



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho www.bioeticayderecho.ub.es

ARTÍCULO

El equívoco de la esterilidad: ¿enfermedad o manipulación?

FRANCISCO JOSÉ BALLESTA BALLESTER*

* L.C., Licenciado en Medicina, Profesor ordinario y Coordinador del ciclo de doctorado de la Facultad de Bioética del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma.

Resumen

En este trabajo se analiza el problema de la esterilidad buscando circunscribirlo adecuadamente y poniendo de manifiesto las inexactitudes que están ligadas a su consideración. La función reproductora y el concepto de esterilidad, la frecuencia del fenómeno, su prevención y "tratamiento" son los tópicos que se examinan.

Palabras clave: esterilidad; enfermedad; medicina del deseo.

Abstract

In this work we analyze the sterility problem searching for circumscribe it correctly and displaying the inaccuracies linked to its consideration. The reproductive function and the sterility concept, the frequency of this phenomenon, its prevention and "therapy", are the topics explored.

Key words: sterility; illness; medicine of desire.

*"Desde hace algunos años, la esterilidad está siendo objeto de una inflación sin precedentes, hasta el punto de que parece que aumenta al ritmo de las tecnologías de procreación y de su necesidad de legitimación social. Así, la mayoría de los textos sobre las tecnologías de la procreación se abren con el famoso del 10% al 15% de las parejas son estériles o involuntariamente sin hijos."*¹

Introducción

Pensemos en los problemas derivados de un ligero error de cálculo en la construcción de un gran edificio. Análogamente, un pequeño error de concepto al inicio de un razonamiento puede dar origen a conclusiones bastante lejanas de la verdad. Creemos que el sentido que damos a muchos términos que usamos cotidianamente se corresponde exactamente con la realidad de las cosas cuando en muchas ocasiones no es así. Es difícil asignar un contenido diferente a la realidad a términos simples como casa, árbol o piedra. No sucede lo mismo con las palabras amor y legitimidad, la prueba de ello es la dificultad que tenemos para determinar su significado o para encontrar definiciones coincidentes al preguntar a varias personas. Más peligroso que esta dificultad para asignar el contenido correcto a un término es razonar en base a conceptos cuyo contenido es erróneo, aunque aceptado por todos. Este tipo de conceptos funciona en los razonamientos como moneda de cambio falsa, desligando el razonamiento de la realidad y llevando a conclusiones erróneas. Tenemos muchos ejemplos en la historia, baste recordar la consideración de la tierra como un cuerpo plano e inmóvil.

En este artículo vamos a tratar de hacer ver que el concepto de esterilidad pertenece a este último tipo y que necesita ser revisado a fondo para que su significado sea más acorde con la realidad de las cosas. Cuando tratamos de definir la esterilidad, además de encontrar dificultad para hacerlo, solemos hacer una relación con los conceptos de salud y enfermedad. Como la esterilidad está relacionada con el funcionamiento de nuestro organismo, concluimos que debe tratarse de una enfermedad, o por lo menos de algo muy cercano. En otras culturas y tiempos, la esterilidad era considerada como una maldición, un castigo de Dios, y se le aplicaban los esquemas religiosos. En nuestra cultura, es común considerar la esterilidad como una enfermedad y, en consecuencia, aplicarle los esquemas médicos pertinentes. Un análisis detenido de la realidad de la esterilidad nos permitirá concluir que esta forma de considerarla no es del todo adecuada. A lo largo de la reflexión iremos viendo que la difusión de una concepción errónea de la esterilidad obedece a la presión de los intereses científico-tecnocráticos ligados a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Alimentando un falso concepto de esterilidad-enfermedad, las TRA logran aceptación social y facilidad para su difusión. La mentalización sobre este tema ha alcanzado ya tanta profundidad que se hace necesario llamar la atención del lector para que no se deje influir del prejuicio que seguramente anida ya en su interior, a fuerza de la machacona repetición que nos rodea.

¹ L. VANDELAC, *La cara oculta de la procreación artificial*, en Mundo Científico 96 (1989), p. 1125.

Concepto de esterilidad

"La esterilidad se define como la incapacidad de una pareja para conseguir un embarazo en un plazo de tiempo razonable. La *American Fertility Society* considera estéril a aquella pareja que no consigue un embarazo después de un año de coitos normales sin usar métodos anticonceptivos, mientras que otras sociedades científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) o la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana (ESHRE) o la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que tienen que haber transcurrido al menos 24 meses. De todos modos, muchas de estas parejas supuestamente estériles acabarán concibiendo sin necesidad de tratamiento."²

A menudo, infertilidad y esterilidad son usados como términos sinónimos. Muchos autores distinguen esterilidad, como incapacidad para concebir, de infertilidad, como incapacidad de llevar adelante el embarazo aunque se haya producido la concepción.³ Otros autores hacen distinciones más minuciosas que favorecen la claridad de los conceptos. Se define fecundabilidad (fertilidad o MFR.- *Monthly Fecundity Rates*) como la probabilidad de conseguir un embarazo en un sólo ciclo.⁴ Además se habla también de infertilidad o esterilidad primaria o secundaria en referencia, según algunos autores, a si ha habido antes, o no, un embarazo⁵ o, según otros, a si su causa es desconocida o puede atribuirse a otra cosa (pe. esterilidad secundaria a una histerectomía, a una infección, etc.)⁶ Se introducen también términos como subfertilidad⁷ para distinguir la infertilidad y la esterilidad, consideradas sinónimos,⁸ de la baja probabilidad de concebir.

