

Notas sobre problemas éticos de las técnicas de reproducción asistida

Varada Jayant Madge

Introducción

India es ahora participante del mercado de salud global, donde las técnicas de reproducción asistida (TRA) son usadas en el sector salud de manera lucrativa. Los servicios de TRA están altamente privatizados y debido a su alto costo su acceso está muy limitado para aquéllos que los podrían necesitar. Rothman argumenta que la maternidad está basada en tres ideologías profundamente arraigadas: el patriarcado, la tecnología y el capitalismo y que estas nuevas tecnologías podrían fortalecer el valor del patriarcado reinante, especialmente en India, donde existe una presión inmensa sobre las mujeres para que se conviertan en madres y produzcan “bebés sanos” (Rothman, 2002; citado en Spilker y Lie, 2007).

Por otro lado, Srinivasan (2010) observó que cuando las mujeres no son capaces de concebir después de unos meses de matrimonio tienden a buscar ayuda de médicos o de curanderos tradicionales, independientemente del hecho de si son infértiles o no. De hecho, muchas parejas no tienen problemas de infertilidad, aunque su ansiedad y temor no es del todo irracional (el énfasis es mío). La angustia generada por la presión social sobre las mujeres para que tengan hijos es exacerbada por la definición de infertilidad. La biomedicina concibe a la infertilidad como una enfermedad que necesita una cura inmediata. Por ejemplo, antes de 1975 una pareja era declarada infértil cuando la mujer no había logrado concebir después de cinco años de coito no protegido. En 1975, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud redujo el tiempo a dos años y en 2005 a uno. Por consiguiente, esto

creó un mercado más grande para las TRA (Priya Ranjan, 2007). Los científicos y doctores tienen puntos de vista diversos sobre el lapso normal antes de que una mujer logre embarazarse, lo que conlleva a definiciones diversas de infertilidad (Pfeffer, 1987).

Estas tecnologías están cambiando las ideas tradicionales que una sociedad tiene sobre la familia y las relaciones. Inicialmente, tales tecnologías fueron desarrolladas con la intención de ayudar a parejas infértiles a tener hijos biológicos propios. Sin embargo, en el transcurso del tiempo, su uso ha sido expandido a objetivos meramente lucrativos. Esto se hace evidente a través del comercio de partes reproductivas y de la oportunidad de escoger características de los hijos basándose en la calidad de los óvulos y de los espermatozoides donados (Bryson, 1999). De ese modo, el esperma y los óvulos se han convertido en productos de comercio potenciales para el negocio de la infertilidad. Si la mujer no es joven y el hombre tiene un recuento de espermatozoides bajo, se les aconseja a la pareja utilizar óvulos y esperma de donantes, tanto en la literatura como en mi estudio, observé esto.

Hay bancos de esperma y de óvulos disponibles y estos materiales biológicos son donados y prestados a un “precio”. El uso de óvulos y esperma donados complica el concepto de relaciones biológicas. Tal como Giménez (1991: 344) señala, por medio de fertilización in vitro o de inseminación artificial, el niño está vinculado a la madre, pero no al padre. A través del uso de óvulos donados, el niño estaría vinculado al padre, pero no a la madre. Cuando tanto el óvulo como el esperma son donados, el niño no está genéticamente vinculado a ninguno de los padres. Esto tiene el potencial de alterar las relaciones y produce varios

Varada Jayant Madge. Doctora; investigadora del Centro de Medicina Social y Salud Comunitaria, JNU, Nueva Delhi, India. Correo-e: varada1205@gmail.com

tipos de vínculos madre-hijo posibles: genético, gestacional y social.

Muchos de los asuntos éticos centrales relacionados a las TRA están siendo debatidos, por ejemplo, la inseminación intrauterina (IIU), la fertilización in vitro (FIV) y la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) crean una forma tecnológica de adulterio e inseguridad sobre lo que constituye el parentesco, medicalizando la vida de las mujeres y sus preocupaciones por el estatus del embrión. Con esto último quiero decir que si la “relación biológica” es el argumento principal de estas tecnologías, el uso de esperma y de óvulos de donantes crea una confusión en el modo en que vemos las relaciones o los parentescos: ¿Quién es la madre? ¿Quién es el padre? Hay preocupaciones por el embrión y estos tratamientos han medicalizado la vida de las mujeres; quienes se someten continuamente a tratamientos hasta que resultan exitosos. Estos son algunos de los argumentos por los que cuestiono a las TRA.

El Consejo Indio a Favor de la Investigación Médica (ICMR, por sus siglas en inglés) ha enfatizado que las clínicas que ofrecen TRA han de estar acreditadas y ser supervisadas por un cuerpo independiente establecido por el Estado. En la actualidad no hay una disposición para someter a revisión la recomendación racional de TRA, sino que se ha convertido en un procedimiento otorgado a demanda. En este contexto, el objetivo del presente estudio es entender el razonamiento de las mujeres para buscar formas tecnológicas de reproducción, así como sus motivos. Por otro lado, el estudio también explora las repercusiones éticas de estos procedimientos.

