



La mujer frente a las nuevas tecnologías reproductivas, ¿quién está al servicio de quién?

Ángela Aparisi Miralles

¿Existen seres humanos sin dignidad? ¿La donación humana responde a un interés científico o económico? Un tema de gran complejidad en el que es importante profundizar valientemente en los intereses que subyacen a las nuevas tecnologías reproductivas y sus consecuencias sobre el estatuto de la vida humana.

En 1978, hace ahora veinticinco años, se logró el primer ser humano producido en una probeta. Desde entonces, las nuevas tecnologías reproductivas han conseguido una amplia difusión. Sin embargo, resulta fácil constatar que la introducción en nuestras sociedades occidentales de la reproducción artificial ha supuesto un cambio radical en el modo de entendernos a nosotros mismos. El ser humano ya no es concebido, sino producido, tal y como sucede con los objetos. De este modo, el ideal moderno del dominio del hombre sobre la naturaleza se lleva hasta el extremo. Tienen aquí clara actualidad -señala la autora, directora del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Navarra- las palabras de Saint Simon, quien, enarbolando el eslogan de la modernidad, afirmó que el hombre puede y debe "usar la naturaleza según su antojo".

A la difusión de estas técnicas ha contribuido la extensión, en nuestros días, de un "nuevo pragmatismo" que, ante cualquier posibilidad técnica y médica, antepone la decisión del paciente y los resultados de la acción a cualquier principio ético. Este factor, entre otros, ha determinado que, a pesar del cambio radical que suponen las nuevas tecnologías reproductivas en la concepción del ser humano y su origen, se hayan introducido en las sociedades occidentales sin apenas debate o, al menos, no con el rigor que este requeriría. Otros temas, quizá menos trascendentes, han merecido mucha más atención. Así, pocos han profundizado, por ejemplo, en la lógica que las inspira, en la visión de la mujer y la maternidad sobre la que se asientan y, en definitiva, en sus presupuestos y consecuencias sobre el estatuto de la vida humana.

En concreto, y por lo que respecta a la consideración de la mujer, estas técnicas se han sustentado en un discurso justificatorio, aparentemente congruente y articulado, apoyado en gran medida en una concreta visión de esta. Ese discurso se asienta sobre ciertos presupuestos, presentados como axiomas o "verdades indiscutibles". Sin embargo, al analizarlos con cierto detenimiento, se descubre que, lejos de tratarse de "datos fácticos" o neutros, nos hallamos, en muchos casos, ante construcciones ideológicas, imprecisiones o, incluso, claros reduccionismos. En este sentido, cuestionar la ciencia y analizar los parámetros y presupuestos ideológicos, culturales y sociales de los que parte no es caer en un nuevo oscurantismo, sino rechazar su idolatría y acudir al necesario ejercicio de la razón.

Por ello, intentaré analizar algunos de estos presupuestos, sobre todo en lo que se refiere a la visión de la principal destinataria de estas técnicas, la mujer. Asimismo, abordaré algunas consecuencias derivadas de esas técnicas, especialmente para el cuerpo de la mujer.

La infecundidad como incapacidad de realización personal

El primer presupuesto en el que me voy a detener es el hecho de que las nuevas técnicas artificiales de reproducción humana se difunden a la sombra del mensaje de que la esterilidad implica, para la mujer, incapacidad de realización personal. La esterilidad, en otras épocas considerada como "una vergüenza social" o una carencia de feminidad, se valora, en gran medida, como una imposibilidad de realización individual. En muchos casos, se presenta, además, como impedimento para conseguir llevar a cabo un proyecto de vida familiar. La no consecución del hijo no se comprende como una aceptación de la naturaleza de la mujer -y de la propia lógica interna de la concepción- sino como un fracaso de su cuerpo e, incluso, de la misma mujer.

Desde esta perspectiva, para algunos, el deseo de tener hijos se presenta, indiscutiblemente, como una exigencia legítima de realización personal. Como señala Cambrón, "la imposibilidad (por esterilidad o infecundidad) para ver realizado ese deseo será vivida como una desgracia biológica suprema". Ello, tristemente, suele derivar, con frecuencia, en una verdadera obsesión.

Al mismo tiempo, conviene resaltar que nuestra sociedad está llena de contradicciones sobre la maternidad. Algunas mujeres infértiles se someten, con un gran coste emocional y físico, a la fecundación in vitro sin que nadie les asegure el éxito. Otras mujeres fértiles abortan por pura conveniencia. Mientras que la consecución del hijo se presenta, en el primer caso, como exigencia ineludible de realización personal, en el segundo supuesto el hijo suele aparecer como obstáculo insuperable para la realización del proyecto vital.

En ambos casos encontramos la pretensión de transformar deseos o preferencias personales -y, por ello, demandas de carácter subjetivo- en verdaderas y legítimas

exigencias jurídicas. Se trata de claros ejemplos de la tendencia actual a ampliar, indebidamente, el contenido de ciertos derechos, lo cual conduce a la proliferación de exigencias que no pueden calificarse de jurídicas.

En este sentido, en relación con los casos de maternidad de mujeres posmenopáusicas, Mariapia Garavaglia ha señalado que los deseos no son derechos y que los niños no son bienes de consumo. No hay que olvidar que el hijo es un sujeto con una entidad propia y un valor ontológico incondicionado. De este modo, su alteridad siempre debe quedar a salvo.

Pero esta realidad se niega en numerosas ocasiones: muchas mujeres que se someten a las técnicas de reproducción artificial no aceptan al hijo de forma incondicionada, sino como un requisito para la propia realización individual y conyugal. Esto se comprueba cuando se advierte que, para algunas, la consecución de la maternidad a toda costa no repara en el sacrificio de vidas humanas, las de los embriones que quedan congelados o desechados en el camino de la reproducción in vitro. El deseo del hijo, presentado "aparentemente" como derecho, llega a justificar la muerte de otros hijos, que sí son titulares de un verdadero derecho.