² Cf. R. MATORRAS, *Epidemiología de la esterilidad conyugal*, en <http://www.sefertilidad.com/publicaciones/actualizaciones/in> (17-XI-03) y C. LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho*. Ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida, Trotta, Madrid, 1999.

³ Barbieri parte del concepto de fertilidad como capacidad para tener descendencia. (R.L. BARBIERI, The initial fertility consultation: Recommendations concerning cigarette smoking, body mass index and alcohol and caffeine consumption, en *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 185 (2001), pp. 1168-1173).

⁴ AA.VV, *Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy*, en *British Medical Journal* 317 (1998), pp. 505-510. "En los animales, las vacas por ejemplo, la fertilidad es alta, del 70 al 80%; en cambio en el ser humano es baja, sólo entre un 20 y un 25%". (L. BLANCO, *Aspectos éticos de la reproducción humana asistida (8 de julio de 1998)*, en <http://www.comite.bioetica.org/mesa2.htm>. "Human beings are not fertile mammals. Whereas the fertility rate of baboons can reach 80% and conception rates of less than 90% in rabbits bred for meat are considered disappointing, the average MFR for people is only 20%." (J. EVERS, *Female subfertility*, en *The Lancet* 9327 (2002), pp.151-159).

⁵ "Hablaremos de esterilidad primaria en el caso que nunca se haya conseguido una gestación y de esterilidad secundaria cuando tras una gestación transcurren de 12 a 24 meses sin conseguir un nuevo embarazo." (R. MATORRAS, *Epidemiología de la esterilidad conyugal*, cit.)

⁶ "... en Latinoamérica tiene fuerte prevalencia lo que se denomina esterilidad secundaria. Este tipo de esterilidad, por el contrario, no está asociado a las clases pudientes sino a aquellas carentes... existen serios problemas de educación y falta de atención de la salud reproductiva que llaman a una política de prevención previa. Es necesario combatir ese 40% de infertilidad secundaria con una adecuada prevención." (F. LUNA, *Reproducción Asistida y "sabor local". Contexto y mujer en Latinoamérica*, en *Bioética* 2000, 2 (Vol. 9), p. 93).

⁷ "Subfertility can arbitrarily be defined as a failure to conceive after a year of unprotected regular sexual

El problema de la fertilidad no es un todo o nada: MFR = 100% para las parejas fértiles y MFR = 0% para las parejas infértiles o estériles. Se trata más bien de una gama de MFR entre 0% y 60%.⁹ Las cosas se complican más cuando el tema hace referencia a la pareja en su conjunto (pareja infértil o pareja estéril).¹⁰ Si a esto le añadimos las tradicionales dificultades de la medicina para definir la enfermedad y la definición que hace la OMS de la salud, las complicaciones suben de grado.¹¹ De la claridad que se pueda hacer en todo esto dependerá la forma de afrontar el problema de la infertilidad y de la esterilidad y, en consecuencia, la manera de considerar las técnicas de reproducción asistida (TRA).¹²

Peculiaridad de la función reproductora y de su pérdida

La confusión sobre el concepto de esterilidad proviene de las peculiaridades que tiene la reproducción con relación a cualquier otra función. La mayoría de los órganos implicados en la

intercourse." (A. TAYLOR, *The subfertile couple*, en *Current Obstetrics & Gynaecology* 11 (2001), pp. 115-125). "... subfertilidad, término anglosajón que indica el fracaso en el concebir después de 12 meses de relaciones no protegidas o la verificación de dos abortos o muertes intrauterinas consecutivas." (S. MANCUSO, *Capacidad reproductiva de la mujer hoy*, en *Medicina e Morale* 1 (1993), p. 53).

⁸ "The problem of infertility is compounded by the fact that most couples who seek treatment are not sterile, but have decreased fertility; they are subfertile, and many of them will eventually conceive spontaneously. For the sake of this seminar, infertility (or sterility) is defined as the absolute inability to conceive, subfertility refers to at least 1 year of unprotected intercourse without conception." (J. EVERS, *Female subfertility*, cit., pp. 151-9).
⁹ *Ibidem.*, pp. 151-9.

¹⁰ "La hipótesis de esterilidad se define, de hecho, en medicina, como falta de hijos, en una pareja, después de dos años de relaciones sin uso de anticonceptivos; el hecho médico, por tanto, no viene interpretado sólo como déficit del cuerpo, sino que viene encuadrado como posible déficit en la relación de pareja." (G.R. SCIUMÉ, *Problemas sociológicos emergentes en relación con el debate sobre la procreación asistida*, en *Medicina e Morale* 1 (1993), p. 167).

¹¹ "Si tratta di definizioni difficili e credo che pochi sappiano definire se la fertilità sia un dovere, un diritto, un incidente, una casualità biologica o un impegno sociale. È possibile che sia tutte queste cose insieme, una specie d'insalata russa fatta di molte componenti, alcune più importanti delle altre, tutte comunque necessarie. È ancora più difficile, dunque, ragionare sullo statuto della sterilità, che può proporre definizioni altrettanto numerose. Ma qui esiste nei fatti una divisione d'opinioni tra chi ritiene che la sterilità sia un disagio - e non più di un disagio, non esistendo un diritto ad avere figli - e chi ritiene invece che la sterilità sia (o meglio possa essere) malattia." (C. FLAMIGNI, *Aspetti etici dell'infertilità*. <http://www.sifes.org/> en *Bioetica e Riproduzione* 5, p. 1).