Metodología

Se utilizaron entrevista para recabar información cualitativa sobre la experiencia de la infertilidad y del uso de TRA por parte de las mujeres. Las entrevistas estuvieron estructuradas de manera informal; utilizando una lista de preguntas abiertas y llevadas a cabo en un periodo de cinco meses (diciembre de 2007 a abril de 2008). Por lo general, las mujeres fueron remitidas por los médicos. Se obtuvo consentimiento escrito de

todas las participantes y sus nombres han sido cambiados para mantener su anonimato. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos y se realizaron en un cuarto privado del hospital; se llevaron a cabo en marathi, hindi e inglés (dependiendo del dominio del idioma de la participante). La información obtenida fue analizada utilizando un análisis temático. Los temas obtenidos fueron: género, auto-culpa, desaprobación social, presión social para concebir, adopción, hallazgos sobre asuntos éticos (i.e. consentimiento informado, costos del tratamiento, número de intentos, uso de esperma y óvulos de donantes y efectos secundarios de los medicamentos de fertilidad). En el presente trabajo me limito a los hallazgos relacionados a las cuestiones éticas.

Perfil de las participantes

Casi todas las mujeres contaban con una formación académica alta; algunas tenían estudios de posgrado en leyes, informática o medicina. Gran parte pertenecía a las castas superiores y era hinduista; siendo la mayoría (15) de la casta de los brahmanes y marathí (5); algunas eran cristianas (4) y una musulmana. Entre las que trabajaban había maestras, informáticas y dos diseñadoras de modas con boutique propia; una de ellas era consejera legal. La edad de las participantes osciló entre los 23 y los 45 años de edad. Alguna se habían casado muy jóvenes (entre los 16 y los 21 años); el resto, después de los 25 años de edad. La mayoría formaba parte de matrimonios concertados y vivía en familias nucleares. Las parejas habían usado varios métodos anticonceptivos como preservativos, anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos. Cerca de quince mujeres habían adoptado métodos anticonceptivos por un periodo de entre uno y tres años después de la boda; el resto no había usado método alguno y decidió consultar al médico después de uno o dos años de intentar concebir sin lograrlo. Dos mujeres del estudio consultaron al médico por infertilidad secundaria y las 23 restantes, primaria. Casi todas se habían sometido a IIU (habiendo realizado entre cuatro y doce intentos); tres a FIV (dos de ellas tres veces), una a ICSI y otra se encontraba bajo este tratamiento.

Análisis y hallazgos

Los datos fueron analizados utilizando un análisis temático. Además, utilicé citas textuales para ilustrar los temas relevantes.

Asuntos éticos relacionados a las tecnologías de reproducción asistida

Chadwick (1997) sostiene que para los profesionales de la salud la reproducción parece ser un procedimiento que consiste en inyectar espermatozoides a un óvulo, ignorando su dimensión social. Ahora que la fecundación puede llevarse a cabo en un laboratorio y el embrión puede ser colocado en el útero de una mujer, surge por primera vez en la historia de la humanidad la pregunta siguiente: ¿Quién es la madre biológica?, ¿La mujer que lleva al niño en el vientre o aquella de la que proviene el óvulo? Raymond ha argumentado que la reproducción tecnológica promueve la ideología de que el problema de la infertilidad requiere de la intervención de especialistas técnicos. Otras opciones como la vida sin hijos o la adopción no son promovidas como alternativas favorables y, por lo tanto, debido a la estructura social, a las mujeres no les queda otra opción que la de probar estas tecnologías. Desafortunadamente, al hacerlo es casi imposible reconocer la manera en que resultan lastimadas al someterse a estos procedimientos de manera repetida, con la esperanza de quedar embarazadas (Raymond 1993). Algunas de las mujeres de este estudio habían visitado más de un hospital; dos de ellas lograron concebir después de un IUI, pero tuvieron un aborto espontáneo a los cuatro y seis meses de embarazo, respectivamente. Ninguna de ellas logró un embarazo a término.

Pooja tiene 29 años de edad. Trabaja en el departamento de recursos humanos de una compañía renombrada. Al momento de la entrevista, había estado casada dos años y sus suegros y amigos la presionaban a tener un hijo. Al consultar al médico, éste le aconsejó una IUI, a la que ya se había sometido tres veces. Dice:

No consigo entender sobre qué base me aconsejó el doctor este tratamiento. Ahora que ha fallado debería proveerme

de las razones médicas exactas; pero cuando le pregunté, no tuvo respuestas.

Como Pooja, muchas mujeres de este estudio no tenían claro el por qué se les había sugerido una IUI y cuando ésta falló la primera vez, se les pidió intentarlo de nuevo. Esto depende en gran parte de la decisión del doctor. Ella dijo que simplemente estaba haciendo lo que el doctor le había dicho; como quiere tener un bebé, hace lo que se le sugiere.

