

## REPRODUCCIÓN ASISTIDA

De acuerdo con el (Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2008. p.11) Se llama técnicas de reproducción asistida (TRA) a los diferentes procedimientos que, en mayor o menor medida pueden reemplazar o colaborar en uno o más pasos naturales del proceso de reproducción. Generalmente, se parte de la base de que toda persona adulta tiene el derecho de procrear, y en la mayoría de los casos, la gente hace uso de ese derecho sin requerir asistencia de terceros. No sucede lo mismo cuando se trata de personas infértiles que deben apelar a tecnologías reproductivas. El hecho de tener que requerir intervención por parte de otro ya comienza a plantear problemas. Como se analizará en primer lugar, implica una interferencia en un acto muy íntimo y privado como es concebir un hijo, al estar ligadas a cuestiones tan personales como la reproducción, y a la manipulación de material germinal (sean éstos óvulos, espermatozoides o embriones) respecto de los cuales hay posiciones muy diversas desde las diferentes religiones, en las diferentes sociedades y en el mundo científico; muchos de los debates respecto de estas técnicas están teñidos por posiciones emocionales. Involucran, además, la incorporación de técnicas científicas y médicas que parecen llevar a una “desnaturalización” y “medicalización” de este proceso. Rebecca Cook y Bernard Dickens recuerdan un comentario de Kleegman y Kaufman respecto del desarrollo a la aceptación de la inseminación artificial que ilustra la “aversión” que ciertas tecnologías generan (algo semejante sucedió con los

primeros trasplantes de corazón): “Cualquier cambio en las costumbres o las prácticas en esta área emocionalmente sobrecargada, ha generado siempre una primera respuesta de negación con horror de las costumbres establecidas o de la ley, luego de negación sin horror, luego una lenta y gradual curiosidad, estudio, evaluación, y finalmente una muy lenta pero constante aceptación”. Indudablemente las técnicas de reproducción asistida presentan un campo muy complejo en donde conviven reacciones emocionales, y éstas se entrecruzan con preocupaciones y críticas racionales. A lo anterior se suman acendradas actitudes sociales (estereotipos de maternidad o virilidad), visiones divergentes sobre el rol de la mujer, la percepción positiva o negativa de la medicalización de ciertos procesos naturales. Se trata de un terreno con diferentes aristas de difícil abordaje. No permite una mirada única y simple, de todo o nada. Así en este trabajo se intenta desplegar las diferentes argumentaciones brindadas, explicitar problemas de implementación, señalar el impacto que la infertilidad tiene en el contexto local, así como el compromiso que puede estar involucrado desde los derechos humanos, la ética y la perspectiva de género.

### **Inseminación artificial homóloga y heteróloga**

(Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2008. p.36-45) Una de las técnicas más antiguas y más simples es la inseminación artificial (IA). Este procedimiento reemplaza la relación sexual en la pareja como medio para lograr el embarazo y se utiliza, especialmente, para superar algunos casos leves de infertilidad masculina y femenina. La inseminación artificial se puede realizar con el espermatozoide de la pareja (homóloga) o con el de un donante (IAD), también denominada heteróloga. Un problema serio que se presenta con esta técnica es la posibilidad de embarazos múltiples. Con frecuencia, antes de inseminar artificialmente se dan drogas a la paciente para inducir la ovulación.

Se produce la posibilidad de superovulación, lo cual incrementa el riesgo de embarazos múltiples. Si bien este problema no es privativo de la IA, es justamente con estas técnicas más simples que muchas veces implica menor sofisticación técnica y podrían ser objeto de ciertos “descuidos” o monitoreos insuficientes en las que se da los mayores niveles de incidencia. Por otro lado, como la fecundación se produce “naturalmente” resulta más difícil de controlar que, por ejemplo, en la fecundación in vitro (FIV) en la cual se puede decidir, directamente, transferir un número determinado de embriones (que en algunos casos puede ser sólo uno o dos, “duplicar” o “triplicar” la felicidad de la pareja y culminar la formación completa de la familia). No celebrar la ansiada gestación en estos casos múltiples, si bien “un poco” desmedida parece acercarse a la ingratitud y búsqueda egoísta de la perfección. Sin embargo, tal como se ha señalado estos embarazos conllevan numerosos trastornos y distan de ser tales éxitos. La existencia de embarazos múltiples puede acarrear otro problema y éste es el verse en la necesidad de hacer una reducción embrionaria o un aborto selectivo de uno o más de los embriones implantados. Esto permite continuar con el embarazo de dos o a lo sumo tres embriones con menos riesgo para la madre y para los embriones, pero implica verse en la paradójica situación de tener que someterse a un aborto, cuando lo que se quiere es concebir un niño.