¹² En general se tiende a evitar la discusión sobre si la esterilidad es o no una enfermedad, adjudicándole al tema una complejidad tan sólo ficticia, derivada de la introducción de otros elementos propios de la época como las valoraciones culturales y la subjetividad de los individuos. Así, Lema Añón sostiene: "Que algo sea una enfermedad o no es imposible determinarlo atendiendo sólo a su naturaleza. Es precisa además una valoración cuyo resultado depende de circunstancias históricas, sociales, culturales e incluso personales." Si tal es la dificultad, mal se puede comprender la conclusión del autor un poco más adelante: "Efectivamente la esterilidad tal y como se conceptúa clínicamente es más un síntoma que una enfermedad." (C. LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho*, cit., pp. 172 y 180). La afirmación es correcta porque no existe tal complejidad para ubicar la esterilidad. La dificultad es construida artificialmente, el autor la asume teóricamente (p. 172) pero luego no es operativa, desaparece en el razonamiento (p. 180).

reproducción pueden dejar de funcionar sin causar ningún trastorno. La persona puede ser estéril y no darse cuenta de ello jamás, pues la esterilidad sólo se manifiesta cuando se busca la descendencia. Esta persona vivirá toda su vida tranquilamente, sin ninguna limitación física o psicológica, sin sospechar siquiera que es estéril y, evidentemente, sin morir a causa de la esterilidad. Es más, la esterilidad se produce fisiológicamente en la mujer a partir del climaterio, sin que a nadie se le haya ocurrido todavía llamar enfermedad a la menopausia. Otro punto interesante en estas consideraciones es que las funciones de los órganos implicados en la reproducción son funciones cuyo resultado no se queda en el sujeto mismo sino que lo trascienden.¹³

De lo dicho anteriormente se deduce que no se pueden usar las mismas categorías (salud y enfermedad) que se usan para clasificar las disfunciones de cualquier órgano, referidas a los trastornos derivados del mal funcionamiento de la función reproductora.¹⁴ Los partidarios de las TRA no dudan en colocar la esterilidad y terminología aledaña entre los trastornos de la salud cuando habría mucho que decir sobre ello.¹⁵ Examinando la realidad con un poco de detenimiento podemos darnos cuenta de que no tener hijos no es una enfermedad¹⁶ y de que no tener hijos cuando se desea tenerlos, tampoco es una enfermedad aunque, si no se encaja bien, puede provocarla.¹⁷ No poder tener hijos es siempre consecuencia o manifestación de otra cosa, se trata siempre de un síntoma de otro trastorno, no de una enfermedad en sí.

Partiendo de estas bases sigamos reflexionando sobre el tratamiento de las enfermedades y de los síntomas de las mismas. Los tratamientos de las enfermedades pueden ser etiológicos, sintomáticos o de sustitución.¹⁸ En nuestro caso, el tratamiento etiológico puede, o no, ser posible,

¹³ Excepción hecha de la función hormonal de las gónadas.

¹⁴ "En materia de reproducción, no puede establecerse ninguna frontera real entre indicación médica e indicación de conveniencia ...)no es todo el tratamiento de la esterilidad una cuestión de conveniencia, ya que el hombre puede quedar sin descendencia sin por ello sufrir ningún daño grave?" (L. VANDELAC, *La cara oculta de la procreación artificial*, cit., p. 1128). "... la esterilidad no puede ser vista únicamente como un dato de hecho frente al que hay que actuar en cada paciente. Como una enfermedad ante la cual el médico ha de actuar sin más cuestiones." (C. LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho*, cit., p. 189).

¹⁵ "Con relación a la esterilidad se ha debatido si es o no una enfermedad [...] Para unos la esterilidad no es una enfermedad, por lo que no tendrían justificación los tratamientos médicos intentando paliarla, mientras que para otros sí que se trata de una enfermedad, lo que justificaría su tratamiento y el dedicar una parte de los recursos sanitarios a su cuidado. También hay posturas intermedias que consideran la esterilidad como una especie de minusvalía (disability), o como una disfunción." (*Ibidem.*, p. 171).

¹⁶ Gran cantidad de personas no los tienen ni los quieren tener por diferentes motivos: no se casan, toman anticonceptivos.... Una persona que no tiene hijos, por el hecho de no tenerlos, no es una persona enferma.

¹⁷ Todos los seres humanos tienen deseos que no pueden hacer realidad, anhelos que no pueden satisfacer. No existe ninguna vida humana que esté libre de la frustración que supone el no realizar los propios deseos en alguna u otra medida. No puede considerarse enfermedad el hecho de no poder satisfacer los propios deseos. Lo que sí sucede es que, dependiendo de la tolerancia a la frustración, según el propio temperamento y la formación adquirida, hay personas que sufren un desequilibrio considerable cuando no pueden ver cumplido alguno de sus deseos y este desequilibrio interior puede llegar a ocasionar un auténtico cuadro patológico de tipo psíquico.

¹⁸ a) Etiológico.- Una vez descubierta la causa del estado patológico se busca suprimirla. b) Sintomático.- Las manifestaciones o consecuencias de las enfermedades (síntomas) son tratados cuando suponen un peligro para

dependiendo del conocimiento de la causa y de la naturaleza de la patología subyacente a la esterilidad. Considerada la esterilidad como un síntoma tendríamos que decir que, como tal, no tendría la importancia necesaria para ser tratado. Desde el punto de vista estrictamente médico, objetivamente, es un síntoma irrelevante. Viendo la esterilidad como la carencia de una función, muchos razonan que la función debe ser recuperada a través de un "tratamiento sustitutivo". Aquí cabe decir que se sustituyen las funciones cuya pérdida supone la muerte, una grave limitación o un grave riesgo para la persona, lo cual, desde un punto de vista estrictamente médico y objetivo, no se cumple en el caso de la pérdida de la capacidad reproductiva en sí misma considerada.