Sneha es ama de casa y tiene 26 años, está casada con un hombre de negocios. Ha tenido problemas de salud reproductiva en el pasado (relacionados a menstruaciones irregulares) y obtenido tratamiento contra ello. Como resultado de la presión ejercida por su esposo y sus suegros, hace cinco años empezó un tratamiento. Ahora está bajo medicación severa y se siente mal todo el tiempo. Una vez, después del tercer intento de IUI, logró concebir, pero tuvo un aborto a los seis meses; era un embarazo doble. Su sufrimiento fue claro al narrar su historia: quiere dejar el tratamiento, pero no puede por la presión que su esposo y sus suegros ejercen sobre ella. Relata:

Ya ha sido mucho tiempo... Vengo al hospital y tomo tratamientos contra la infertilidad y no pasa nada. Estoy harta. Quiero adoptar un bebé. He sido capaz de concebir y siento que mi cuerpo ya no puede soportar más tratamientos. Estoy harta de tener que tomar tratamientos y he perdido la esperanza de poder concebir. Además, no me han dado razones que expliquen el fracaso del tratamiento.

La obligación de obtener consentimiento informado de una mujer antes de cualquier intervención médica es su derecho fundamental (Gupta, 2007). En los dos casos arriba descritos vemos que el personal del hospital no explicó el posible fracaso del tratamiento a las pacientes. Gupta señala que la desesperación de las mujeres indias incapaces de tener hijos ha sido explotada durante muchos años por todo tipo de charlatanes, herbolarios, curanderos por fe y ahora por especialistas en infertilidad. El explicar a los clientes los procedimientos del tratamiento, los costos relacionados y los efectos secundarios de

los medicamentos es un proceso largo; no obstante, se espera que los médicos provean estos detalles a sus pacientes (Gupta, 2007). Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no se hizo.

El derecho a la información: qué tan ético es el consentimiento informado

Durante mi trabajo presencié la manera en que los hospitales obtuvieron el consentimiento informado y observé el proceso. La forma está en inglés y es explicada en marathi a aquéllos que no entienden el idioma. Una pregunta recurrente que me surgió es si las mujeres estaban entendiendo lo que se les decía; muchas no estaban conscientes de los procedimientos médicos y no podían entender la forma en su lenguaje médico; en este estudio intento enfatizar este aspecto.

¿Fueron provistas con los detalles del procedimiento en cada intento? ¿Quién es responsable de esta falta, de no ser así? Generalmente, es el doctor asistente quien toma el consentimiento informado y si éste está ocupado se le informa a la “paciente” que la forma “es sobre el procedimiento y que nada más tiene que firmar”.

Haciendo una revisión ética del proceso, no se brinda orientación a las parejas que solicitan el tratamiento y muchas veces éstas no entienden completamente el procedimiento. Mis entrevistas con las mujeres hacen evidente que no existe un protocolo uniforme que especifique por qué se sugiere una IIU a algunas mujeres, una FIV o una ICSI a otras. Además, me di cuenta de que muchas veces se proporciona información incompleta. Los médicos exponen principalmente los éxitos del tratamiento y rara vez sus fracasos o sus efectos secundarios. Además, como investigadora, me incomodó ver el modo en que las clínicas tratan de crear una atmósfera positiva en los hospitales y hacen su mayor esfuerzo dando nombres atractivos a los programas, colocando fotografías de niños en las paredes que muestran lo lindo del bebé y el modo en que los doctores ayudarán a cumplir los sueños de la pareja.

Tales imágenes positivas pueden ayudar a los pacientes durante el procedimiento pero, al mismo tiempo, pueden ser interpretados como

manipulativos, ya que se enfatizan los efectos positivos y no los fracasos, ni los efectos secundarios.

Sheetal tiene 27 años de edad. Cuenta con estudios universitarios y lleva tres años casada, la relación con su familia es distante. Le gusta su trabajo y el único modo en que logra dejar sus problemas de lado es laborando. Su esposo la apoya, pero la presión para que conciba persiste. Cuando acudieron al médico se les dio poca información sobre el procedimiento. La forma de consenso estaba en inglés, pero se les explicó en marathi. Aunque entiende el inglés, le fue difícil entender la terminología médica de la forma. Explica:

Después de consultar al médico, me aconsejaron una IIU y una FIV, de ser necesario. Los médicos están tan ocupados que no tienen tiempo para discutir el problema, no se me explicó ni el costo total, ni el número de intentos necesarios, ni los posibles efectos secundarios.

El objetivo de obtener consentimiento informado es asegurar que la mujer sepa lo que los médicos intentarán hacer, otorgarles permiso para proceder y, en caso de que el tratamiento falle, informar a la pareja que tiene el derecho a realizar preguntas; lo que es difícil de lograr en casos donde relaciones de poder desiguales mitigan la autodeterminación de las mujeres (Fasouliotis y Schenker, 1999:35).