### **Fecundación in vitro**

Otro tipo de técnica más sofisticada es la fecundación in vitro (FIV). El primer bebé que nació con esta técnica fue Louise Brown en 1978 (Inglaterra). Existen diferentes variaciones de esta. Una primera opción es la transferencia de óvulos frescos fecundados. La técnica consiste en la extracción de óvulos de la mujer. El procedimiento de aspiración de gametos femeninos (óvulos) requiere un monitoreo cuidadoso del ciclo de inducción en el cual la mujer recibe las

drogas de fertilidad, un procedimiento quirúrgico para aspirar los óvulos (laparoscopia), hoy en día frecuentemente reemplazada por una aspiración transvaginal bajo control ecográfico y una técnica de laboratorio especial para este tratamiento. Una vez obtenidos los óvulos se los pone en una probeta con una solución similar a la que se encuentra en las trompas de Falopio. A esta solución se le agrega el espermatozoide. El óvulo fertilizado puede examinarse durante un par de días mientras se divide celularmente, para después introducirlo por la vagina en el útero. Cuando el embrión se implanta en la pared uterina hay embarazo. De esta manera, la tecnología logra superar, por ejemplo, el bloqueo de las trompas de Falopio, que impedía que el espermatozoide llegara al óvulo. Una de las primeras críticas que se dirigieron contra esta técnica apuntaba a sus efectos, se cuestionaba si el uso de este método podía traer malformaciones en el niño o problemas de salud en la mujer. Con respecto a los efectos en el niño, este tipo de objeciones ha sido rebatida por la experiencia, dado que el porcentaje de bebés que nace con anomalías es de un 3% (el mismo porcentaje de anomalías en bebés concebidos naturalmente). En lo que concierne a los efectos en la salud de la mujer, todavía no se han obtenido resultados concluyentes con respecto a los efectos a largo plazo que puede traer el uso de drogas y hormonas para inducir la ovulación, por ello es importante que las pacientes sean adecuadamente informadas. Pero como se ha visto, lo mismo se aplica a técnicas menos sofisticadas como la IA. Una segunda opción es la transferencia de óvulos fecundados congelados. En este caso la técnica anterior se complementa con otro procedimiento: el congelamiento (crio preservación) de embriones no transferidos.

### **La inyección intracitoplasmática del espermatozoide**

Una técnica semejante a la FIV en la cual la fecundación del óvulo se realiza extra-corporalmente es la inyección intracitoplasmática del espermatozoide

(ICSI). La diferencia de esta técnica con la FIV se da en la fertilización del óvulo. En esta técnica, que data de 1986, se selecciona un solo espermatozoide por óvulo, se lo carga en una aguja especial y se lo inyecta dentro del óvulo mediante micromanipuladores. Una vez fertilizado el óvulo se procede de manera similar a la fertilización in vitro. Esta técnica se utiliza en los casos en los cuales fundamentalmente hay serios problemas con los espermatozoides. De hecho, no se sabe bien la causa, pero han aumentado los casos de infertilidad masculina en los últimos años. Se piensa que algunos motivos están relacionados con el estrés, el consumo de tabaco y sobre todo con contaminantes ambientales. Los casos que resultan problemáticos son aquellos en los que se utiliza esta técnica porque el semen del varón presenta graves problemas como la ausencia de espermatozoides (azoospermia) o la muerte de los espermatozoides en el eyaculado (necrozoospermia). Para recuperar espermatozoides vivos se hace una punción epididimaria o del testículo para recuperar espermatozoides inmaduros pero vivos.

### **Implicaciones del “doble estándar moral” con relación a la implementación de las técnicas de reproducción asistida.**

En América Latina se privilegia sutilmente el bienestar de los embriones por encima del de las mujeres y sus parejas. Un elemento que no se debe pasar por alto es la importancia que se otorga a los óvulos fecundados o embriones. Esto se encuentra presente en algunas actitudes, en la terminología utilizada y en ciertas prácticas que determinan y limitan disimuladamente las opciones que pueden ofrecérsele a una mujer o a una pareja. Se tomarán como ejemplo cuatro actitudes y prácticas que ponen esto de manifiesto y que se plantean en muchos centros de reproducción asistida.

1) El rechazo a criopreservar embriones cuando no existe ninguna ley que lo prohíba.

- 2) La obligación de donar embriones.
- 3) La terminología que se utiliza: “adopción prenatal”.
- 4) La paradoja de introducir el diagnóstico genético pre-implantatorio cuando no se acepta el descarte de embriones.

Las primeras cuestiones están relacionadas con posibles límites o daños del bienestar de las mujeres para proteger a los embriones. Para evaluar el primer punto es necesario aclarar la lógica del procedimiento. Como ya se mencionó, las técnicas más complejas como la fertilización in vitro o el ICSI necesitan fertilizar los óvulos ex útero para luego transferirlos a la mujer. Hay que tener en cuenta que el éxito de estas técnicas no es alto y que frecuentemente hay que repetir el proceso durante varios ciclos para lograr el embarazo.

**Referencias :**

*(Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2008.) Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. Noviembre 5, 2019, de Instituto Interamericano de Derechos Humanos p. 36-58 Sitio web: <https://iac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Libro%204.%20Reproduccion%20asistida.pdf>*