El "tratamiento" de la esterilidad

El lector atento podrá argumentar que anteriormente se ha sostenido que la imposibilidad de tener hijos puede ser origen de un trastorno psíquico y entonces es necesario que se le ponga remedio. Tiene razón quien piense así, pero la solución de este problema no está en la sustitución de la función reproductora ausente. Es importante darnos cuenta de que la "terapia" debe ir dirigida a restablecer el equilibrio emocional... perdido por la persona. La causa de este desequilibrio está en la falta de aceptación de la esterilidad, no en la esterilidad en sí misma considerada. La solución adecuada va en la línea de ayudar a las personas a redimensionar y poner en un marco adecuado el deseo de tener hijos.

En muchos casos bastará con que entienda lo que es un hijo, su valor profundo, y esto, no para acrecentar la vehemencia de su deseo y su frustración, sino para que se dé cuenta de que no se trata de un bien disponible, de un bien adquirible, por el que se trabaja y se lucha hasta hacerlo propio. Una idea correcta de lo que son la paternidad y la maternidad, de lo que es un hijo, ayudará mucho a las personas que sufren por no ver cumplido su anhelo de tenerlo.

En otros casos habrá que ayudar a la persona a entender que la ausencia de hijos no significa falta de plenitud personal, de realización completa,¹⁹ pues la realización de la persona humana no depende de factores exteriores a ella sino de la forma en que se viven las diversas circunstancias por las que atraviesa la propia vida, y que, precisamente, la circunstancia en la que se encuentra puede ser una ocasión muy buena para su propia maduración, superación y realización, si la enfrenta adecuadamente.

la vida de la persona; son causa, a su vez, de un deterioro de su salud; o le ocasionan una limitación de importancia. Puede acompañar o no al tratamiento etiológico (si el tratamiento etiológico se considera suficiente y los síntomas son de poca importancia. c) Sustitutivo.- Cuando la función perdida o alterada es vital o su pérdida o alteración supone una grave limitación o un grave riesgo para la persona.

¹⁹ "... la esterilidad es progresivamente percibida no tanto como un vergüenza social - que también -, sino sobre todo como una quiebra existencial, como un obstáculo para la proyección individual y conyugal. En esta concepción el deseo de tener hijos es sobre todo un deseo social de realización, quizá proyectado hacia una descendencia que conserve algo de uno mismo. De este modo la esterilidad será la desgracia biológica suprema, al mismo tiempo que tener hijos se convierte en una obsesión y deviene casi un deber, como símbolo de la perennidad de la especie, de la identidad sexual y de la integridad física e integración social del individuo y la pareja." (*Ibidem.*, p. 169).

Quizás haya que hacer ver, en otros casos, que las causas de la ausencia de hijos cuando se están deseando, pueden estar en errores cometidos con anterioridad²⁰ y que la actitud adecuada consiste en darse cuenta de ello y aceptar la propia responsabilidad con entereza.

Lograr que las personas adopten la actitud correcta ante el problema será, sin duda, la mejor solución a sus dificultades en este campo.

Cuando se ha caído en la trampa terminológica y se ha hecho entrar a la esterilidad dentro de la categoría de síntoma más peligroso que la misma enfermedad que lo origina y que hay que evitar a como de lugar, entonces entra en juego el esquema mental propio de la eficacia médica: ante la enfermedad, tratamiento.²¹ Es de notar que, ni aún dentro de este marco se actúa con lógica, pues en lugar de esforzarse la ciencia médica por identificar cada vez con más claridad las causas y los remedios, se queda en la sustitución de la función perdida, sin buscar la curación propiamente dicha de la enfermedad originante.²²

El único esquema en el que encaja bien tanta distorsión es en el de la medicina de los deseos: estoy enfermo si mi cuerpo no puede responder a todo lo que yo quiero. En este esquema, curación significa hacer que mi cuerpo responda a mis deseos como sea, sin preguntarse qué tanta necesidad hay de hacer realidad ese deseo, por muy fuerte que sea. Actividad terapéutica es la que responde a mis deseos.²³ Entrando en el asunto de los deseos, habría que empezar a repensar los libros de medicina.

²⁰ Prácticas anticonceptivas, abortos provocados, promiscuidad, posponerlos hasta edades inapropiadas por causas diversas...

²¹ "La esterilidad actúa como justificación de la necesidad social de las nuevas tecnologías reproductivas. Esto es así en cuanto la esterilidad se considera como generadora de sufrimientos, y necesitada de remedios, y en cuanto la esterilidad se considera enfermedad, y por lo tanto exigiendo una actuación terapéutica contra ella." (*Ibidem*, p. 197).