Se hizo evidente que la mayoría de las participantes del estudio se habían sometido a muchos ciclos de IIU y FIV y habían tenido varias experiencias desagradables con esta tecnología. Ellas lo vivían como un fracaso personal, y no de la tecnología (SAMA, 2007).

Esperma y óvulos de donantes

Aarti tiene 35 años de edad. Pertenece a una casta y a una clase altas, trabaja en una compañía de software. Al consultar al doctor, se le pidió someterse a una IIU y ahora ha tenido cinco intentos fallidos. Durante la entrevista compartió su dolor, no sólo por el fracaso del tratamiento sino por sentirse “engañada” por el hospital. Cuenta:

Los doctores dijeron que algún día se lograría; que teníamos que seguir intentando y tomar el tratamiento; que el éxito depende también de la suerte. Después nos enteramos que estaban utilizando esperma de donantes. Ya es suficientemente difícil no poder concebir por sí mismos; tener que usar el esperma de alguien más no es una experiencia cómoda. No teníamos ni idea de que estaban haciendo esto. Cuando preguntamos, nos dijeron que el sistema simplemente es así. Yo siento que fui engañada, fue una experiencia horrible. Todo este tiempo ni siquiera sabía lo que estaban haciendo conmigo. Fue como un golpe doble contra mis emociones; uno, porque el tratamiento fracasaba constantemente y el segundo porque nos engañaron.

Kirti, una mujer de 40 años de edad se ha sometido a FIV tres veces, dos con el esperma de su esposo y una con el de un donante. Relata:

El único problema es que quiero concebir tan pronto y como sea posible. Esto me molesta mucho y es un motivo de constante preocupación. A mi edad me siento avergonzada e indigna por no tener un hijo; todos los que me rodean tienen uno. Cuando me preguntaron sobre las características que me gustaría que mi hijo tuviera, di detalles sobre la educación, los antecedentes familiares y el color deseados. Los detalles sobre el donante o la disponibilidad son mantenidos anónimos.

Vemos que el mercado de esperma está creciendo y que, en general, sigue estando poco regulado. Debora Spar (2006:37) señaló que para 1999 había más de 100 bancos de esperma en los EEUU. La autora apunta que, por ejemplo en el *Cryobank* de California se provee una cantidad de información sobre el donante (edad, altura, peso, antecedentes familiares, educación, color de ojos/cabello y ocupación); además, como si esto no fuera suficiente, el cliente envía fotografías de la persona a la que quieren que su hijo se parezca. La mayoría de los donantes son estudiantes universitarios que donan varias veces a la semana a cambio de “dinero rápido” que les ayude a pagar las cuotas universitarias. Así, teniendo proveedores de bajo

costo, los bancos de esperma están generando ganancias enormes. Kimbrell señaló que a los estudiantes se les pagan \$50 dólares por donación. Posteriormente, las muestras de esperma se venden a clínicas y a médicos por cerca de \$200 cada una. Lamentablemente, no tenemos estudios similares en India.

La donación de esperma implica cuestiones éticas que otras partes del cuerpo no tienen; la donación de esperma puede generar algo irremplazable: un niño (Kimbrell, 1993:77).

Uno de los líderes en el mercado es Cryos International Sperm Bank, una compañía de Aarhus, Dinamarca, que vende esperma en todo el mundo. En la actualidad exporta esperma más de 50 países (Spar, 2006:38).

Recientemente, Cryos abrió un centro en Mumbai, convirtiéndose en el primer banco de esperma internacional en India. Como se puede observar en su sitio web, la especialidad de la compañía incluye el mantener información sobre los productos clínicos relacionados con el esperma. Esta compañía ha invertido cerca de diez millones de rupias (alrededor de \$200,000) en India. Su establecimiento hace surgir preocupaciones como: ¿Debemos promover una forma de donación en la que el donante no pretende fungir como padre y que, además, tendrá varios hijos genéticos en el mundo?

En el presente estudio, los dos hospitales estaban afiliados a un banco de esperma a las afueras de Pune; la clínica no brindó detalles sobre éste. Clínicas de fertilidad como *Bionetics Formation, Inc.* y *Repository for Germinal Choice* ofrecen óvulos y esperma de “élite” que supuestamente proviene de los más brillantes y más guapos de la sociedad. Tales clínicas no sólo venden materiales biológicos y tecnología reproductiva, sino también la noción de que características como la belleza, la inteligencia, la habilidad atlética y el éxito económico tienen un origen genético. Además, los bancos de esperma y las agencias de óvulos están fuertemente influenciadas por la noción (y la han ayudado a difundir) de que algunas características (sociales o físicas) son más deseables que otras

(Tober, 2002). El deseo de tener un bebé con características particulares puede sugerir una nueva forma de eugenesia (Shildrick, 2004).