En esta línea, muchos han denunciado el hecho de que estas técnicas desubjetivizan en gran medida al hijo, ya que, en última instancia, este llega a ser asimilado a un objeto a producir, cuya entidad como sujeto es menospreciada. En este sentido, una mujer sometida a estas técnicas manifestaba en una mesa redonda sobre el deseo del hijo: "Si quieres vivir con un niño, entonces puedes encarar la adopción...; pero si quieres producir un niño, que es mi caso, entonces la adopción está excluida".

Frente a ello, parece importante ***insistir en que el hijo siempre es otro, alguien a quien no se produce para satisfacer una necesidad, sino una vida a la que se acepta en toda su riqueza.*** En este sentido, podemos destacar la sentencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, de 15 de marzo de 2000, que declaró la inconstitucionalidad del Decreto que aprobó el Reglamento de las Técnicas de Reproducción Asistida. En su considerando IX, sostiene: "La Técnica de Fecundación In Vitro y Transferencia Embrionaria (...) atenta contra la vida humana. El embrión humano es persona desde el momento de la concepción, por lo que no puede ser tratado como objeto, para fines de investigación, ser sometido a procesos de selección, conservado en congelación, y lo que es fundamental para la Sala, no es legítimo constitucionalmente que sea expuesto a un riesgo desproporcionado de muerte".

En distinto sentido, la ley española 35/1988, de 22 de noviembre, de Técnicas de Fecundación Asistida señala en su artículo 2.4.: "La mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspendan en cualquier momento de su realización, debiendo atenderse su petición". Hace depender enteramente la vida del hijo del deseo de la madre.

La reducción de la maternidad a la maternidad biológica

En segundo lugar, el presupuesto del hijo como requisito de realización personal se asienta sobre un modelo reduccionista de maternidad: sólo es madre la que concibe. Como señala Tubert, aún hoy es posible observar la persistencia de una herencia cultural que funciona, de hecho, como presupuesto sobre el que se asienta la fecundación in vitro: la idea de que la maternidad biológica es la realización indispensable de la feminidad, que una mujer no lo es verdaderamente si no tiene hijos biológicos.

Frente a ello, resulta esencial poner de relieve una realidad: **la maternidad es mucho más que un proceso biológico**. Además, se puede ser madre sin haberlo sido biológicamente. En este sentido, la mujer infértil que desea ser madre no debe optar entre serlo biológicamente o caer en la desesperación. La solución está en saber que puede desarrollar su sentido maternal incluso si no es madre biológicamente hablando.

En esta línea, algunas recientes teorías feministas han hecho una profunda crítica de la reducción de la maternidad a una dimensión exclusivamente biológica. Asimismo, han puesto de relieve las incongruencias de la mentalidad tecnológica del hijo a toda costa, incluso arriesgando la propia vida. Han destacado que la tecnología de la reproducción in vitro, ahondando en el modelo biomédico moderno, ignora la necesaria protección integral de la salud física y psíquica de la mujer.

Así las cosas -y siguiendo, entre otros, a Levi-Strauss-, cabría señalar que la maternidad y la paternidad son construcciones, en cierta medida, culturales y no sólo biológicas. Ciertamente, el ser humano es una realidad biológica, pero al mismo tiempo excede la pura biología. Entre otras cosas, se caracteriza por su capacidad para crear su entorno social. Entre las respuestas que una persona da a las situaciones internas y externas, algunas corresponden a su naturaleza, y otras al contexto cultural y al ejercicio de su libertad. La maternidad y la paternidad no son, por ello, realidades exclusivamente biológicas. Implican, sobre todo, un espíritu de entrega incondicionado, un hacerse responsable de la vida de otro. Lo esencial de la maternidad y la paternidad no se remitiría entonces sólo al proceso orgánico de la reproducción, sino a la transmisión que define e inserta al hijo en un grupo social, como sujeto querido por sí mismo y responsable de su propia vida.

Las nuevas técnicas de reproducción artificial, solución ante el sufrimiento generado por la infecundidad

En tercer lugar, y en relación con lo ya señalado, parece fácil advertir que en el discurso social sobre las técnicas de reproducción asistida se recurre, con bastante frecuencia, al argumento sensible: es legítimo subsanar el sufrimiento que genera la infecundidad. La existencia de este sufrimiento es una realidad. No podemos ignorar el dolor que puede suponer, para un hombre o una mujer, el ser

infecundos. Sin embargo, conviene señalar varias cuestiones:

a) En primer lugar, las mismas técnicas, al presentar como posible la obtención del hijo, generan demandas que en otro caso no existirían. En este sentido, Testard ha señalado que, ante la difusión de la reproducción artificial, "las parejas que casi habían olvidado su esterilidad recuperan viejos deseos procreativos y se inscriben en listas de espera rápidamente saturadas". En muchos casos, son las mismas expectativas generadas las que potencian y refuerzan la demanda, incrementando de ese modo el sufrimiento, máxime si no se consigue el resultado deseado.

b) En segundo lugar, y pese a la bondad del referido objetivo, eliminar el sufrimiento, estas técnicas, en muchos casos, se vuelven contra los mismos sujetos a quienes, aparentemente, se busca ayudar y, más específicamente, contra la principal destinataria de ellas, la mujer. Como es bien sabido, las nuevas tecnologías reproductivas implican graves riesgos para la integridad física -incluso la vida- de esta. En realidad, la propia lógica interna de las técnicas de reproducción artificial ignora la salud física y psíquica de la mujer. Se trata de cuestiones que quedan relegadas en aras de la lógica del resultado y del éxito a toda costa.

Pero resulta dramático que, partiendo de estos presupuestos, las nuevas técnicas reproductivas no puedan asegurar la solución a la gran expectativa creada. Según informes proporcionados por los Centros más prestigiosos de Estados Unidos y Australia, la tasa media de éxito de estas técnicas se sitúa alrededor del 10%. Testard sostiene que es necesario analizar con detalle la obtención de estas estadísticas, ya que no se suele incluir en ellas a muchas pacientes sometidas a estimulación hormonal y que no han conseguido concebir.

También se dan situaciones en las que se incluyen como éxitos no el dar a luz un hijo vivo, sino la mera concepción, con independencia de que se produzcan abortos -por otro lado, muy frecuentes-. Si ello es así, la tasa media se situaría en un nivel aún más bajo. En este sentido, la cruel ironía es que, mientras las tecnologías reproductivas se "venden" como una solución milagrosa para todas aquellas mujeres que no pueden concebir naturalmente, sólo un reducido porcentaje podrá conseguir un hijo. En consecuencia, la gran mayoría de las mujeres que acude a las nuevas técnicas reproductivas se irá tal y como llegó: sin un hijo biológico. Podemos hacernos las siguientes preguntas: ¿en qué situación quedan las mujeres en las que las técnicas reproductivas han fracasado?, ¿es el fracaso de la técnica el fracaso de sus vidas?

La infecundidad como patología

En cuarto lugar, la apelación a la necesidad de eliminar el sufrimiento suele ligarse a la consideración de que la infecundidad es siempre una patología (sean cuales sean sus causas). Como señala Cambrón, investigadores y médicos han construido

un nuevo discurso sobre la esterilidad que, insertado en su consideración como patología, "pretende legitimar el uso de las técnicas mismas y contribuir de manera indirecta a fomentar la demanda de descendencia".

Bajo este presupuesto se ha difundido el mensaje de que nos hallamos ante un tratamiento o terapia médica. Esta visión se encuentra, en gran medida, tras las demandas de financiación de estas técnicas por la sanidad pública. En este sentido, por ejemplo, la Ley española 35/1988, de 22 de noviembre, de Técnicas de Fecundación Asistida, en su Exposición de Motivos alude a las referidas técnicas como un "tratamiento de la esterilidad". Asimismo, el artículo 1.2. de esa misma Ley sostiene que "las técnicas de Reproducción Asistida tienen como finalidad fundamental la actuación médica ante la esterilidad humana".

Ahondando un poco más, se puede comprobar que las nuevas técnicas se apoyan en el presupuesto de que la no consecución del hijo es, básicamente, una patología de la mujer. Y es ella quien, de facto y ante el colectivo social, lleva el peso y la lacra de la infertilidad. Durante siglos, las tradiciones culturales no han permitido ni tan siquiera sospechar que el varón pudiera ser estéril. La relación virilidad-fertilidad ha sido -y es- tan fuerte, que se ha llegado a asimilar infertilidad con impotencia. Prueba de la permanencia de este presupuesto es que las investigaciones en infertilidad masculina están escasamente desarrolladas. Es más, en muchos casos, ante problemas masculinos -como oligospermia y astenospermia- se medicaliza directamente el cuerpo de la mujer, con la intención de poder conseguir, mediante las nuevas técnicas reproductivas, un resultado exitoso. Así ocurre cuando se recurre a estas técnicas porque los espermatozoides son incapaces, por sí mismos, de fecundar un óvulo.

¿Pero puede, en rigor, considerarse la infecundidad como una patología? El tema es importante, ya que de la consideración o no como tal dependerá, en gran medida, su calificación como terapia. Y eso tendrá consecuencias en el ámbito de su legitimación moral y jurídica. Pues bien, a pesar de que, como se ha señalado, la infecundidad se presenta siempre como una enfermedad, la realidad demuestra que no es así.

La infecundidad atribuida a la mujer puede deberse a deficiencia o incapacidad para ovular, fecundar o gestar. A su vez, esta incapacidad puede ser congénita, sobrevenida o idiopática. Esta última se refiere a la infecundidad sin causa conocida. Es importante tener en cuenta que este grupo constituye un tercio de la totalidad de los casos de infertilidad. Como apunta Cambrón, desde un punto de vista estadístico y médico, la esterilidad, aunque se presenta como algo indeterminado, sobre esa indeterminación e imprecisión se asienta la base de la justificación de las técnicas reproductivas. Es más, podría añadirse que la propia definición de infertilidad se hace depender de la sofisticación de la técnica disponible en el mercado. En este sentido, señala Koch: "Cuando una nueva tecnología reproductiva se introduce en el mercado, cambia la definición de infertilidad".

Resulta obvio que de una relación sexual humana no se sigue, mecánicamente, una concepción. Por otro lado, parece claro que, en la especie humana, concurren una multiplicidad de factores, entre ellos los psicológicos, que determinan que la concepción nunca sea algo predeterminable. Por ello, la infecundidad no puede considerarse, en general, como una enfermedad. Tan sólo se pone de manifiesto en la medida en que aparece un proyecto de concebir. Se trata, entonces, de la imposibilidad, por razones muy complejas y diversas, de satisfacer un deseo. En este sentido, podría llegar a mantenerse que, salvo casos muy concretos, la infecundidad puede ser no una cuestión de salud sino una característica de la persona.

Por otro lado, aun en el caso de que la esterilidad tenga un origen patológico conocido, las técnicas de fecundación artificial nunca son una terapia. La técnica utilizada no pretende, en ningún caso, curar. Se trata, más bien, de un sustitutivo de la relación interpersonal de procreación por la relación técnica de producción de seres humanos. La mujer sometida a los procesos de fecundación in vitro quedará, de ese modo, tan estéril como estaba. Es más, en muchos casos, el fomento, ante una situación de esterilidad, de las técnicas de reproducción artificial puede producir, indirectamente, una falta de interés y de recursos dirigidos a la investigación básica de las causas reales de la infecundidad.

En realidad, resulta fácil de constatar que los esfuerzos en el estudio de las causas que desencadenan la infertilidad son hoy muy escasos. Por otro lado, la presentación de la reproducción artificial como terapia ante una supuesta enfermedad puede llevar a descartar sus causas iatrogénicas (como, por ejemplo, uso de dispositivos intrauterinos, anticonceptivos, errónea alimentación, factores medio-ambientales, etcétera.). Asimismo, ignora que la prevención es, en muchos casos, la mejor terapia.

Pero resulta llamativo que, ante esa situación de "supuesta" enfermedad, se responda con una intensa medicalización de la mujer. Incluso hasta el punto de producirle riesgos muy graves. De hecho, ya se ha denunciado en numerosas ocasiones la celeridad con la que las distintas técnicas se trasladan de la fase experimental a la clínica. Un mero consentimiento formal de la mujer -no pocas veces con una insuficiente información- permite utilizar esa mujer como banco de pruebas de nuevas y sofisticadas técnicas, cuyos efectos secundarios están aún por determinar.

Todo se sacrifica en el altar del éxito, incluso la propia salud femenina. Para ella, las nuevas tecnologías reproductivas suponen siempre una agresión intensa y progresiva. Así, por ejemplo, en la aplicación de la técnica de fecundación in vitro con transferencia de embriones (FIV-TE) se pueden distinguir, a grandes rasgos, cuatro fases: la estimulación hormonal, la extracción de óvulos, la fecundación de los óvulos y su transferencia al organismo de la mujer y, por último, a la anidación en el embarazo.

a) Estimulación hormonal. Consiste, en primer lugar, en aplicar altas dosis de hormona de la fertilidad que contiene clomifeno, al objeto de inducir la ovulación. En la actualidad se estudia la similitud entre esta droga y el Diethylsilbestrol, de uso prohibido. Por otro lado, las sustancias que se utilizan para conseguir la maduración folicular son fundamentalmente antiestrógenos y gonadotropinas. Suelen aplicarse en combinación con el clomifeno. Posteriormente, se induce la ovulación con gonadotropina coriónica humana.

Aunque estos tratamientos hormonales pueden estar indicados en aquellas mujeres que tuvieran escasa o nula actividad ovárica, se ha constatado que muchos médicos los aplican a mujeres que ovulan espontáneamente, con la pretensión de intentar mejorar los rendimientos. Por ello, su uso lo han calificado algunos como "encarnizamiento terapéutico". Máxime, si se tiene en cuenta que se trata de aplicaciones que se encuentran, en muchos sentidos, en fase todavía experimental, ya que sus efectos secundarios aún se están estudiando. Entre ellos se encuentra la hiperestimulación ovárica, que suele generar ovarios poliquísticos.

El biólogo francés Testard -una de las figuras más prestigiosas actualmente en este campo- ha puesto en tela de juicio la utilización del clomifeno, tras encontrar pruebas de la peligrosidad de esta sustancia.

b) La segunda fase del proceso consiste en la extracción de óvulos. Pueden utilizarse diversas técnicas. La primera es la punción de folículos con una aguja, practicando a la mujer una laparoscopia bajo anestesia general. Se guía la aguja hasta el folículo y por otra incisión abdominal se introduce un fórceps con el que se sujeta el ovulo.

La otra modalidad consiste en introducir la aguja a través de la pared abdominal, guiada mediante un ecógrafo y sin anestesia general.

Ambos procedimientos no están libres de riesgos. En este sentido, señala Klein que dieciocho muertes de mujeres sometidas a un programa de fecundación in vitro parecen estar relacionadas con la punción del folículo, por introducir la aguja a través de la pared abdominal.

c) La tercera fase del procedimiento es la fecundación de los óvulos y su transferencia al cuerpo de la mujer. Tras obtener los embriones, mezclando los óvulos con el semen, se transfieren al útero de la mujer. Se trasladan a través de la vagina mediante un catéter. Una vez llevado a cabo el proceso, la mujer deberá someterse a continuas pruebas para comprobar que los embriones continúan su desarrollo.

d) Una vez transferido el embrión al útero, si se consigue su anidación, se pasa a la fase del embarazo. Entre las complicaciones que se pueden presentar en este momento se encuentra la de aborto. Esta posibilidad es de dos a tres veces más frecuente que en los embarazos normales. También existe mayor probabilidad de embarazos extrauterinos y de embarazos múltiples, porque se suele transferir más

de un embrión al útero de la madre para ampliar el porcentaje de éxito. El problema surge cuando anidan todos o gran parte de los embriones transferidos, ya que ello puede suponer un riesgo grave para la madre. La respuesta a esta situación suele ser la denominada "reducción embrionaria", eufemismo que encubre el aborto de los embriones considerados "sobrantes". Por último, hay que señalar que, en el caso de que el embarazo haya progresado con éxito, el parto suele sobrevenir mediante cesárea.

En definitiva, se puede afirmar que, sometido a estas técnicas, el cuerpo de la mujer alcanza un grado de manipulación muy alto y no ajeno a graves riesgos. En este sentido, el Informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, publicado en 1998, reconoció la existencia de riesgos físicos y psíquicos reales para la mujer.

El carácter público del cuerpo de la mujer

Sometido a estas técnicas, el cuerpo de la mujer se transforma en un lugar público, en un verdadero laboratorio "viviente" en el que todo vale con tal que alcanzar el fin propuesto, que se identifica con el éxito. En ocasiones, su cuerpo no sólo será el instrumento para asegurar la descendencia, sino que también se utilizará para otros fines, como el perfeccionamiento de las propias técnicas reproductivas o la obtención de material biológico para la investigación.

De este modo, un proceso -como es la concepción de un ser humano, que naturalmente se caracteriza por estar insertado en un ámbito estrictamente íntimo y privado- adquiere un carácter radicalmente público. Es la mujer quien debe asumir psíquicamente esta profunda transformación de la realidad. En ocasiones, no será capaz, lo que le causará un profundo sufrimiento. No faltan los testimonios de mujeres en este sentido.

Duelli Klein, en un estudio de campo sobre la situación de las mujeres que habían dejado los programas de fecundación artificial sin haber conseguido un hijo, confirma la existencia de sentimientos recurrentes de extralimitación por parte de los médicos, falta de información real e incluso "el trauma de haber sido tratadas como laboratorios vivientes". Se constata así la convicción de que sus cuerpos han quedado convertidos, de alguna manera, en una herramienta, subordinados a las leyes del éxito y de la producción.

Por otro lado, es importante insistir en que, incluso cuando la causa de la esterilidad tiene un origen masculino, como puede ser la falta de movilidad del esperma, el riesgo del tratamiento se hace recaer en la mujer. Es su cuerpo el que asume todo el peso del proceso. Y eso produce una ruptura del equilibrio entre el hombre y la mujer en el proceso gestatorio. El varón siempre pierde su lugar, tanto cuando el esperma es propio como cuando es ajeno. En este último caso, la posición del hombre queda reducida a la de un mero espectador de un proceso en el que no tiene el más mínimo papel. El artífice o "creador" del hijo, en el caso de

que llegue a nacer, es el médico, que utiliza como instrumento el cuerpo de la mujer.

Pero los métodos de reproducción artificial no sólo agreden la dimensión física de la mujer. También su **psique** puede quedar afectada porque estas técnicas profundizan en la escisión entre dimensión biológica y psíquica de la persona. Mientras que en la reproducción natural ambas dimensiones están llamadas a integrarse armónicamente, en la reproducción artificial esta integración es radicalmente imposible. Se produce una ruptura total con la forma natural de concebir. La concepción se transforma en un proceso de producción, lo biológico se desgaja de lo psíquico. Las mujeres se deben entregar totalmente al proceso, se deben subordinar al poder de un modo concreto y reductivo de entender la medicina. Unido a otros factores -como el desplazamiento de la figura del varón en el proceso-, esto lleva a que, frecuentemente, las mujeres entren en conflicto consigo mismas y con las relaciones troncales de familia. Con mucha facilidad, la inversión -emocional, familiar, económica, social, etc.- que hace la mujer es tan radical, que la consecución del hijo puede convertirse en una verdadera obsesión, en la que se compromete todo el proyecto vital.

La reducción del dolor humano a un problema técnico

En realidad, cuando -inmersos en una sociedad de consumo- el hijo es entendido como un bien más, dependiente directamente de la opción por un estilo de vida, se eliminan los presupuestos que permiten entender la lógica de la naturaleza de la procreación humana. En este sentido, Illich denomina "iatrogenia estructural" a la regresión del nivel de salud que para él representa la incapacidad creciente de enfrentarse con experiencias esenciales como el dolor, la enfermedad y la muerte, y que generan una demanda de manipulación. El dolor pierde su dimensión humana y se transforma en un problema técnico. Al carecer absolutamente de sentido, su no erradicación conduce hasta el extremo de privar de sentido a la misma vida humana que lo padece.

No se trata de dar al dolor un sentido absoluto, ni de no poner los medios para erradicarlo. Sin embargo, sí es importante dejarle un mínimo espacio para encontrar su sentido en la vida humana, vida que, por otro lado, se encuentra inevitablemente unida a él.

En el caso de la mujer, el aparente dolor por no conseguir un hijo biológico, al considerarse como algo absolutamente privado de sentido, se identifica como una patología que hay que eliminar a toda costa. Por ello, no se encuentra el espacio previo y necesario para indagar y situar ese dolor, detectando, quizá, un origen distinto a la falta del hijo biológico. No hay lugar, para eso en el imaginario social. Como destaca Illich, en los casos en los que se recurre a la fecundación in vitro es sumamente excepcional que los médicos se pregunten por el significado del sufrimiento de la mujer que demanda un hijo. Lo habitual es que este dolor se remita directamente a una disfunción orgánica. En el lenguaje psicoanalista, la

demanda del paciente no suele coincidir con el deseo real o inconsciente. Para Lacan, la demanda se refiere siempre a una cosa distinta a las satisfacciones que reclama (en este caso, el hijo). Se trata, siempre, de una demanda de cariño y de amor. Por ello, es importante plantear la necesidad de sustituir la visión estrictamente médico-técnica por una escucha y comprensión de la situación del paciente. En este sentido, Lesley Doya! sostiene que, con frecuencia, las tecnologías reproductivas no se utilizan sólo como una respuesta a la infertilidad. En realidad, se suele acudir a ellas como a una respuesta (bio)tecnológica a una situación de crisis de vida de la persona.

De este modo se explica el gran número de mujeres dispuestas a someterse a todo tipo de riesgos con tal de alcanzar el hijo biológico. En este sentido, varios autores han sostenido la imposibilidad de reconocerles una libertad real a la hora de acceder a estas nuevas tecnologías. Llegan a afirmar que existe una violencia material sobre la mujer, una violencia suave, invisible para las propias víctimas.

Merecen citarse aquí algunas ideas y declaraciones recogidas por Silvia Tubert en su libro *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, obtenidas en estudios de campo sobre casos concretos de mujeres que acudían a la sección de maternidad de la Ciudad Sanitaria de la paz en Madrid, en demanda de una fertilización in vitro:

"Todos me dicen: vete a por todas, porque, si no, te vas a arrepentir algún día pensando que podías haberlo hecho y no lo has hecho".

"Tantas pruebas y cosas te traumatizan un poco, te cansan. Cuando la naturaleza no lo da, no hay que obligarla. Había decidido dejarlo, pero la doctora tuvo la gentileza de llamarme: he vuelto".

"En el pueblo mi familia, la gente... me decían que fuera al médico".

Koch describe lo que entiende como el problema del "acceso a la infertilidad". O, en otras palabras, el derecho a asumir la propia realidad. Su negación tiene como consecuencia que las mujeres que se "rinden" sin haberlo arriesgado todo, incluso los tratamientos más experimentales, deben aceptar su grado de "culpa". Siempre serán vistas como las responsables -al menos en parte- de su situación.

La protección jurídica del derecho a la vida y a la salud de la mujer

Nadie discute que una de las funciones del Estado social de Derecho es garantizar, como exigencia derivada del derecho a la vida, la salud de sus ciudadanos. En este sentido, la Constitución española garantiza, en su artículo 15, "el derecho a la vida y a la integridad física y moral", lo que implica un compromiso en la promoción y disfrute real de los medios necesarios para mantener la salud.

Esto supone, a su vez, un control de los productos y técnicas disponibles en el mercado en relación con su inocuidad sobre la salud humana. Asimismo, conlleva el establecimiento de sanciones jurídicas para quienes lesionen la integridad física

y psíquica de los ciudadanos.

Como se ha podido comprobar, la legislación española asimila, erróneamente, las nuevas tecnologías reproductivas con una terapia. De este modo, se entiende que la mujer que se somete a estas técnicas lo hace para curar o remediar una patología. Se parte de la base de que estas técnicas son siempre voluntarias, de tal modo que las mujeres deben asumir los inevitables efectos secundarios.

De hecho, la Ley 35/88 no contempla la posibilidad de que se produzcan lesiones a la mujer. A ello se añade el hecho -constatado empíricamente- de que las mujeres que se someten a la fecundación in vitro suelen ignorar, por la falta de información suministrada, los verdaderos riesgos de lesiones corporales y psíquicas, inseparablemente unidos a las nuevas tecnologías reproductivas. Con frecuencia el equipo médico, con el objetivo de aumentar las posibilidades de éxito, asume decisiones en las que poco tiene que ver la mujer, aunque esas decisiones afecten a su integridad física. Entonces, la mujer, con un mero consentimiento formal, podrá ser expuesta a intervenciones que acarreen importantes riesgos y cuyos efectos secundarios aún no están contrastados.

Conclusión

Nos hallamos ante un tema de gran complejidad y que no debe tratarse de manera superficial. Es importante profundizar valientemente en los intereses que subyacen a las nuevas tecnologías reproductivas, la lógica que las inspira, sus consecuencias sobre el estatuto de la vida humana, así como en la visión de la mujer sobre la que se asientan.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, sorprende que desde diversas instancias se potencie el uso de estas técnicas, e incluso se demande su financiación pública, en nombre de un pretendido derecho a la libertad y a la salud de la mujer. Se ignora, así, que suponen verdaderas agresiones a la vida y a la salud femenina. En realidad, los poderes públicos deberían cuestionarse el apoyo incondicional, fundamentalmente económico, que prestan a las técnicas de reproducción artificial.

En lugar de ello, se deberían destinar partidas importantes de recursos económicos a la investigación de los orígenes de la esterilidad y a su verdadera terapia.

Por otro lado, si lo que realmente se pretende es dar un hijo a una familia y que este sea querido por sí mismo, resultaría mucho más congruente que los poderes públicos apoyaran de una manera más eficaz los procesos de adopción. Porque los costes económicos y los trámites burocráticos hacen muy difícil -a veces imposible- conseguir que muchos niños tengan algo que no es un mero deseo, sino un verdadero derecho: una familia.

En este sentido sería deseable la agilización y el apoyo institucional a los procesos de adopción, e incluso su subvención pública.

¿Existen seres humanos sin dignidad?

Angela Aparisi Miralles

Hace unas semanas se hizo público el Informe del Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica, relativo a la investigación con células troncales. Este informe, aunque trata otras cuestiones, pretende, en realidad, responder a una pregunta inquietante: ¿qué debemos hacer con los embriones actualmente congelados en España?

Como es bien conocido, y se señala expresamente en el texto oficial, en España existen miles de embriones humanos congelados sobrantes de los procesos de fecundación in vitro. Nuestra Ley de Técnicas de Reproducción Asistida, una de las más permisivas del mundo, establece que los embriones sobrantes de una fecundación in vitro, por no transferidos al útero, se crioconservarán durante un máximo de cinco años. Sin embargo, la Ley no aclara cuál será su destino.

El Informe admite que el uso de estos embriones para la investigación (fundamentalmente, la extracción de sus células troncales) genera problemas éticos. Sin embargo, frente a otras alternativas, recomienda su utilización para la derivación de células troncales, lo cual implica su destrucción. En este sentido, el Informe sostiene que el embrión humano tiene un valor, pero ponderable con respecto a otros valores. Por ello, establece que "la legislación vigente deberá ser modificada a fin de establecer un marco jurídico adecuado en lo referente a la investigación con células troncales procedentes de embriones humanos sobrantes". Estas recomendaciones implican, en la práctica, la negación de dignidad al embrión humano.