²² "Cabe oponer que ni la IA ni la FIV tienen efecto terapéutico alguno sobre el incapaz de concebir. En algunos casos se remedia, aunque no se cura, la esterilidad. Cuando se recurre a un tercero, donante de gametos, ni se remedia ni se cura: se suplanta a un progenitor por otro." (M.D. VILA-CORO BARRACHINA, *Los derechos del menor en la nueva genética. Comentarios a las Leyes 35/88, sobre Técnicas de reproducción Asistida y 42/88, sobre Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos*, en Revista General de Derecho 571 (1992), p. 2492). "En este orden de cosas, me parece conveniente advertir que la FIV no es una terapéutica para curar la esterilidad, sino un artificio para sustituir la fertilidad. No es un remedio sino un sustitutivo [...] No trato de hacer obstruccionismo. Y ojalá que los planteamientos jurídicos estrictos, las exigencias de la justicia, lleven a reencauzar estas investigaciones hacia el campo de la verdadera cura de la esterilidad; al estudio de los medios que ayuden a lograr que el acto conyugal, cumplido conforme a su naturaleza, consiga su fin." (F. SANCHO REBULLIDA, *Informe a la Comisión Palacios (5-XII-1985)*. ACD Se Gral Leg 3330 ni único, p. 23). "En este sentido es conveniente destacar cómo se invierte mucho dinero en tecnologías muy caras, más invasivas, que benefician a menos gente y con unas tasas de éxito muy reducidas como la fecundación in vitro (sin duda preferible como negocio y por el prestigio que confiere), en lugar de incidir en la prevención de la esterilidad. De una esterilidad que después es utilizada como legitimación para la utilización de unas técnicas de las que sólo se podrán beneficiar algunos." (C. LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho*, cit., p. 191).

²³ "... aun entendiendo que facilitar la procreación es una actividad terapéutica, es evidente que esta naturaleza

Todavía se puede ir más lejos en la construcción de este castillo de naipes, donde débiles razonamientos concluyen en las premisas para otros más débiles todavía. Ya entró la esterilidad como enfermedad casi de vida o muerte, según el propio deseo. Como la enfermedad hay que tratarla y todo medio es bueno, siempre según mi deseo, la carta final es que, según mi deseo, también para mi comodidad y salud global, puedo escoger entre tener hijos como siempre o tenerlos a través de las TRA.²⁴ Los razonamientos erróneos se van encadenando unos con otros, hasta la consideración del recurso a las TRA por parte de la mujer sola.²⁵ Este castillo no se podría sostener mucho tiempo en pie si no hubiera poderosas columnas-intereses que lo sostuvieran.²⁶

La manipulación de las cifras

El asunto del 10-15% de parejas estériles entre el total de parejas en edad fértil, se ha convertido en un lugar común peligroso por lo poco fundamentado. El problema para poder tener estadísticas fiables es bastante grande²⁷. Nos referiremos a estudios que, sin entrar en las causas

sólo podrá afirmarse cuando exista una voluntad de procrear..." (J.M. VALLE MUÑIZ - M. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Utilización abusiva de técnicas genéticas y Derecho penal, en Poder Judicial 26 (1992), p. 140).

²⁴ "Una cuestión preliminar concita de inmediato la atención del jurista. Podría formularse así: las técnicas de FIV y de IA se han de aceptar como meros procedimientos terapéuticos contra la infertilidad o como soluciones alternativas para la reproducción humana? Si las técnicas de que nos ocupamos constituyen únicamente una terapia de la infertilidad, el problema se restringe. Si por el contrario se presentan como un medio de reproducción alternativo, el tema se amplía y se agrava sensiblemente." (V.L. MONTES PENADES, Informe a la Comisión Palacios (10-XII-1985). ACD Se Gral Leg 3330 n1 único, p. 4).

²⁵ "Si las técnicas se configuran como una ayuda a quienes padecen alguna causa de esterilidad, parece que ésta sólo podría predicarse de una pareja [...] Pero la enfermedad también puede verse individualmente y esto legitimaría plenamente a la mujer sola como destinataria en potencia de la fecundación artificial." (M.J. MORO ALMARA, Procreación, paternidad y fecundación asistida, en Actualidad Civil 23 (1988), p. 1434). La enfermedad hay que verla primero individualmente, lo que sucede es que en el caso de la esterilidad el trastorno se pone de manifiesto a causa de la vida común de la pareja. La mujer sola no tendría este problema.

²⁶ "La idílica explicación del desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas únicamente como filantrópica cura de la esterilidad goza de una popularidad sorprendente. Pero una vez que se abandona tal perspectiva, o más bien se matiza su alcance hasta un papel más modesto, aparecen otra serie de factores más complejos. Entre ellos se había mencionado una serie de factores ligados al interés investigador en campos de la medicina y la biología, que en muchas ocasiones aparecen inextricablemente ligados con importantes intereses económicos" (C. LEMA AÑÓN, *Reproducción, poder y derecho*, cit., p. 203).

²⁷ "La prevalencia de esterilidad en una población es difícil de evaluar porque va a depender de diversos factores como son la distribución etaria de la muestra, las tasas de fertilidad específicas para los diferentes grupos de edad, la edad a la que las parejas empiezan a intentar tener hijos, el tipo de anticoncepción usado antes de intentar tener hijos, y el periodo de tiempo que las parejas consideran suficiente para intentar tener hijos. Existe la dificultad adicional del tipo de estudio que se realice, ya que los resultados pueden variar según se trate de un estudio basado en una muestra clínica o en la población general, por encuesta, epidemiológico, retrospectivo, etcétera. A todo ello hay que añadir el hecho que con frecuencia no es posible saber si se trata de una esterilidad voluntaria (aquellas parejas que deciden no tener hijos) o no (aquellas parejas que tienen problemas para concebir). Un estudio realizado en diversos países europeos encontró que el 7.4% de las parejas eran estériles a propósito." (R. MATORRAS, *Epidemiología de la esterilidad conyugal*, op. cit.).

(masculina, femenina, mixta) hablan simplemente de la ausencia de hijos. La dificultad fundamental es establecer adecuadamente los términos de la relación. El denominador son las mujeres que están buscando el embarazo, no las mujeres fértiles y el numerador las que no consiguen concebir, no las que simplemente no tienen hijos.²⁸ Lo que significa que: mujeres que no tienen hijos / mujeres en edad fértil, no es lo mismo que: mujeres en edad fértil que no consiguen tener hijos / mujeres en edad fértil que buscan un embarazo. Es la segunda relación la que interesa mientras que los cálculos se realizan con la primera. De esta frecuente confusión se deriva la atribución a la esterilidad del famoso 10-15 % o más, cuando en realidad engloba muchas otras situaciones.

Los resultados más precisos sobre el tema describen que aproximadamente una de cada seis mujeres que quiere tener hijos (sea el primero o haya tenido ya otros), recurre al menos una vez en su vida a la ayuda de un especialista (Hull, Inglaterra, 1985), lo que viene a ser un 16,6%, para otros un 10,4% (Beurkens, Holanda) o un 9,9% (Snick, Holanda).²⁹

*"Otro estudio señala que el 25% de las mujeres que quieren tener hijos tropieza con un episodio de esterilidad. Una de cada ocho tiene esta experiencia cuando intenta tener el primer hijo, y una de cada seis cuando intenta tener algún otro después del primero. El 3% de las mujeres han resultado no tener hijos queriéndolos y el 6% de las mujeres con prole no alcanzan a tener tantos hijos como quisieran (Greenhall E., Veseey M, Inglaterra, 1990)."*³⁰

Es decir, es la subfertilidad la que afecta al 10-15% de las parejas en edad fértil³¹ que quieren tener hijos, no la esterilidad.³²

La última encuesta de fecundidad realizada en España por el Instituto Nacional de Estadística (1999) señala lo siguiente:³³ 1) Cerca de un 5% de mujeres se habían sometido a una intervención de esterilización. 2) Otro 5% de mujeres tenían un cónyuge o pareja que estaba esterilizado. 3) Un 3% de mujeres eran estériles. 4) El 2% estaban embarazadas. 5) En condiciones de concebir a través de la propia pareja estaban el 85%. 6) Los motivos por los que las mujeres han tenido menos hijos de los deseados son varios:

²⁸ S. MANCUSO, *Capacidad reproductiva de la mujer hoy*, cit., p. 54.

²⁹ Cfr. J. EVERS, *Female subfertility*, cit., pp. 151-9.

³⁰ S. MANCUSO, *Capacidad reproductiva de la mujer hoy*, cit., p. 54.

³¹ "Se calcula que un 10 o un 12% de las parejas tienen dificultades para procrear, que afectan, casi en la misma proporción, tanto al hombre como a la mujer." (E. LÓPEZ AZPITARTE, *La fecundación artificial: problemas éticos*, en *Proyección* 135 (1984), p. 279).

³² "No hay un 10% o un 15% de parejas totalmente estériles, sino, como máximo, de un 3% a un 5% [...] En Francia, según la encuesta nacional del INED de 1978, el 18,4% de las parejas declararon tener dificultades para concebir, dificultades que fueron superadas en la mayor parte de los casos: el plazo de concepción fue, por término medio, superior en dos años al de las parejas que no declararon dificultades [...] en todas las sociedades más o menos el 20% de las mujeres todavía no han tenido hijos después de dos años de tentativas." (L. VANDELAC, *La cara oculta de la procreación artificial*, cit., p. 1125).

³³ Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Fecundidad 1999. Resultados definitivos.

³⁴ Otra cosa diferente es que un 17 % de las personas que desean tener familia, o aumentarla, no puedan debido a problemas de salud en general, incluidas enfermedades en las que se desaconseja el embarazo...

a) Un 36% de las mujeres que están en esta situación es por no haber alcanzado aún el tamaño de familia ideal. b) Para un 31% la causa ha sido la insuficiencia de recursos económicos. c) Para un 17% los problemas de salud. d) Para un 14% el deseo o la necesidad de trabajar fuera de casa. 7) El número de mujeres de 15 a 49 años que se ha sometido a un tratamiento de fertilización es de 239.427. 8) La mayoría de las mujeres que se someten a un tratamiento para conseguir un embarazo tiene entre 34 y 39 años. 9) La población en edad fértil (entre 15 y 49 años) en 1999 era de 10.165.237 mujeres, de las cuales 5.710.847 estaban o habían estado casadas.

El 3% de esterilidad significa que unas 305.000 mujeres del total (10.165.237) serían estériles. Considerando que esta cifra se refiere al grupo de mujeres casadas (5.710.847), tenemos que los problemas de esterilidad afectan como máximo al 5,33% de las parejas.³⁴ Podemos considerar que de estas 305.000 mujeres (parejas) estériles sólo han estado interesadas en buscar ayuda para tener descendencia 239.427,³⁵ lo que significa que el grupo de parejas interesadas en recibir ayuda para superar la esterilidad desciende al 4,2%. Bastante lejos del 10-15% de parejas estériles, que casi se vuelven locas por no ver satisfechos sus deseos de tener descendencia, que nos presenta la literatura sobre el tema.

Otro dato importante es que la mayoría de ellas eran mujeres entre 34 y 39 años lo cual puede significar dos cosas. En primer lugar que la pareja ha estado buscando la descendencia durante un decenio sin éxito y entonces recurre a la ayuda médica. En segundo lugar, lo más frecuente, que la mujer, por el motivo que sea, ha dejado pasar la edad de mayor fertilidad y quiere tener hijos a edades más problemáticas. Esto significa que en realidad la pareja no es estéril sino que, de forma natural, ha declinado su fertilidad, pudiendo haber tenido hijos normalmente con anterioridad.³⁶ Con lo cual nuestro % de parejas realmente estériles sigue bajando.

Una esterilidad previsible y evitable

Las causas tradicionales, enfermedades de siempre, cada día más controladas, van siendo sustituidas por otras más simples y prevenibles. La más importante es la elevación del promedio de edad de las mujeres que buscan quedar embarazadas, al que acabamos de hacer referencia. Causas importantes están relacionadas con los estilos de vida. Se hace referencia al consumo de tabaco,

³⁵ Las que han recibido algún tipo de ayuda médica ("tratamiento de fertilización").

³⁶ "La tendencia a retrasar el primer embarazo afecta de dos formas a la esterilidad femenina: sobre todo los factores infecciosos y ambientales tienen más tiempo para ejercer su influencia negativa, además los factores biológicos inherentes a la edad disminuyen la capacidad de concebir. Así, mientras las mujeres tienden a evitar el embarazo en los años más jóvenes, se encuentran con una capacidad de concebir disminuida en el momento en que lo desean." (S. MANCUSO, *Capacidad reproductiva de la mujer hoy*, cit., p. 55).

"La edad de la mujer es quizá el marcador más fiable de su potencial fértil. En un trabajo ya clásico publicado por Hendershot y cols. en 1982, se apreciaba como el 90% de las mujeres que intentaban quedar gestantes antes de los 25 años lo conseguían antes de un año mientras que en las mujeres con más de 35 años sólo la mitad lo habían conseguido en ese periodo." (R. BERNABEU, *Embarazo múltiple en reproducción asistida. Actualizaciones SEF Vol 1 Año 2000*, en <http://www.sefertilidad.com/publicaciones/actualizaciones/in>)

café, alcohol, drogas y medicamentos, al exceso de peso y otros hábitos de vida³⁷, así como al stress psíquico y a las modas que empujan a la mujer a adelgazar en exceso.³⁸ Otra causa importante, de esterilidad son las intervenciones médicas con objetivos curativos, una esterilidad iatrogénica³⁹ o con fines de esterilización. Si volvemos por un momento al texto de la encuesta española de fecundidad de 1999, encontraremos que un 85% de las mujeres en edad fértil estaban en condiciones de poder tener hijos. ¿Qué pasaba con el 15% restante? Ya vimos que el 3% era estéril. El 12% restante se distribuía en un 2% de embarazadas en ese momento y en un "10% de esterilizaciones" ya fuera de la mujer misma o de su pareja, lo cual significa que el número de esterilidades "artificiales", triplica al número de esterilidades "naturales". Esto es importante porque las personas pueden arrepentirse, con lo que aumenta el índice de casos tributarios de las TRA.⁴⁰ A todo esto se añade el factor círculo

³⁷ "Obstetrician-gynecologists are frequently consulted by couples who are concerned about their fertility potential. During the initial fertility consultation, questions may arise concerning the potential impact of lifestyle choices on fertility. For the female partner, common exposures associated with a decrease in fertility are cigarette smoking, alcohol consumption of >4 drinks per week, and caffeine intake of >250 mg daily. For the female partner, a body mass index of >27 kg/m² or <17 kg/m² is associated with decreased fertility. On the basis of the evidence from epidemiologic studies, couples who are concerned about their fertility potential should stop the use of tobacco products. In addition, the female partner should limit alcohol consumption to no more than 4 drinks per week, decrease caffeine intake to no more than 250 mg daily, and adjust calorie intake and exercise levels to achieve a body mass index between 20 and 27 kg/m²". (R.L. BARBIERI, *The initial fertility consultation: Recommendations concerning cigarette smoking, body mass index and alcohol and caffeine consumption*, cit., pp. 1168-73). "Cigarette smoking, alcohol consumption, intake of illicit drugs as marijuana and cocaine, excessive exposure to heat as from hot tubs or saunas and the use of drugs such as sulphasalazine, cimetidine or anabolic steroids can interfere with and impair spermatogenesis. The first step in treatment is to eliminate as many of these factors as is safely possible. Regular coitus is encouraged since it increases the output of non-senescent spermatozoa and improves the likelihood of sperm presence at the time of ovulation." (T. EL-TOUKHY - P. BRAUDE, *Male infertility and ICSI*, en *Current Obstetrics & Gynaecology* (2002), pp. 12276-12285).

³⁸ "Many severely underweight women (body mass index of less than 20 kg/m²) will have either amenorrhoea or infertility without perceiving that they have a problem related to weight ... ovulation will not resume after a return to normal weight, especially after a prolonged period of amenorrhoea." (A. BALEN, *Induction of ovulation*, en *Current Obstetrics & Gynaecology* 11 (2001),pp. 233-238). "Amenorrea psicógena (por inhib. del eje hip.-hipof.) y amenorrea secundaria al excesivo ejercicio físico (por la disminución exagerada del peso corporal y por la inhib. del eje hipot-hipof.)" (S. MANCUSO, *Capacidad reproductiva de la mujer hoy*, cit., p. 55).

³⁹ "Muchos de los tratamientos creados especialmente para resolver problemas de mujeres, han dejado una larga secuela de miserias que en muchos casos han tenido que ver con una esterilidad subsecuente." (ASOCIACIÓN DE MUJERES PARA LA SALUD (LEONOR TABOADA), Informe a la Comisión Palacios (18-XII-1985). ACD Se Gral Leg 3330 n1 único, p. 3).

⁴⁰ "También hay que tener en cuenta la amalgama esterilidad-esterilización, ya que el pesar por la esterilización constituye actualmente una fuente inextinguible de clientela para las tecnologías de fecundación [...] la esterilización afecta a casi el 40% de las parejas en América del Norte. En 1982, más de una cuarta parte de los norteamericanos de quince a cuarenta y cuatro años se hallaban esterilizados quirúrgicamente [...])Cuántas mujeres habrían deseado uno o más niños? [...] Infinidad de mujeres (21,2%) lamentan esta esterilización voluntaria [...] Cuanto más precoz es la esterilización, más importante es el % de las que lo lamentan [...] La ligadura de trompas constituye ya una indicación de recurso a la FIV en dos clínicas quebequesas, y representaría el 5% de las parejas admitidas en una de ellas. En Australia, según datos de Lancaster, la

vicioso que provocan las mismas TRA: su mayor difusión y accesibilidad repercute en que se ponga menos atención a la eliminación de los elementos que favorecen la esterilidad.⁴¹ Se da con todo esto una forma irracional de afrontar el problema de la esterilidad, un predominio del afán intervencionista frente al preventivo, mucho más sencillo y racional pero también más costoso para las personas: "Los sistemas sanitarios hablan de prevención de la esterilidad, pero desde hace tiempo han renunciado a hacerla verdaderamente, porque perseguirla implicaría entrar en el terreno de los estilos de vida, y sobre formas de organizar la vida social, el trabajo, el tiempo libre".⁴²

Hacer volver las aguas a su cauce

El retrato que se hace de la pareja estéril es equiparable al del enfermo en situación desesperada. Se exaltan la paternidad y la maternidad, se agigantan las influencias negativas del medio social en el que se desenvuelve la pareja estéril, se hipertrofian las consecuencias de la misma situación de cara a la vida común, el riesgo de la ruptura, etc. Al final, evidentemente, la conclusión es que hay que hacer lo que sea para aliviar esa situación, en la línea de conseguir la descendencia. Las TRA se presentan como las operadoras del milagro. Toda esa "terrible sintomatología" se podría prevenir con una formación adecuada de las personas que las ayudara a reaccionar de modo equilibrado si se presentara tal situación. Por otra parte, si la situación llega a darse y hay incapacidad para encajarla adecuadamente, la solución pasa por la consultoría en la misma línea. El problema está en la falta de objetividad que genera la enfermedad del deseo insatisfecho. A esta situación se añade una medicina complaciente que pone la eficacia en dejar inmediatamente contento al cliente, más que en solucionar realmente sus dificultades, aunque se tarde más y la medicina sea un poco amarga, con lo cual quedaría bastante más agradecido. En este contexto de la medicina del deseo, unos se ponen enfermos porque tienen hijos y no los quieren y otros porque los quieren y no los tienen.⁴³ Lo más curioso es que todo este campo de la psicología ejerce una fascinación tal en las

esterilización representaría un 7% de los clientes de FIV en 1979-1984."(L. VANDELAC, La cara oculta de la procreación artificial, cit., pp. 1125-1126). "Vasectomy is one of the common causes of obstructive azoospermia in clinical practice. Increasing numbers of patients who previously had undergone vasectomy, present to infertility clinics seeking second families. In addition to surgical obstruction, these patients often develop antisperm antibodies, which may interfere with the ultimate outcome of reconstructive surgery." (T. EL-TOUKHY - P. BRAUDE, Male infertility and ICSI, cit. T. EL-TOUKHY - P. BRAUDE, Male infertility and ICSI, en Current Obstetrics & Gynaecology (2002), pp. 12276 -12285).

⁴¹ "La esterilidad es hoy una nueva construcción social que las tecnologías favorecen y no problematizan. La favorecen directamente en cuanto ofrecen la posibilidad de tener los hijos de otro modo diferente al natural (y por tanto inducen una esterilidad social, no biológica). La favorecen indirectamente en cuanto que disminuyen en las personas los esfuerzos para evitar estilos de vida que llevan a la esterilidad. No la problematizan en cuanto que, de la esterilidad dan definiciones puramente médicas: la tratan como problema médico también cuando no lo es." (P. DONATI, *Transformaciones socio-culturales de la familia y comportamientos relativos a la procreación*, en Medicina e Morale 1 (1993), p. 141).

⁴² *Ibidem*, p. 147.

⁴³ "Más allá de ambas, de la indicación terapéutica para la FIVET y de la indicación social para el aborto, se da una pura "meta-indicación" psico-social. Dicha metaindicación se llama "hijo deseado"[...] se trata de la idea de una autonomía del deseo ejercida por padres engañados que se fabrican otro ser humano según sus apetencias

mentes que disminuye el sentido crítico de forma sorprendente. Basta aportar el argumento psicológico - subjetivo, el famoso: "tú no sabes lo que se siente...", para acabar con las razones más poderosas. La amalgama de distorsiones crea una imagen totalmente deformada del problema: "La infertilidad aparece en la vida de una pareja como un problema grave a resolver. Tener un hijo es planteado "científicamente" como una "necesidad biológica", proveniente del instinto primario de conservación de la especie [...] Para esta sociedad el infértil es un enfermo o un anormal. En cualquiera de los dos casos está fuera del orden socio cultural. En cualquiera de los dos casos debe ser recuperado para la sociedad por los médicos".⁴⁴ ¿No será necesario que las aguas vuelvan a su cauce?

o, en el otro caso, que llegan a deshacerse de él. El producto del deseo positivo es el niño fabricado. El del deseo negativo, el niño eliminado." (H. THOMAS, *El compromiso con el disenso ético*, en <http://www.aebioetica.org/rtf/thomas.rtf> (1997).

⁴⁴ M.L. PFEIFFER, *Algunas cuestiones relacionadas con la eticidad de la fecundación asistida*, en <http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina32.htm> (22-II-04)