En años recientes, el enfoque *laissez-faire* de mercado en la venta de esperma también ha sido extendido al de la venta de óvulos. No fue sino hasta 1978 cuando la fecundación in vitro convirtió a los óvulos en productos potenciales del negocio de la infertilidad. En la actualidad hay diez clínicas en los Estados Unidos que proveen listas de mujeres jóvenes dispuestas a proveer óvulos con un costo de \$2,000 por extracción. Con la ayuda de estas nuevas herramientas de diagnóstico genético se puede identificar a los embriones “defectuosos” y ser destruidos e implantar a aquéllos deseables (Spilker y Lie, 2007). A pesar de estas problemáticas, las clínicas involucradas en la donación de óvulos siguen sin regulación. Otro ejemplo que ilustra el modo en que el mercado de óvulos genera ganancias lo constituye la “subasta de óvulos” llevada a cabo en 1999, en la que se vendieron a un precio de entre \$15,000 y \$150,000, en aumentos de \$1,000 (Schonfeld, 2003:168). También observamos que muchas agencias de óvulos y bancos de esperma son fundados o atendidos por médicos y enfermeras. Éstos constituyen representantes de un mercado medicalizado y, como tales, tienen el poder de moldear el proceso de venta de óvulos y de esperma (Almeling, 2007). Una vez más, en India no contamos con estudios sobre donantes de óvulos ni de bancos de esperma.

Kirti, quien se casó tarde a los 33 años, tiene ahora 40. Ella se quería concentrarse en su propia vida y en su carrera. Dice que el matrimonio era inevitable y se casó por su familia; ahora, como no ha podido concebir, empezó el tratamiento. Tomando en cuenta su edad, se le recomendó someterse a una FIV, el siguiente tratamiento sería el de óvulos donados ya que ella no cuenta con óvulos de calidad. Relata:

Siento que los doctores no me están dando información certera, cuando vine al hospital nadie me aconsejó someterme a una IIU, sino que sugirieron directamente la FIV, y si esto falla, se me pide considere la opción de óvulos donados.

Komal, de 38 años de edad, es una mujer que se ha sometido a doce IIU y a una FIV, todas han fracasado. Su relato conmovería a cualquiera, se siente avergonzada de tener que ir y sentarse en la sala de pacientes externos cada vez que el tratamiento fracasa. Los doctores realizaron una laparoscopia en uno de los hospitales, donde le dijeron que tiene fibromas en el útero y, por lo tanto, no puede concebir. No obstante, continuaron con una IIU. En el hospital actual, el doctor consultado le garantizó que podría concebir. Lo que muestra que los médicos, sin importar su condición médica, después de varios intentos fallidos y a sabiendas de que nunca podría concebir, le aconsejaron someterse a una IIU y a una FIV. Komal relata:

Yo no sé por qué el tratamiento falla cada vez, los doctores no tienen tiempo para discutirlo a detalle con nosotros; ahora se me pidió que considere la donación de óvulos.

Estudiando el caso de Komal, suponemos que no hay medios confiables para predecir si una TRA será exitosa y después de cuántos intentos. La complejidad de estos procedimientos hace difícil que las mujeres evalúen si un tratamiento de TRA específico que se les ofrece es realmente necesario o apropiado; especialmente al principio.

Priti es una mujer de 45 años, económicamente activa. Durante la entrevista estuvo inconsolable; no había podido concebir por mucho tiempo. De acuerdo a informes médicos, el conducto deferente de su esposo está bloqueado. El doctor sugirió una FIV con esperma y óvulos de donantes, ya que ella no cuenta con “óvulos de calidad” por estar demasiado “vieja” para producirlos. Tres ciclos del tratamiento de FIV han fracasado, durante la entrevista dijo en llanto:

Me siento desalentada todo el tiempo por mi condición, por el fracaso del tratamiento y por tener que pedir dinero prestado para el tratamiento. Me he sometido a dos ciclos de IIU y tres FIV. El conducto deferente de mi esposo está bloqueado y, por eso, se propuso utilizar esperma de donante. Para mí es una causa de angustia constante y me hace sentir despreciable.

Priti expuso su desconcierto porque el doctor explicó el fracaso de dos procedimientos diferentes de la misma manera.

El doctor me aconsejó someterme a un IIU; hice lo que me había sugerido y el tratamiento falló. Yo me deprimí muchísimo por todo esto. El doctor nos dijo que no había óvulos de calidad, que no son suficientes en cantidad y que por eso el tratamiento había fracasado. Luego nos sugirió una FIV. Ya me sometí a dos de estos procedimientos y ninguno ha tenido éxito.

no quiero defender nada, sino más bien sugerir. Debido a que estas tecnologías se hallan en el mercado EN India y no están reguladas, hasta la fecha no hay quien supervise estos programas, además, debería existir un protocolo general. Los principios básicos de la ética incluyen la autonomía, la justicia y la no-maleficencia; a grandes rasgos esto significa que ha de haber veracidad, confidencialidad, consentimiento informado, participación voluntaria y no-daño.

