas como conejillos de Indias e incluso que paguen para participar en estos experimentos, en que las posibilidades de éxito son bajas e implican riesgos a la salud y reacciones adversas, que van desde el aumento de peso y náuseas hasta la posibilidad de partos múltiples. La hiperestimulación hormonal puede producir aumentos en el volumen de los ovarios y aparición de quistes. También hace notar que muchos de estos procedimientos fueron desarrollados por científicos y médicos nazis a través de experimentos crueles y a veces mortales.

Por su parte, Barbara Katz Rothman (1989) piensa que el tratamiento de la infertilidad es un problema de autodeterminación, pero no deja de señalar que éste incluye todo lo criticable de los tratamientos médicos: sólo tienen acceso las clases adineradas, están dominados por hombres, son ofrecidos en forma totalmente divorciada del contexto de la vida de la mujer, y lo peor, ni siquiera sirven: la fecundación *in vitro* le falla al 90% de las mujeres que lo intentan.

Todos los cuestionamientos incluyen la necesidad de informarse, de modo que al tomar las decisiones sepamos cuáles son las posibilidades de éxito y de fracaso, a qué riesgos nos exponemos nosotras y nuestra



descendencia, qué efectos secundarios producen los medicamentos, incluyendo la posibilidad de otras alternativas y exigiendo un trato en el que las mujeres participemos activamente y no seamos sujetos pasivos del poder de los médicos.

Emily Martin (1991) plantea que la tendencia a considerar la viabilidad de la persona a partir del óvulo fecundado lleva a una mayor aceptación de los desarrollos tecnológicos y nuevas formas de escrutinio y manipulación para beneficio de estas "personas" internas, conduciendo a restricciones de las actividades de las mujeres embarazadas para proteger el feto, como el uso de cirugía fetal o la amniocentesis, y puede conducir a la rescisión del derecho de abortar. En resumen, se prioriza el feto con respecto al derecho de las mujeres al control sobre su propio cuerpo.

### *Bibliografía*

- Atwood, Margaret (1988), "El cuento de la criada", Ed. Sudamericana, Buenos Aires.
- Corea, Gena (1985), *The mother machine*, Harper & Row, Nueva York.
- Corea, Gena (1988), "What the King Can Not See", en *Embryos, Ethics and Women's Rights*, Eds. Hoffman, Baruch et al., p. 77.
- Corea, Gena y Cynthia de Wit (1988), "Current Developments", *Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 1, núm. 2, p. 183.
- Doyal, Leslie (1987), "Infertility – a life sentence?", en *Reproductive Technologies*, M. Stanworth (ed.).
- Hanmer, Jalna (1987), "Transforming Consciousness: Women and the New Reproductive Technologies", en *Man-made Women*, Indiana University Press.
- Hoffman Baruch et al. (eds.) (1988), *Embryos, Ethics and Women's Rights*, Harrington Park Press, Nueva York.
- Katz Rothman, Barbara (1989), *Recreating Motherhood*, W. W. Norton, Nueva York.
- Lifton, Betty Jane (1988), "Brave New Baby in the Brave New World", en *Embryos, Ethics and Women's Rights*, p. 149.
- McShane, Patricia (1988), "In vitro Fertilization, GIFT and Related Technologies", en *Embryos, Ethics and Women's Rights*, p. 31.
- Martin, Emily (1987), *The woman in the Body*, Beacon Press, Boston.

- Martin, Emily (1991), "The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles", *Signs*, vol. 16, núm. 3, p. 485.
- Organización Mundial de la Salud (1990), *Consultation on the Place of In Vitro Fertilization in Infertility Care*, EUR/ICP/MCH 122(s), p. 7139 r.
- Shannon, Thomas (1988), "In Vitro Fertilization: Ethical Issues", en *Embryos, Ethics and Women's Rights*, p. 155.
- Saintyves, Pierre (1985), *Las madres vírgenes y los embarazos milagrosos*, Akal Universitaria, Madrid.
- Sommer, Susana E. (1991) "New Reproductive Technologies: A Report from Argentina", *Issues on Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 4, núm. 1, p. 41.
- Sommer, Susana E. (1992), "New Reproductive Technologies: A Report from Argentina II", *Issues on Reproductive and Genetic Engineering*, en prensa.
- Stanworth, Michelle (ed.) (1987), *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, University of Minnesota Press, Minneapolis.