Nuestra cultura jurídica occidental está construida sobre un presupuesto claro: la distinción entre persona y cosa, entre sujeto y objeto. Supuso un gran avance -y una gran humanización para el Derecho- asumir que el individuo humano, cada miembro de la familia humana, merece un respeto incondicionado, que implica, entre otras cosas, su no instrumentalización. En este sentido, ya Kant entendió que la dignidad significa que los seres humanos "no son meros fines subjetivos, cuya existencia, como efecto de nuestra acción, tiene un valor para nosotros, sino que son fines objetivos, esto es, cosas cuya existencia es en sí misma un fin, y un fin tal, que en su lugar no puede ponerse ningún otro fin para el cual debieran ellas servir como medios". Y en otro fragmento de su Fundamentación de la metafísica de las costumbres sostuvo: "Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite equivalentes, eso tiene una dignidad".

Esta idea quedó, de alguna manera, plasmada en el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948: "La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana". En la

actualidad, y especialmente en el ámbito de la Bioética, todos los textos jurídicos internacionales presuponen el principio de la dignidad humana. Así, por ejemplo, el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, sólo en su Preámbulo se refiere a la dignidad humana tres veces, y su artículo 1 comienza destacando que "las partes en este Convenio protegerán la dignidad e identidad de todo ser humano...". En el mismo sentido, la Recomendación 1046 adoptada en 1986 por la Asamblea del Consejo de Europa -relativa a la utilización de embriones y fetos para fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales- reconocía, en sus puntos 5 y 8 que "la vida es humana desde la fecundación". Y en el punto 10 sostenía: "El embrión y el feto humano deben beneficiarse en todas las circunstancias del respeto debido a la dignidad humana".

El reconocimiento del principio de la dignidad humana tendría, entre otras, las siguientes consecuencias en relación al tema que nos ocupa:

a) Es una condición propia e inherente a todo ser humano. Por ello, no tiene sentido afirmar que existen seres humanos sin dignidad. Así, el Preámbulo de la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa establece "la necesidad de respetar al ser humano, no sólo como individuo sino también en su pertenencia a la especie humana", reconociendo la importancia de garantizar su dignidad. Y en su artículo primero se refiere, también, a la protección de la dignidad de todo ser humano.

b) La dignidad del ser humano conlleva la exigencia ética de su no instrumentalización y de la no comercialización de sus partes. Por ello, debe entenderse como un principio fundamental la primacía del ser humano frente a cualquier tipo de interés social o económico. Con relación al principio de no instrumentalización del ser humano, el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina afirma que "el interés y el bienestar del ser humano prevalecerán frente al exclusivo interés de la sociedad o de la ciencia".

La peculiaridad de hoy

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos ante una situación que podría ser calificada, al menos, de "peculiar". El deseo de tener hijos biológicos ha generado que miles de individuos humanos, a quienes nadie les ha consultado, se encuentran en tanques de nitrógeno líquido, con un destino sumamente incierto. ¿Cuál sería, ante esta situación, la solución más acorde con la dignidad humana?

Lo primero que debemos planteamos rigurosamente es la licitud ética y jurídica de la congelación de embriones humanos. No existe un derecho al hijo, ya que este no es un objeto. Sólo existe el deseo de tener hijos biológicos, y este deseo, como todos los deseos, debe tener límites. La no congelación de seres humanos es uno de ellos. En este sentido, la ley italiana de reproducción artificial prohíbe expresamente la congelación y experimentación con embriones.

En segundo lugar; dado que los embriones congelados -con independencia de su estado de salud, viabilidad...- son seres humanos, merecen un trato conforme a su dignidad. Ello implica su respeto, lo cual exige su no manipulación mientras tengan vida. De este modo, la indeterminación sobre la viabilidad de la vida no debe ser el criterio decisivo para su protección jurídica. También es incierta la vida de un enfermo oncológico o de un anciano moribundo, y no por ello deja de ser merecedora de respeto. La dignidad de cada individuo humano no puede hacerse depender del carácter "incierto" de su vida. La incertidumbre pertenece al plano de nuestro conocimiento, y lo que, sin embargo, se está debatiendo es el estatuto ontológico de la vida humana.

Clonación humana: ¿interés científico o económico?

Luis María Gonzalo

Las informaciones que últimamente se han aireado sobre el supuesto nacimiento del primer humano clonado, dadas a conocer por la doctora Brigitte Bouselier y su equipo de la secta raeliana (que ha sido la broma científica más divertida, según Claude Vorilhon, fundador de la mencionada secta), han renovado el debate sobre la clonación humana.

La clonación humana, es decir, la producción de seres humanos genéticamente idénticos al progenitor, ha sido rechazada universalmente. En las Naciones Unidas, al debatir en noviembre este tema, todos los países rechazaron la clonación humana reproductiva. No hubo consenso, en cambio, respecto a la clonación humana terapéutica, es decir, la que busca producir embriones humanos clónicos con el fin de obtener células o tejidos que puedan ser transplantados a un enfermo. En este caso, treinta y seis países, entre ellos EE. UU. Y España, la rechazaron; pero otros veinte, encabezados por Alemania y Francia, se mostraron partidarios. De hecho, en algunos países como el Reino Unido, Holanda y Singapur ya la han permitido.

En qué consiste la clonación terapéutica

Algunos consideran la clonación terapéutica como una alternativa preferible a la utilización de células madre embrionarias (CME), que habitualmente se suelen obtener de los embriones sobrantes de la fecundación in vitro. La razón de esta preferencia está en que las CME producen reacción inmunitaria en el huésped, aunque inicialmente se esperaba que no serían rechazadas (si bien la reacción de rechazo es menos intensa que cuando se transplanta un órgano adulto). En cambio, si se utilizan CME obtenidas de embriones clónicos, tal rechazo no se da, ya que la constitución genética es idéntica a la del receptor. Los embriones clónicos se obtienen mediante la denominada transferencia nuclear: a un oocito, previamente preparado, se le extrae el núcleo y se sustituye por el núcleo de una célula del futuro receptor de las CME.

¿Son recientes las experiencias de clonación?

Aunque en estos últimos años es cuando los medios de comunicación la han dado a conocer (especialmente desde que Wilmut y su equipo publicaron el nacimiento de la corderilla clónica Dolly en 1997), es una investigación que cuenta ya con más de medio siglo de historia.

En efecto, Briggs y King comenzaron en 1943 este tipo de experimentación en Filadelfia, y en 1952 obtuvieron las primeras ranas clónicas. Para ello, utilizaron núcleos obtenidos de un blastocisto de rana. En mamíferos fue Willadsen el primero que consiguió corderos clónicos en 1986. La diferencia de esta clonación con respecto a la de Wilmut, que también fue en corderos, es que este la consiguió con un núcleo de célula adulta, lo cual suponía una notable novedad científica: mostraba que el núcleo de células adultas puede remodelarse de tal forma que multitud de genes silentes pueden volver a expresarse si las condiciones externas (como las que presenta el citoplasma del oocito) son adecuadas. Cabría también la posibilidad de poder clonar individuos adultos, noticia acogida con gozo por grupos de lesbianas que veían la posibilidad de tener hijas idénticas a ellas y sin intervención de varón.

Éxitos y fracasos en la clonación

Expuesta la técnica de la clonación en la forma tan simplificada en que lo hacemos, puede dar lugar a una idea falsa sobre sus posibilidades. Por un lado, es un método que requiere medios y técnicas bastante sofisticados y, por otro, hasta los equipos con medios y experiencia han de realizar múltiples intentos para lograr un caso.

Por ejemplo, Wilmut consiguió la cordera Dolly después de 434 ensayos. Llevado esto al caso del hombre, se ve que para conseguir un embrión humano clónico sería necesario sacrificar muchos embriones.

Dificultades en la clonación humana

Una la acabamos de exponer: la dificultad técnica, de la que se tiene amplia experiencia en animales. Otra dificultad es que, por ahora, en los intentos que se han realizado para obtener clones humanos, no se ha conseguido que el embrión llegara a la fase de blastocisto (que es necesaria para obtener CME). Así, un equipo de la Advanced Cell Technology, en Worcester (Massachusetts), ha comunicado que los clones humanos que produjeron superaron la fase de mórula, pero morían al llegar a blastocistos.

Por encima de estas dificultades científico-técnicas, están las implicaciones bioéticas. Tanto la clonación reproductiva como la terapéutica suponen sacrificar numerosas vidas humanas para satisfacer el capricho de unos o el intento de curar a un enfermo de otros. Quizá, tales implicaciones éticas tengan escasa importancia para los materialistas; pero la tiene, y grande.

Implicaciones científico-crematísticas

Cuando se investiga la génesis y el desarrollo de la discusión sobre clonación humana y CME, se muestra bastante claro que, junto al interés científico del tema, hay otros intereses entre los cuales están los económicos. Basta con ver que entre los más interesados en obtener la aprobación de la clonación humana terapéutica figuran varias empresas de biotecnología.

Pero junto con el interés crematístico, no se puede negar que hay también un interés científico, ya que los embriones clónicos pueden prestar un buen servicio para el avance de nuestros conocimientos en el desarrollo de las primeras fases de la vida humana. Así, Wilmut y su equipo del Instituto Roslin han solicitado los permisos oportunos para iniciar estas experiencias.

Células troncales embrionarias y adultas

Es relativamente reciente el descubrimiento de las células troncales (stem celis). Comenzó a sospecharse su existencia a partir de los trabajos de Till y McCulloch (1961), en los que demostraron que en la médula ósea existen precursores clonogénicos que dan lugar a colonias multilineales hematopoiéticas en el bazo, y que algunas de sus células son capaces de formar nuevas colonias esplénicas. En la actualidad, se sabe que todos los tejidos, incluido el nervioso, poseen células indiferenciadas que pueden dar lugar no sólo a las células propias del tejido donde residen sino también a otras distintas. Por ejemplo, las de la médula ósea no sólo forman las diferentes células hemáticas, sino también otras distintas, incluso neuronas. Es decir, son multipotentes.

Comparadas las células troncales provenientes de adulto con las células troncales embrionarias, se ve que estas últimas tienen mayor capacidad mitótica y dan lugar a células de más diversos tipos. A primera vista, poseen ventajas con respecto a las células madre de adulto, pero en realidad son más bien desventajas.

La mayor capacidad de división de las CME tiene el inconveniente de que es difícil de controlar, por lo que puede producir verdaderos tumores, y su pluripotencialidad hace más difícil que se diferencien en células del tejido que se quiere regenerar. Con las células madre del adulto, en cambio, al tener menor capacidad proliferativa, casi no existe riesgo de que den lugar a formaciones tumorales y, por otra parte, implantadas en el tejido que se quiere regenerar, su multipotencialidad se orienta más fácilmente a la generación de células de ese tejido. Un tercer dato que también hace preferibles a las CME no clónicas es que, como proceden del mismo individuo al que han de ser trasplantadas, no presentan ningún problema de rechazo.

Si este es el estado de las posibilidades de las células troncales con fines terapéuticos, se comprende que lo más lógico es orientar la investigación sobre las células troncales de adultos y no insistir en las experiencias con células troncales

embrionarias obtenidas de embriones clónicos, en unos casos, o sin clonar, en otros.