La edad de las mujeres siempre ha sido un criterio importante para determinar la probabilidad de embarazarse. Es sorprendente que a Priti y Devi se les ofrezcan estas tecnologías sin informarles que sus probabilidades de éxito son menores, comparadas a las de mujeres más jóvenes. Además, podrían tener mayor riesgo de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos y de nacimientos muertos. Las mujeres de este grupo etario presentan tasas más altas de cesáreas, comparadas las más jóvenes. Las complicaciones del parto pueden incluir mayor riesgo de hemorragia post-parto (Perla, 2001); así surge la siguiente pregunta: ¿Es necesario promover tecnologías que pone en riesgo su vida?

Las mujeres del estudio que se habían sometido a ciclos de extracción de óvulos, pero no sabían cuántos óvulos habían sido extraídos. De acuerdo a los médicos de la clínica, el número de óvulos extraídos varía entre cinco y diez (a veces hasta quince). Algunos de estos óvulos pueden ser extraídos y donados o criopreservados; pudiendo ser usados con fines de investigación sobre células madre, las mujeres del estudio no sabían sobre esto. Las células madre son la base de otro tipo de

células especializadas del tejido nervioso, óseo y fibroso. Esta investigación es una forma nueva de biotecnología experimental con ramificaciones éticas propias (Perla, 2001).

Una de las preguntas éticas clave relacionadas a la donación de óvulos, esperma y embriones la constituye el hecho de si debe informar al niño concebido de esta manera sobre sus orígenes. Las mujeres que desean volverse donantes de óvulos deben someterse a una estimulación de ovarios y a procedimientos dolorosos de extracción. Tales procedimientos implican riesgos, conforme a la salud de las donantes (Kuhse, 2001:310).

Durante la extracción de óvulos se retira un número que es ignorado por la donante. Ni a la donante, ni a la receptora se le da información sobre la fuente o el destino de los óvulos (Gupta, 2007). Al mismo tiempo que debe existir un derecho a la confidencialidad, las pautas del ICMR hacen mención de que si el niño quiere saber su origen, éste tiene derecho pleno: ¿Cómo pueden ser conciliados estos dos derechos? (ICMR, Pautas para la acreditación, la supervisión y la reglamentación de las clínicas de tecnologías de reproducción asistida en India)¹. Tanto la ICSI como la activación ovocita hacen surgir una serie de problemáticas: puede haber riesgo de gemelos monocoriónicos (gemelos idénticos que comparten el mismo corion), mismos que tienden a estar asociados a bajo peso al nacer, a mala salud y a una sobrevivencia infantil baja (Kuhse, 2001).

Problemas de salud: ¿Constituyen efectos secundarios prescritos?

A diferencia de la donación de esperma, la de óvulos presenta varios riesgos. En la FIV pueden incluir complicaciones, como la hiperestimulación de los ovarios, que podría aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. Por ejemplo, la incidencia reportada de embarazos ectópicos después de un tratamiento de FIV oscila entre el uno o el dos por ciento de todos los embarazos. Además, después del primer embarazo de este tipo, el riesgo de recurrencia oscila entre el 10 y el 20 por ciento; el riesgo de nacimiento muerto se multiplica por

¹ http://www.icmr.nic.in/art/Chapter_3.pdf, Capítulo 3, Página 60, accesado el 01/03/2011

2.55. Los bebés nacen con bajo peso y tienen mayor riesgo de ser demasiado pequeños para su edad gestacional (Sutcliffe y Ludwig, 2007). Otro riesgo de la ICSI es que el bebé nazca con labio leporino. Entre los riesgos asociados a la ICSI se encuentran retrasos en el desarrollo de un 2 a un 3% en niños. Sin embargo, estas cuestiones no son mencionadas a las parejas nunca (ICMR 2002; citado en Gupta, 2007).

No hay tratamiento médico alguno no que implique dolor, ni efectos secundarios; tampoco en el caso de los medicamentos para la fertilidad. La literatura muestra que estos medicamentos que son administrados a las mujeres para estimular la producción de óvulos están asociados a riesgos como el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO), a embarazos múltiples y a torsiones de ovarios² (esto ocurre cuando el ovario estimulado se tuerce sobre sí mismo, cortando así su suministro de sangre). El riesgo general es de cerca del 0.2 por ciento. La torsión de ovarios puede causar dolores severos y sensibilidad en el abdomen bajo. El tratamiento incluye la cirugía para destorcer al ovario y su extracción en algunos casos.

La estimulación excesiva de los ovarios puede llevar al SHO, mismo que puede poner en riesgo la vida de la mujer. Otros efectos secundarios constituyen: molestias abdominales, náuseas, aumento de peso e inflamación abdominal leve. Además, otros síntomas incluyen náuseas, vómitos, dolores abdominales severos, diarrea y deshidratación. También se puede presentar retención de líquidos en la cavidad abdominal y en el pecho, causando inflamación abdominal y problemas para respirar. Hay una reducción en la producción de orina. Otras complicaciones severas asociadas al SHO incluyen enfermedades de coagulación de sangre, daños renales y torsión de ovarios. Las complicaciones y las consecuencias psicológicas posteriores al tratamiento pocas veces han sido resaltadas por los medios o hechas explícitas por los médicos

²http://www.healthatoz.com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.jsp?requestURI=/healthatoz/Atoz/ency/abortion_selective.jsp, accesado el 4 de julio, 2008.

Asha, quien se ha sometido a diversos tratamientos en diferentes hospitales y ha estado tomando medicinas por un largo tiempo (debido a una serie de problemas) dice:

Los medicamentos están ocasionando efectos secundarios: náuseas, aumento de peso, de sed y debilidad general; me siento apática y no me puedo concentrar en nada, tengo sensaciones de quemazón en el área de la vagina y transpiración.

La carga de los costos del tratamiento

Los costos del tratamiento en ambos hospitales privados variaron de 50,000 a 80,000 rupias por una sola FIV. Los costos sociales y psicológicos de la infertilidad para las parejas han aumentado con el desarrollo de las TRA. Los emocionales implicados cuando el tratamiento falla son difíciles de medir y no son sencillos de enfrentar para las mujeres. Todas mostraron preocupación por tener que pagar los préstamos que han solicitado. No existe un equilibrio entre el nivel de sofisticación y de atención brindada a todo pequeño detalle de las tecnologías utilizadas para la reproducción asistida y la atención proporcionada a los sentimientos, los miedos y las preocupaciones de la pareja infértil (Hardy E y Makuch, 2001).

Rubina, de 23 años, fue la participante más joven. Con estudios universitarios y un inglés excelente, se casó a los 21 años, a pesar de que no quería. El matrimonio y la crianza de niños le parecen experiencias horrorizantes, quería seguir estudiando, pero se casó bajo presión de sus padres. No ha podido concebir desde su casamiento y, por eso, consultó al médico, tiene una de las historias más tristes. No nada más el costo del tratamiento es exorbitante para su salario mensual de 15,000 rupias, sino que, además, a la carga económica se le suma la renta de su alojamiento. Relata:

Hasta ahora hemos gastado 90,000 rupias. Pedimos un préstamo al banco y empeñamos joyas para poder pagar el tratamiento. Como vivo lejos del hospital (50 km) y la distancia era muy agobiante, rentamos una casa en la cercanía y viviremos ahí hasta acabarlo.

Discusión y conclusión

Mi papel en este estudio ha sido el de investigadora, en el que intento por presentar los hallazgos sin simplificarlos. El estudio fue llevado a cabo en un periodo de cinco meses en dos hospitales privados y, por eso, no puede ser generalizado a la experiencia general de las mujeres que se someten a TRA. El periodo del estudio fue corto y no se pudo hacer un seguimiento de las mujeres para investigar más a profundidad su experiencia. A pesar de que la información provista por las participantes fue verídica y estuvo basada en su tratamiento, no pude verificarla con los médicos debido a los límites de tiempo.

Por otro lado, también tuve la oportunidad de interactuar con los tres médicos, pero debido a su falta de tiempo, no me fue posible establecer discusiones a profundidad con ellos sobre las TRA. No es mi intención dar una imagen de los médicos como insensibles o poco éticos, sino mostrar la realidad del contexto de las TRA. Como la tecnología es promocionada en el mercado, las parejas se sienten obligadas a probarla. Desde que las TRA fueron introducidas en India le han dado a parejas desesperadas esperanzas de tener su propio bebé; sin embargo (tal como se puede ver en el estudio) esta esperanza es, a menudo, inapropiada. La característica más impactante que observé es la brecha entre el deseo creado de tener un hijo biológico y la habilidad de concebirlo. Debe también haber un énfasis en soluciones no tecnológicas, como medidas preventivas contra la infertilidad, la adopción de niños de ambos sexos y la creación de conciencia para reducir la presión social de una paternidad biológica. Por otro lado, también hay una necesidad urgente de regular la práctica médica. En el caso de la FIV las mujeres no saben cuántos óvulos les son extraídos y qué pasa con los embriones no utilizados. Es un producto utilizado por tecnócratas, la industria farmacéutica, bancos de esperma y agencias de óvulos (Glasner, 2005).

Por otro lado, se debería registrar el número de intentos o el número de embarazos interrumpidos de manera espontánea. Además, se requieren análisis a profundidad adecuados y estudios a largo plazo para establecer la seguridad de las TRA.

Estas tecnologías no deberían volverse de rutina en la práctica médica, hasta no haber sido sometidas a una evaluación científica; lo que en el caso de la IIU, de la FIV y de la ICSI todavía no ha sucedido.

Por último, algunos observadores temen que la disponibilidad de las TRA dará a los humanos la posibilidad de manipular su herencia genética.³ Rao (2010) señala que la industria genética ha obtenido mucho financiamiento y popularidad en los EEUU, lo que ha ocasionado una reacción exagerada sobre la creencia de que las habilidades están en los genes, sobre la pureza racial y sobre los hijos libres de enfermedades. Quizá esto es exactamente lo que las TRA intentan hacer, mientras, los pobres siguen siendo ignorados y continúan siendo víctimas de la falta de instalaciones de salud.

Referencia

- Almeling, R (2007), "Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks And The Medical Market In Genetic Material", *American Sociologist Review*, vol 72, pp. 319-340.
- Bryson V, (1999), *Feminsit Debates, Issues of Theory and Political Practice*, London: McMillan
- Chadwick, R (1987), "Having Children" in *Ethics, Reproduction and Genetic Control*, ed by Chadwick, R, Routledge, New York.
- Fasouliotis, S, J and Schenker, J, G (1999), "Social aspects in Assisted Reproduction", *Human Reproduction update*, vol 5, no 1, pp. 26-39.
- Gimenez (1991), "The Mode of Reproduction in Transition: A Marxist-Feminist Analysis of the Effects of Reproductive Technologies", *Gender and Society*, Vol. 5, No. 3, pp.334-350.
- Glasner, P (2005), "Banking On Immortality? Exploring The Stem Cell Supply Chain From Embryo To Therapeutic Application", *Current Sociology*, vol 53, no 2, pp. 355-366.

³<http://www.articlesbase.com/pregnancy-articles/assisted-reproductive-techniquesart-ethical-issues-2773414.html>, accesado el 26 de noviembre, 2010.

- Gupta, J, A (2007), "Globalisation and Reproductive Technologies-global and local articulations", Paper presented at the National Consultation on New Reproductive Technologies, JNU, New Delhi, 3-5 Jan 2007.
- Hardy,E and Makuch, M, Y (2001), "Gender, Infertility and ART" in WHO's *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction, Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction*, held at WHO Headquarters in Geneva, 17-21 September 2001.
- Kimbrell, A (1993), *The Human Body Shop*, New York, Harper Collins Publisher.
- Kuhse, H (2001), "Patient-Centred Ethical Issues Raised by the Procurement And Use of Gametes And Embryos in Assisted Reproduction" in WHO's *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, 17-21 September 2001.
- Perla, L (2001), "Is In-Vitro Fertilization For Older Women Ethical? A Personal Perspective", *Nursing Ethics*, vol 8, no 2, pp. 152-158.
- Pfeffer, N (1987), "Artificial Insemination and Infertility" in *Reproductive Technology: Gender, Motherhood and Medicine*, ed by Stanworth, M, London, Sage Publications.
- Priya Ranjan (2007), Unpublished, M.phil Dissertation submitted to CSMCH entitled, "Setting the Agenda for Neo Eugenics: An Exploration", JNU, New Delhi.
- Rao, M (2010), "The Brave New World Of Neo Eugenics" in *Making Babies: Birth Markets And Assisted Reproductive Technologies In India*, ed by Srinivasan, S, New Delhi, Zubaan Publications
- Raymond, J (1993), *Women as Wombs: Reproductive Technologies and the Battle over Woman's Freedom*, Harper, San Francisco.
- SAMA (2007), "Assisted Reproductive Technologies in India: Implications for Women", *Economic and Political Weekly*, vol 42, no. 23, pp. 2184-2189.
- Schonfeld, T, L (2003), "Smart Men And Beautiful Women: Social Values And Gamete Commodification", *Bulleting of Science and Technology And Society*, vol 23, pp. 168-173.
- Shildrick, M (2004), "Genetics, Normativity and Ethics: Some Bioethical Concerns", *Feminist Theory*, vol 5, no. 2, pp. 149-165.
- Spar, D, L (2006), *The Baby Business: How Money, Science And Politics Drive The Commerce Of Conception*, Harvard Business School Press, Boston
- Spilker, K and Lie, M (2007), "Gender and Bioethics Intertwined: Egg Donation Within The Context Of Equal Opportunities", *European Journal of Women's Studies*, Vol 14, pp. 327-340.
- Srinivasan, S (2010), "Assisted Reproductive Technologies, Rights and Choices" in *Making Babies: Birth Markets and Assisted Reproductive Technologies in India*, ed by Srinivasan S, New Delhi, Zubaan Publications.
- Sutcliffe A,G, Ludwig, M (2007), "Outcome of Assisted Reproduction", *Lancet*, vol 370,pp. 351-359
- Tober, D, M (2002), "Semen As Gift, Semen As Goods: Reproductive Workers And The Market In Altruism" in *Commodifying Bodies*, ed by Hughes, N,S and Wacquant, L, Sage Publications, London

Recibido: 2 de marzo de 2011.

Aprobado: 15 de mayo de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos