

De la infertilidad a la fecundidad

JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA (COMPILADORA)



Colección Familia Escuela de Humanidad

Instituto para el Matrimonio y la Familia
Pontificia Universidad Católica Argentina

22

DE LA INFERTILIDAD A LA FECUNDIDAD

**JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
GRACIELA MOYA - ZELMIRA BOTTINI DE REY
CECILIA PRIMOGERIO - PABLO BULACIO**

DE LA INFERTILIDAD A LA FECUNDIDAD

*Distintas aproximaciones
a esta temática*



Editorial de la Universidad Católica Argentina

Moya, Graciela

De la infertilidad a la fecundidad : distintas aproximaciones a esta temática / Graciela Moya ; Prólogo de Josefina Perriaux de Videla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Educa, 2025.

84 p. ; 11 x 17 cm. - (Colección Familia Escuela de Humanidad ; 22)

ISBN 978-987-620-616-7

1. Fertilidad. I. Perriaux de Videla, Josefina, prolog. II. Título.

CDD 616.692



**EDITORIAL
DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA**

A. M. de Justo 1400 • P.B., Contrafrente • (C1107AAZ)
Tel./Fax 4349-0200 int. 2764 • educa@uca.edu.ar
Buenos Aires, abril de 2025

ISBN: 978-987-620-616-7

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Printed in Argentina - Impreso en la Argentina

COLECCIÓN FAMILIA ESCUELA DE HUMANIDAD

1. Educación Sexual. *Familia y Escuela*
ZELMIRA BOTTINI DE REY
2. Educación Sexual. *Reciprocidad y complementariedad*
ZELMIRA BOTTINI DE REY
3. Educación Sexual. *¿Perspectiva de género o perspectiva personalista?*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
4. La sexualidad hoy. *Implicancias antropológicas*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
5. Matrimonio. *¿Construcción Cultural?*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
6. Familia educadora
ZELMIRA BOTTINI DE REY
7. Homosexualidad
FERNANDO CHOMALI
8. Diario de una pequeña ofrenda
INÉS MACHERA DE VARTORELLI
9. Una Buena Nueva también para la sexualidad
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
10. La familia hoy. *Nuevos desafíos*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
11. La familia en la actualidad. *¿Cambió el modelo?*
MYRIAM MITRECE DE IALORENZI
12. Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias
ZELMIRA BOTTINI DE REY –COMP.–
13. La misión del varón en la cultura actual
ALEJANDRA M. PLANKER DE AGUERRE

14. Familia y ancianidad

MARÍA INÉS PASSANANTE –COMP.–

15. Una ética para el siglo XXI

JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA

16. Ideología de género y educación sexual

MYRIAM MITRECE DE IALORENZI –COMP.–

17. Respeto por la vida naciente

MYRIAM MITRECE DE IALORENZI –COMP.–

18. Lograr un embarazo

MARÍA ELENA VELARDE OCAMPO

19. Ser mujer hoy

JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA

20. La Teología del cuerpo

JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA

21. Romano Guardini. Un aporte para nuestro tiempo

JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA

Prólogo

Los textos que siguen a continuación reproducen las ponencias presentadas en una Jornada realizada el 9 de septiembre de 2024, organizada por el Instituto para el Matrimonio y la Familia de la Universidad Católica Argentina: *De la infertilidad a la fecundidad*.

Intentan presentar un aporte a la temática de la infertilidad, que, por distintas razones, está presente en nuestros días, con mayor frecuencia que en otras épocas.

Las parejas que atraviesan esta situación suelen recibir por parte de los médicos y de nuestro entorno cultural una única salida: la fertilización asistida, y se embarcan en esta propuesta con una información deficiente de los procesos que entran en juego para lograrla, así como, también, de las

repercusiones a nivel personal que estas presentan para el matrimonio.

Es por ello que, con esta Jornada se ha pretendido aportar información clara y precisa acerca de las diferentes técnicas de fertilización asistida, y, asimismo, brindar “recursos humanos” a las parejas que transitan esta situación.

Hemos contado también con el aporte de un matrimonio que ha atravesado esta situación, brindando un testimonio sumamente enriquecedor para todos aquellos que viven actualmente algo similar.

Introducción

Mg. JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA

La Directora del Instituto ya les dirigió unas palabras de bienvenida. Yo les doy la bienvenida una vez más porque quiero decirles cuanto valoramos su presencia. Nos hemos acostumbrado, a partir de la pandemia, a las exposiciones por zoom. Por ello reconocemos el esfuerzo e interés que demuestran al venir. Esperamos no defraudarlos.

Esta Jornada ha sido organizada por el Instituto para el Matrimonio y la Familia desde el área de Planificación Familiar Natural, denominada ahora, a partir de 2024, área de Procreación y Fertilidad Humana.

En esta área, el acento, el foco, está puesto en proteger el valor altísimo de toda vida humana en íntima unión con el amor conyugal. ¿Cómo logramos este objetivo? Lo hacemos preparando a la mujer, acompañando a parejas, en la tarea de transmitir la vida humana. Les enseñamos a descubrir el tesoro potencial de la fertilidad. Concretamente, enseñamos a descubrir en el cuerpo de la mujer varios y claros indicadores de su momento fértil, que es siempre un período acotado del ciclo y que indicará cuál es el momento fértil del matrimonio. El varón, aunque potencialmente fértil todos los días, no lo será efectivamente más que durante esos días en los que la mujer es fértil.

Ese reconocimiento posibilita espaciar embarazos, cuando hay razones importantes para hacerlo, no alterando la fertilidad, no inhibiéndola, sino mediante abstinencia durante el período fértil.

Puede contribuir también a lograr un embarazo frente a algunas dificultades que responden, por ejemplo, a un momento fértil muy corto. Reconocerlo con precisión, potenciado por una breve abstinencia previa, dado que la capacidad fecundante de los espermatozoides es mejor cuando las uniones guardan cierto espacio entre sí, puede facilitar un embarazo sin apelar a recursos mucho más complejos.

Ese reconocimiento permite, asimismo, tener un panorama claro de salud ginecológica. Difícilmente una alteración o desajuste en todo lo que interviene en la reproducción no se manifieste en los indicado-

res de fertilidad que toda mujer puede reconocer en su organismo.

Ahora bien, cuando un matrimonio descubre que hay alteraciones en su fertilidad, o pasa el tiempo y el embarazo deseado no se concreta: ¿qué soluciones buscar?, ¿cómo vivir esta situación?, ¿cómo acompañar a quienes la atraviesan? La Dra. Zelmira Bottini de Rey tratará algunos de estos interrogantes.

Quisiera hacer dos comentarios frente a estas situaciones.

1) Ante las dificultades para concebir, el entorno cultural, los médicos en general, nos conducen a una única salida: la fertilización asistida. En consecuencia, el matrimonio asume esta propuesta, habitualmente, sin conocer otras alternativas, con una información deficiente, por lo general, de los procesos que entran en juego aquí. Por ello, uno de los objetivos de este encuentro es brindar una información objetiva y completa acerca de este tema. Sin un conocimiento fidedigno, es imposible tomar decisiones verdaderamente libres. Este aporte nos lo brindará la Dra. Graciela Moya.

Pero quisiera mencionar antes la existencia de un recurso para las dificultades para concebir poco conocido: NaPro Thecnology, en donde subyace una cosmovisión bien distinta. Esto es llevado adelante por un equipo de médicos y monitores con más de cuarenta años en la materia, con resultados muy satisfactorios. Hay aquí una aproximación respetuosa de los procesos de reproducción, que intenta restaurar los que presentan alteraciones o desajus-

tes, no manipulando esos procesos sino colaborando con ellos, buscando que la concepción se dé en el lugar que fue diseñado para ella: la intimidad de la unión conyugal. La información y contacto de esta Institución se encuentra en la página web “Fertility care”.

2) Cuando no se logra resolver la dificultad para lograr un embarazo es posible que nos preguntemos: ¿por qué yo?, ¿por qué nosotros? Si todos desde el inicio de la humanidad –lo encontramos ya en el Génesis– hemos sido convocados a ser fecundos, ¿por qué no hemos recibido el don de la fecundidad? En esta circunstancia, brotan de mi interior las palabras de un Salmo, apropiadas para momentos oscuros como este, en el que pareciera que Dios no nos escucha o se olvidó de nosotros:

*Levanto mis ojos a los montes:
¿de dónde me vendrá el auxilio?
El auxilio me viene del Señor,
que hizo el cielo y la tierra.
No permitirá que resbale tu pie,
tu guardián no duerme;
no duerme ni reposa
el guardián de Israel.
El Señor te guarda a su sombra,
está a tu derecha;
el Señor te guarda de todo mal
ahora y por siempre.*

Todos hemos sido llamados a ser fecundos. El primer camino en el que pensamos es la fecundidad biológica, pero existen infinidad de maneras de serlo. Hemos de descubrir el propio, el que Dios pensó en forma personalísima para cada uno. El *propio camino* de fecundidad, no “una opción frente a una realidad fallida”. Y hemos de buscarlo, confiando en que Él conoce y desea nuestro bien más que nosotros mismos. Algo de esto seguramente van a encontrar en el testimonio de Cecilia Primogerio y Pablo Bulacio.

Técnicas de reproducción asistida

DRA. GRACIELA MOYA

En los últimos años se ha definido a la infertilidad como una problemática médica sanitaria en los países desarrollados¹. Hoy hablamos de una crisis de fertilidad debido a distintos factores, entre ellos, el

1. Vayena, E.; Rowe, P.J.; Griffin, P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, WHO Geneva, Switzerland 17-21 September 2001.

retraso en la búsqueda del hijo²; un incremento en el número de mujeres solas que encaran el proyecto de la maternidad³; las parejas igualitarias, naturalmente infecundas por elección; y, en la actualidad, se reconocen alrededor del 6 % de mujeres en edad fértil que son sobrevivientes de cáncer⁴. Se reconoce que alrededor del 10 % de las parejas tienen dificultades en la concepción⁵.

La posibilidad de infertilidad femenina aumenta progresivamente con la edad de la mujer, siendo alrededor del 0,2 % a los 20 años, alrededor del 3 % entre los 20-30 años, y mayor del 20 % en las mujeres mayores de 30 años.

Países como Japón, EE. UU., China y muchos países de Europa enfrentan una pirámide poblacional invertida. Muchos países asiáticos se enfrentan a una población que envejece rápidamente. El envejecimiento de la población genera una necesidad de mayor cuidado de las personas ancianas y, por ende, un aumento en los gastos de seguridad social en el

2. Silber, S. J., “Are we infertile? Simpler treatments”, in *How to get pregnant*, Boston, Little, Brown, 2007, p. 87.

3. Connolly, M. P.; Pollard, M. S.; Hoorens, S.; Kaplan, B. R.; Oskowitz, S. P.; Silber, S. J., “Long-term economic benefits attributed to IVF conceived children: a lifetime tax calculation”, *Am J Manag Care*, 2008, 14:598-604.

4. Jeruss, J. S.; Woodruff, T. K., “Preservation of fertility in patients with cancer”. *N Engl J Med.* 2009, 360:902-11.

5. Mascarenhas, M. N. y cols., “National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys”, *PLoS Med.* 2012, 9(12): e1001356.

presupuesto nacional, entre otras dificultades. La sociedad en la que la tasa de envejecimiento (la proporción de la población de 65 años o más) supera el 7 % se llama “sociedad de envejecimiento”, y cuando supera el 14 % es una “sociedad envejecida”. Japón actualmente tiene una tasa de envejecimiento del 27 %⁶.

La OMS define a la dificultad en la concepción como una enfermedad del sistema reproductivo cuando no se logra una gestación clínica luego de doce meses de actividad sexual sin protección⁷.

Si bien, en reportes anteriores (2001), la infertilidad no era considerada en sí misma una enfermedad, porque no pone en riesgo la vida o salud física de las personas, interpretaba que el sufrimiento que genera puede alterar el completo bienestar, físico, mental y social de las personas. Surge como una situación central en la vida de las personas que por distintos motivos no pueden llegar a la gestación de un hijo sano, ello motiva un sufrimiento psicológico, con marcada repercusión social, tanto para las mujeres como para los hombres, que puede generar grandes presiones en la pareja, la familia y la sociedad.

6. Oku, A.; Ichimura, E.; Tsukamoto, M., “Aging population in Asian countries. Lessons from Japanese experiences”, Research Department Policy Research Institute, MOF, Japan, 2017, https://www.mof.go.jp/pri/research/discussion_paper/ron299.pdf

7. OMS, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

A su vez, la reproducción es entendida como un derecho humano, basado en el artículo 16.1 de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos: “Los hombres y las mujeres, a partir de la edad nubil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia”. Al ser un derecho debería garantizarse y, por ende, la dificultad en la concepción ser tratada.

Sin embargo, en documentos recientes, la OMS establece que la infertilidad genera discapacidad, es decir, un impedimento de la función y, por lo tanto, el acceso a la atención médica está sujeto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸. Se estima que 34 millones de mujeres, predominantemente de países en desarrollo, tienen infertilidad como resultado de la sepsis materna y el aborto inseguro (morbilidad materna a largo plazo que resulta en una discapacidad). La infertilidad en las mujeres se clasificó como la quinta discapacidad global grave más alta (entre las poblaciones menores de 60 años)⁹.

8. Organización de Naciones Unidas, <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

9. OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/index.html>

Pensemos: ¿Qué implica definir que una condición como enfermedad es fundante de discapacidad?

Otorgar a la infertilidad la categoría de discapacidad obliga a los países a considerarla como una necesidad básica que debe ser resuelta por el sistema de salud, promoviendo que las cargas financieras queden en el estado y no en las personas¹⁰. De esta manera, incluye a todas las personas con dificultad en la concepción, no solo a aquellas parejas con cuestiones médicas, sino que también a aquellas con situaciones sociales, como las personas solas, o las parejas de igual sexo. Por ello, en la actualidad, los sistemas de salud pública y privados deben costear los diagnósticos y tratamientos de fertilización asistida, generando la necesidad de redistribuir los recursos limitados del sistema de salud. En estas circunstancias, las obras sociales y prepagas deben cubrir problemáticas sociales que no tienen solamente que ver con problemas de salud, sino también con satisfacer estos “anhelos y deseos”, sin necesidad de poseer un problema de fertilidad concreto¹¹. Debido a los “mayores costos” derivados de la aplicación de

10. Khetarpal, A.; Singh, S., “Infertility: Why can't we classify this inability as disability?”, *The Australasian Medical Journal* 2012, 5(6):334-339.

11. Orlando, A., Curso anual de auditoría médica 2013, Hospital Alemán, <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Fertilizaci%C3%B3n%20asistida%202013.PDF>

la ley de fertilización asistida reglamentada en julio de 2013, la Superintendencia de Servicios de Salud autorizó a las prepagas un incremento del 9,5 % desde el 1º de septiembre de ese año en las cuotas mensuales que cobran a sus afiliados¹².

Desde la introducción de las técnicas de fertilización asistida en 1978¹³, las mismas se aplican no solo en casos de parejas heterosexuales que por distintos motivos médicos se presentan con dificultad en la concepción, sino también en parejas fértiles heterosexuales que deciden la selección embrionaria por riesgo de salud elevado para la descendencia por patología genética hereditaria o por otros factores, como la edad materna; para la selección de características genéticas no relacionadas con la salud del embrión, como el sexo, o su compatibilidad genética con un hermano (bebé medicamento); en mujeres solas, que no hayan logrado una pareja; o bien en parejas homosexuales, biológicamente infecundas. En todas estas circunstancias, tan variables, el deseo por un hijo se reconoce como una indicación de tratamiento legítima¹⁴, que se ha expandido a amplios

12. Prepagas anuncian aumentos por la nueva ley de fertilidad, <https://fortuna.perfil.com/2013-09-05-127653-prepagas-anuncian-aumentos-por-la-nueva-ley-de-fertilidad/>

13. Steptoe, P. C.; Edwards, R. G.; "Birth after the reimplantation of a human embryo", *Lancet* 1978, 2(8085):366.

14. Bateman, S., "When Reproductive Freedom Encounters Medical Responsibility: Changing Conceptions of Reproductive Choice", in *Current Practices and Controversies in Assisted Re-*

sectores de la sociedad. De hecho, en la actualidad, alrededor del 1-4 % de los bebés nacen por medio de estas técnicas¹⁵.

Pensemos: ¿La falta de oportunidad para encontrar una pareja tiene el mismo significado que la esterilidad secundaria a un tratamiento oncológico en la infancia?

Si bien hablamos en forma genérica, la dificultad en la concepción se refiere como infertilidad, pero engloba los siguientes conceptos médicos:

1. *Esterilidad primaria*: cuando la pareja, tras un año de relaciones sin tomar medidas de protección, no ha conseguido un embarazo.

2. *Esterilidad secundaria*: la pareja que, tras la consecución del primer hijo, no logra una nueva gestación tras dos o más años de intentarlo.

production: Report of a Meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”, Held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001, ed. Effy Vayena, Patrick J. Rowe, and David Griffin (Geneva: World Health Organization, 2002), 321-22.

15. Reffhuis, J.; Honein, M. A.; Schieve, L. A.; Correa, A.; Hobbs, C. A.; Rasmussen, S. A., “The National Birth Defects Prevention Study Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States”, *Hum Reprod* 2009, 24:360-366.

3. *Infertilidad primaria*: la que padece una pareja que consigue una gestación que no llega a término con un recién nacido normal.

4. *Infertilidad secundaria*: cuando, tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido normal.

Por lo tanto, desde el punto de vista médico, se entiende como una condición de una pareja, no como una dificultad individual, ya que solo en el contexto de la búsqueda de un hijo y entre esas dos personas en particular, se manifiesta la dificultad.

Causas de dificultad en la concepción

La infertilidad es un problema común, aproximadamente el 10 % de las parejas sufre alguna dificultad para concebir un hijo. De manera que, en edades jóvenes, la posibilidad de concebir en un solo ciclo es de alrededor del 20 al 25 % y, en un año, de alrededor del 90 %¹⁶. Esta dificultad se incrementa con la edad materna. La fertilidad de la mujer disminuye considerablemente con el aumento de la edad (Figura 1) y la posibilidad de pérdida de embarazo se incrementa. Así, la tasa de embarazo disminuye

16. Gnoth, C.; Godehardt, D.; Godehardt, E.; Frank-Hermann, P.; Freundl, G., "Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility", *Hum Reprod.* 2003, 18(9):1959-66.

significativamente a partir de los 35 años, por ello se propone comenzar a estudiar a las pacientes mayores de esa edad, después de seis meses de dificultad en la concepción y no a partir del año como en parejas más jóvenes¹⁷. Es así como, actualmente, el retraso en la búsqueda de un hijo, por disminución de la reserva ovárica, es una de las causas sociales más frecuentes y evitables de infertilidad.

The Age Factor

As you can see by the graph below, by age 35 a woman's chances of conceiving per month is decreased by half. The downward slope continues until by age 45 the natural fertility rate per month is approximately 1%

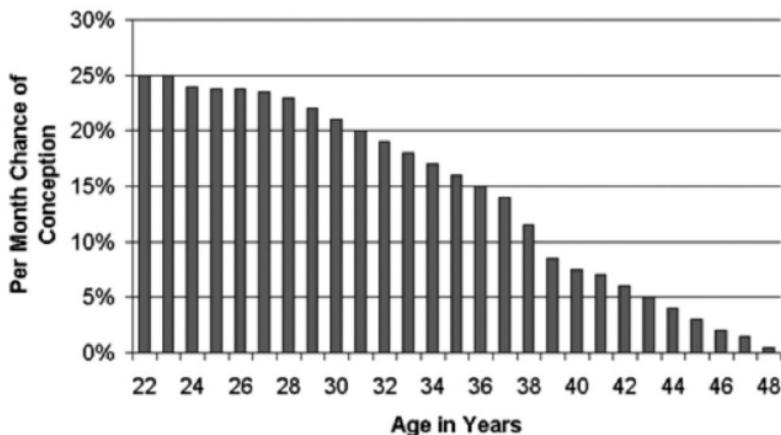


Fig. 1 (adaptado de <http://rba-online.com>)

17. Gnoth, C.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Friol, K.; Jürgen Tiggens; Freundl, G., "Definition and prevalence of subfertility and infertility", *Human Reproduction* 2005, 20(5):1144-1147.

Existen otros factores que afectan la fertilidad, tanto factores masculinos como femeninos: como las causas ginecológicas, entre ellas, la endometriosis, anomalías uterinas; enfermedades genéticas: anomalías cromosómicas, hiperplasia suprarrenal congénita; enfermedades generales: diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes; tóxicos: fármacos, cigarrillo, alcohol, drogas.

Muchas de estas causas pueden ser tratadas con la finalidad de prevenir la dificultad en la concepción.

Niveles de prevención en salud

Existen tres niveles de prevención en salud¹⁸, dependiendo del momento en que se realicen las acciones para prevenir o tratar la enfermedad o sus secuelas.

Prevención primaria: busca reducir la ocurrencia de nuevos casos de enfermedades y se aplica en

18. Niveles de prevención en salud: Prevención primaria: reducir la ocurrencia de nuevos casos de enfermedades y se aplica en etapa de susceptibilidad. Promoción de la salud en general, reducción de factores de riesgo. Incluyen educación y promoción de la salud, estilo de vida y responsabilidad para la salud. Prevención secundaria: reducir el número de casos existentes en una población, y se aplica en el estado presintomático o temprano de la enfermedad clínica. Curación de la enfermedad o disminuir su impacto en las personas o comunidades. Prevención terciaria: limitar las secuelas a través de la rehabilitación, se aplica durante las etapas clínicas tardías. Una vez establecida la enfermedad utiliza estrategias terapéuticas y medidas de rehabilitación.

etapa de susceptibilidad. Dentro de las estrategias nombramos la promoción de la salud en general, y la reducción de factores de riesgo. Incluyen educación y promoción de la salud, estilo de vida y responsabilidad para la salud.

Prevención secundaria: busca reducir el número de casos existentes en una población, y se aplica en el estado presintomático o temprano de la enfermedad clínica. Su objetivo es la curación de la enfermedad o la disminución de su impacto en las personas o comunidades.

Prevención terciaria: busca limitar las secuelas a través de la rehabilitación, se aplica durante las etapas clínicas tardías. Una vez establecida la enfermedad utiliza estrategias terapéuticas y medidas de rehabilitación.

¿En qué tipo de prevención ubicaríamos las técnicas de reproducción asistida?

Las técnicas de fertilización asistida se interpretan como *prevención terciaria*, ya que se tratan las secuelas de las alteraciones físicas que producen la infertilidad. Es decir, no se toman medidas que eviten la infertilidad, ni que traten las anomalías que la pueden generar, sino que una vez instalada la dificultad se reemplaza el proceso natural de concepción por uno asistido o artificial. A pesar de lograr el objetivo, considerado terapéutico, que es el nacimiento del niño, la dificultad persiste.

Técnicas de reproducción asistida

Definimos las técnicas de reproducción asistida como un conjunto de procedimientos en los que las células germinales son tratadas para mejorar su capacidad fecundante, y en caso de obtenerse embriones *in vitro*, los mismos son cultivados para mejorar su capacidad de implantación.

Este proceso puede ser de *alta complejidad* o de *baja complejidad*, dependiendo de si existe o no *manipulación embrionaria*, respectivamente.

Entre las técnicas de *baja complejidad*, se encuentran:

1) la *inducción de la ovulación*, como tratamiento farmacológico que favorece la producción de óvulos, y establece más certeramente la fecha de mayor fertilidad femenina; y

2) la *inseminación artificial*, que consiste en que, luego de la inducción de la ovulación, se insemina a la mujer con el semen del varón tratado para mejorar su capacidad fecundante.

Estas técnicas no se pueden aplicar en todas las pacientes con dificultad en la concepción, y tienen un éxito entre el 10 y 60 % de los casos. Pueden realizarse con semen homólogo, es decir, de la pareja de la mujer, o con semen heterólogo, de un tercero. Habitualmente, el semen heterólogo se obtiene de un banco de semen comercial.

En los países que tienen una legislación al respecto, se restringe el número de fertilizaciones con

semen heterólogo, debido a que se corre el riesgo de incrementar ciertos peligros.

¿Qué riesgos piensan que se pueden incrementar si con la muestra de semen de un mismo dador se realiza la práctica en muchas mujeres diferentes y todas tienen hijos? ¿Qué vínculo biológico habría entre estos niños? ¿Qué ocurre si estos niños, quienes no conocen a sus progenitores biológicos, forman una pareja?

Entre los riesgos, debemos tener en cuenta:

1. *La consanguinidad*, ya que muchas veces los niños nacidos por dación de gametas heterólogas no conocen su origen biológico y pueden formar pareja con un medio hermano, sin conocerlo. El riesgo de hijos con patología genética autosómica recesiva es del 30 % en medio hermanos (siendo del 0.3 % en la población general).

2. Disminuye *la variabilidad del pool genético* en una determinada población, con el riesgo de que ciertos genes pierdan el equilibrio conocido por el principio de Hardy-Weinberg. Este principio establece que la composición genética de una población permanece en equilibrio mientras no actúe la selección natural ni ningún otro factor y no se produzca ninguna mutación.

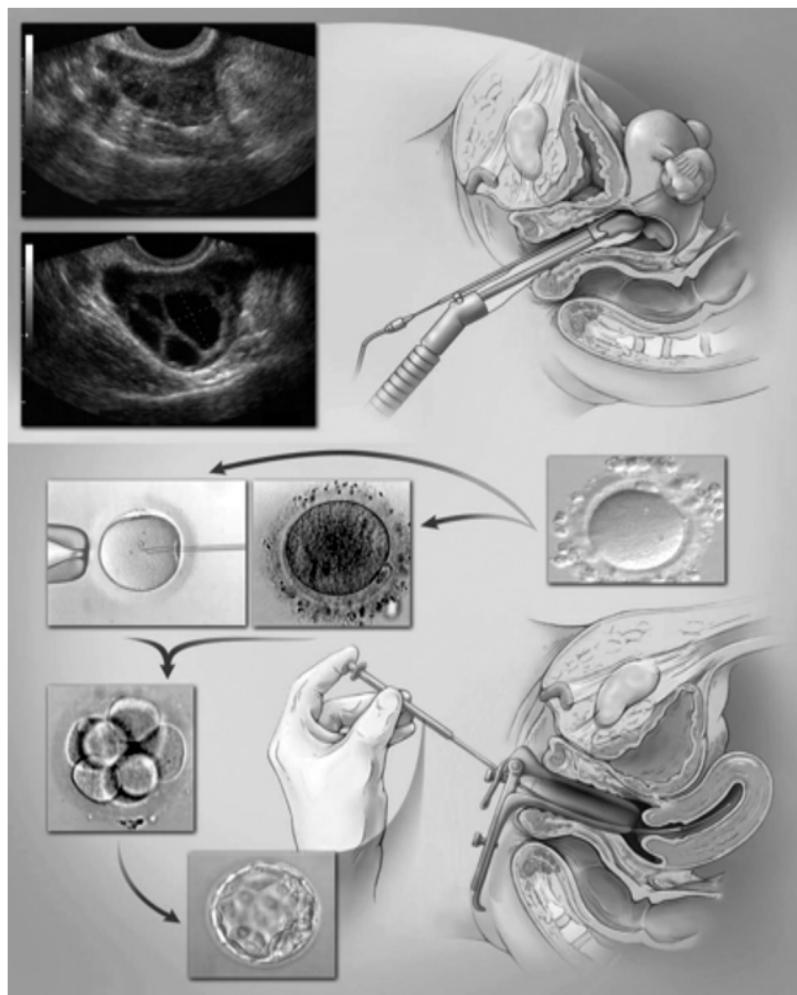
Las técnicas de alta complejidad implican la manipulación embrionaria, ya que el mismo se fecunda *in vitro* (FIV) y no naturalmente, dentro del cuerpo

de la mujer (Van Voorhis, 2007). Este procedimiento implica seis fases:

- 1) Inducción de la ovulación.
- 2) La aspiración de los ovocitos mediante una punción transcervical bajo control ecográfico y sedación.
- 3) La inseminación de los ovocitos obtenidos, con la muestra de semen, ya sea en forma convencional o por inyección intracitoplasmática del espermatozoide en el óvulo (ICSI). Esta técnica se desarrolló para facilitar la fertilización en el caso de infertilidad de causa masculina (cuando hay pocos espermatozoides), pero se utiliza en la mayoría de los ciclos de FIV.
- 4) El cultivo *in vitro* de múltiples embriones: se pueden cultivar por tres días hasta el estadio de mórula (8 células) o hasta el quinto día hasta el estadio de blastocisto, antes de ser transferidos. Los embriones sobrantes, reconocidos de buena calidad, son criopreservados por vitrificación.
- 5) Una vez cultivados se seleccionan según sus características y se transfieren con una cánula a la cavidad uterina.
- 6) Constatación de la gestación: se realiza la prueba de embarazo a los 14 días de la transferencia del embrión en estadio de mórula, o a los 12 días de la transferencia del blastocisto.

Eficacia

Estas técnicas son de baja eficacia. La Human Fertilisation & Embryology Authority del Reino



Unido informa, en su reporte¹⁹ del año 2013, que se han creado entre el año 1991 y el 30 de junio

19. HFEA, <http://www.hfea.gov.uk/8291.html>

de 2012, 3.680.460 de embriones, de los cuales se han descartado 1.800.087 y se han implantado solo 247.330 embriones. Es decir, solo 1 de cada 15 embriones fecundados logra implantarse, teniendo una tasa de eficacia del 6.72 %.

Hasta aquí hemos realizado una breve introducción de las técnicas, pero hay más información en las referencias bibliográficas citadas.

Implicancia de la fertilización asistida (este es uno de los puntos más importantes para prestar atención. Si recuerdan el método triangular de Sgreccia, han leído antes el aspecto médico, ahora leerán las consecuencias antropológicas).

La fertilización *in vitro* implica:

1. *La separación de la procreación del acto sexual y de la necesidad de un contexto familiar.* Los niños son gestados fuera del útero materno, por lo cual no es necesaria la unión unitiva y procreativa de la pareja mediante el acto sexual para la procreación. Esto altera la forma de relacionarse de las personas que condicionan y dan significado a la formación de una familia en la sociedad. Esto se sostiene principalmente porque la tecnología para la asistencia reproductiva se hace posible en un contexto médico. Entonces en este contexto las relaciones se definen en términos terapéuticos, los valores humanos afectivos que intervienen en el proceso procreativo son reemplazados por conceptos como calidad, seguridad y eficiencia del acto técnico-científico, y se establece

la pericia del médico y su equipo en el manejo apropiado de los procedimientos como central en el acto procreativo²⁰, y ya no el vínculo entre los esposos. Se corre el riesgo de considerar la vida del hijo como una finalidad terapéutica y no como un don.

2. *La creación de seres humanos en laboratorio, lo que expone al humano en etapa embrionaria a riesgos como:*

a. *Manipulación.*

b. *Selección.* Hay dos instancias de selección: Una selección por las características del desarrollo y del aspecto al microscopio del embrión y otra por métodos invasivos. La primera es subjetiva, aún no hay consenso de las características que determinen la viabilidad de la salud del embrión, y depende del número de células, del clivado, de la morfología y fragmentación. La invasiva es conocida como diagnóstico o screening de preimplantación. Este procedimiento requiere de una biopsia del embrión en etapa de mórula o blastocisto, y el estudio genético de estas células para enfermedades génicas, anomalías cromosómicas, estudios de compatibilidad, o determinación del sexo²¹. Estos estudios también permiten la selección de embriones con variantes en la información genética, asociadas a desórdenes heredados de

20. Bateman, 2001.

21. Magli, M. C.; Van den Abbeel, E.; Lundin, K.; Royere, D.; Van der Elst, J.; Gianaroli, L., “Committee of the Special Interest Group on Embryology; Revised guidelines for good practice in IVF laboratories”, *Human Reproduction* 2008, 23(6):1253-1262.

sus padres, como baja talla o sordera. De hecho, se estima que alrededor del 3 % de los diagnósticos de preimplantación seleccionan embriones portadores de mutaciones vinculadas a patologías genéticas²². Este procedimiento de selección, a su vez, tiene una tasa variable de mortalidad del embrión, reportada entre un 5 y 50 %²³, por lo cual se requiere la obtención de muchos embriones para que el procedimiento de selección sea efectivo.

c. *Experimentación*. Los embriones que no serán transferidos por no tener la “calidad” esperada o porque los padres no desean más hijos, pueden ser entregados por sus padres como material de experimentación, previa firma de un consentimiento informado.

d. *Donación*. Los embriones considerados “sobrantes”, porque ya no serán transferidos, pese a su finalidad reproductiva inicial, pueden ser dados por sus padres para investigación o bien dados a otras parejas o mujeres.

e. *Congelamiento*. Aquellos embriones que no serán implantados en ese ciclo, pero sí quizás más tarde, quedan criopreservados a 196 grados bajo

22. Baruch, S.; Kaufman, D.; Hudson, K. L., “Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US in vitro fertilization clinics”, *Fertility and Sterility* 2008, 89(5):1053-1058.

23. Aran, B.; Sole, M.; Rodriguez-Pizà, I., *et al.*, “Vitrified blastocysts from Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) as a source for human Embryonic Stem Cell (hESC) derivation”, *J Assist Reprod Genet.* 2012, 29(10):1013-20.

cero, por un período de tiempo que se acuerda con el laboratorio.

f. *Descarte*. Se descartan aquellos embriones que no serán transferidos por no tener las características microscópicas esperadas, por portar anomalías genéticas, por no ser compatibles, o porque los padres ya no desean tener otros hijos.

3. *La posibilidad de incluir a una tercera persona*, habitualmente anónima, en el proceso procreativo, ya sea dando las gametas o gestando al niño. La dación de espermatozoides, óvulos o embriones implica consideraciones especiales, ya que interviene una tercera persona en la constitución de la familia. El dador de gametas habitualmente es sometido a un proceso de selección por sus características individuales físicas e intelectuales, o su información genética. Existe habitualmente una compensación económica por la muestra obtenida por los gastos directos o indirectos asociados. Muchos estudios han reportado que predominantemente los dadores son personas jóvenes, que están motivados por el pago recibido por la muestra²⁴. Existe un debate sobre si la donación de gametos debería incluirse como las donaciones de otro material biológico, como la sangre, la médula ósea u órganos para trasplante en forma desinteresada, o los dadores deben ser

24. Boone, W. R.; Johnson, J. E., "The effect of the culture vessel and insemination method on the in vitro fertilization and development of human oocytes", *J Assist Reprod Genet* 1997, 14: 233-235.

considerados como los participantes en protocolos de investigación y recibir una compensación económica.

El caso de la donación de ovocitos tiene características particulares: implica un riesgo para la salud, o la vida de la dadora asociado a la hiperestimulación ovárica²⁵; la técnica es más exitosa si no se criopreservan los ovocitos, pero esto impide tener una información actualizada del panel infeccioso de la dadora; y la estimulación de ambas mujeres, la dadora y la receptora, debe estar sincronizada.

En algunos países se prohíbe la compensación económica a las mujeres dadoras de ovocitos, lo que también disminuye el número de mujeres dadoras, pero permiten “compartir” óvulos a las mujeres que se someten al tratamiento de fertilización con otras mujeres en tratamiento. Esto también genera áreas de conflicto, ya que el compartir los óvulos disminuye el costo del tratamiento, pero existe la posibilidad de que la mujer que reciba el óvulo conciba al niño y la dadora no tenga éxito en su tratamiento²⁶.

25. Alrededor del 5 % de las pacientes sufren un síndrome de hiperestimulación ovárica que puede requerir internación o complicaciones de salud, que pueden aun llevar a la muerte de la mujer.

26. Kuhse, H., “Patient-Centered Ethical Issue Raised by the Procurement and Use of Gametes And Embryos in Assisted Reproduction”, in *WHOs Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction, Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”*, WHO Geneva, 2001.

¿Creen que una mujer dadora de óvulos debe ser compensada económicaamente?

Otro punto de debate es el límite del número de hijos nacidos por dador, para limitar el riesgo de consanguinidad o disminuir la variabilidad genética en una población.

La dación de embriones tiene dos recursos, ya sea a partir de embriones congelados de parejas que han completado sus familias y ya no desean tener más hijos, o bien embriones gestados por óvulos y esperma dados seleccionados por la mujer sola o una pareja. Por el momento, la decisión de recibir gametos o embriones de terceros se asienta solamente en los futuros padres del niño²⁷.

Pensemos: ¿Qué información debe recibir el niño respecto a su origen biológico?**¿Deberá el niño conocer a sus progenitores biológicos en la infancia, en la adultez?****¿Quién decide si esta información se entrega al niño y en qué momento?****¿Qué ocurre si el niño requiere un trasplante, se podría contactar al dador?**

27. Ibídem.

¿El niño tiene derecho de conocer a sus medio-hermanos, hijos del mismo dador?

¿El niño tiene derecho de conocer a la mujer que lo gestó, o a su familia?

¿Una persona debe saber si sus padres fueron dadores de gametos?

¿Una persona debe saber si sus padres nacieron por dación de gametos?

También queda en los padres la decisión de considerar qué información recibirán el niño, respecto a sus padres biológicos, y los dadores, acerca de sus hijos biológicos. El secreto respecto al origen biológico de los embriones de gestación por dación de gametas o por úteros subrogados, genera un dilema que puede afectar el desarrollo emocional del niño y sus vínculos familiares, y también su salud, al no conocerse sus antecedentes biológicos o características familiares, particularmente en los casos de enfermedades parcial o totalmente genéticas²⁸.

Entra en debate el concepto de “mejor interés del niño”²⁹, si es conveniente mantener oculta la infor-

28. Sandin, S.; Nygren Karl-Gösta; Iliadou, A.; Hultman, C. M.; Reichenberg, A., “Autism and Mental Retardation Among Offspring Born After In Vitro Fertilization”, *JAMA* 2013, 310(1):75-84.

29. Luna, F., “Assisted reproductive technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues”, en Vayena, E., *Cu-*

mación acerca de la forma en que fue concebido, y la anonimidad de los dadores de gametos con la finalidad de no dañar la identidad del niño y sus vínculos familiares; o bien mantener esta información en secreto es la causante de los daños en la identidad y relaciones familiares.

Inicialmente, se guardaban como secreto de confidencialidad estos datos, pero en la mayoría de los países se encaminan hacia una tendencia de revelar esta información, al menos después de la mayoría de edad de los niños así concebidos, si bien aún en Latinoamérica la postura de ocultar esta información es mayoritaria en los médicos que se desempeñan en el área³⁰.

La *gestación por subrogación de útero* es un tema muy controversial y muy pocos países lo tienen contemplado en la práctica o aún legislado. Implica la concepción y gestación de un niño que será deliberadamente entregado a otros padres distintos de quien lo ha gestado, y la separación del proceso de gestación y maternidad. Se interpreta a la gestación como un hecho meramente biológico que instrumentaliza a la mujer, ya que intenta negar que en la gestación intervengan otras esferas de la mujer, como la emocional o la espiritual, considerándose como una

urrent Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”, WHO, Geneva, Switzerland, 2001.

30. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 1996, http://redlara.com/aa_espanhol/default.asp

facultad meramente biológica de la mujer. De hecho, en algunos países, como la India, es considerado como un provechoso negocio³¹, ya que existen alrededor de 1000 clínicas que ofrecen este servicio, aún sin una legislación, siendo una industria con valores alrededor de los 2.4 billones de dólares al año.

¿Creen que es lícito hacer un negocio de la gestación por sustitución?

Dado que la dación de gametas o embriones o la gestación por útero subrogado han demostrado ser seguras, y costo-efectivas, son procedimientos que se utilizan cada vez con más frecuencia en los centros de tratamiento de la infertilidad. Sin embargo, genera una serie de implicaciones éticas, legales y sociales que aún no han sido completamente esclarecidas. Por el momento se están desarrollando programas de investigación que intentan determinar el impacto emocional en los niños nacidos y familias formadas por estas técnicas.

Más cuestiones: ¿Creen que existe un derecho a la procreación?

31. Cussins, J., “Indian surrogate dies amid complications in eighth month of pregnancy” [en línea, consulta: 12/06/2012], <http://www.biopoliticaltimes.org/article.php?id=6243>

¿Creen que el estado o el sistema de salud tiene la obligación de garantizar este derecho?

¿Creen que existe una obligación moral de garantizar que el niño gestado por reproducción asistida nazca sano?

Surge entonces el cuestionamiento de si existe un derecho a la procreación, que deba ser garantizado, y un derecho a un hijo sano o con las características genéticas esperadas por los padres, o bien existe una obligación o deber moral de tener un hijo sano. Algunos autores aseguran que sí, que son derechos que se deben garantizar si existe la tecnología disponible para ello. Entonces, lo justifican sosteniendo una adecuación de los principios de autonomía y beneficencia relacionados a la procreación, y proponen como justificación el principio de autonomía reproductiva³² y el de beneficencia procreativa³³.

El principio de autonomía reproductiva sostiene que existe un interés moral o legal que tienen las personas de asumir o rechazar el nacimiento de un niño o un cierto número de niños.

32. Krahn, T.; Wong, S. I., “Preimplantation genetic diagnosis and reproductive autonomy”, *Reproductive BioMedicine Online* 2009, 19:34-42.

33. Savulescu, J., “In defence of Procreative Beneficence”, *J Med Ethics*. 2007, 33(5):284-8.

El principio de beneficencia procreativa hace referencia a un principio de selección del mejor hijo de los hijos posibles que se puedan tener, de quien se espera tenga la mejor vida, basada en información relevante y disponible.

Pensemos: ¿Qué implican estos dos principios y cómo se relacionan con el concepto de dignidad de persona? ¿Tienen los padres el derecho o una obligación de elegir al hijo sano? Si el niño tiene alguna condición que pueda asociarse a discapacidad o requerir algún tratamiento, ¿es un acto moral que los padres lo descarten?

Así, mediante técnicas como el *diagnóstico de preimplantación*, existe la posibilidad de elegir las características genéticas que nuestros hijos porten, no por la manipulación de su genoma, sino por su selección y descarte, entre un rango de seres humanos en edad embrionaria estudiados³⁴.

34. Stern, H. J., "Preimplantation Genetic Diagnosis: Prenatal Testing for Embryos Finally Achieving Its Potential", *J Clin Med.* 2014, 3(1): 280-309.

Perspectivas de las recomendaciones basadas en el concepto de ser humano en etapa embrionaria

Desde su incorporación como tratamiento de la infertilidad, las técnicas de fertilización asistida se han aplicado en muchos países sin ningún tipo de regulación o normativa que brinde protección a los futuros padres o al niño por nacer³⁵. Por ello se organizaron comisiones de expertos, reunidas por los diversos parlamentos nacionales, con el fin de realizar recomendaciones que determinen una serie de principios que deberán regular el uso de estas prácticas³⁶. Surgen estas comisiones en muchos países europeos, comenzando por Suecia en 1984. Los esfuerzos en legislación se interpretan desde dos modelos diferentes:

1. *un modelo centrado en los intereses de los adultos* e interpretando que los seres humanos en etapa embrionaria no tienen derecho a la vida, ni intereses propios; y

2. *un modelo centrado en la protección del niño concebido*, quien es reconocido como un ser humano

35. Di Pietro, M. L., “La normativa italiana sobre reproducción médica asistida en el contexto europeo, *Vida y Ética*, 2004 (5) 2:75-93.

36. Serrano Ruiz-Calderón, J. M., “Aspectos jurídicos de dos documentos sobre bioética (postura católica e informe Palacios, estudio sobre una antítesis)”, *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1987:924-964.

que requiere una mayor protección debido a que es una vida humana frágil. Estas dos posiciones se sostienen en una distinta estructura antropológica y axiológica del ser humano en etapa embrionaria.

Entre las recomendaciones que se *centran en los intereses de los adultos, que incluyen a la madre, ambos padres, y el investigador*, se citan, como ejemplo, las de los informes emitidos por la comisión inglesa y la comisión española.

El “Comité de Investigación sobre Fertilización y Embriología Humanas” británico presentó un documento conocido como *informe Warnock* (1982)³⁷. Este informe elige una fecha arbitraria, el día 14 post-fecundación del desarrollo vital embrionario, a partir de la cual ya no podría autorizarse la investigación o manipulación embrionaria, incluyendo su destrucción. Si bien asume el comienzo de la vida embrionaria en la fecundación y el desarrollo embrionario como un continuo, elige el día 14 post-fecundación como un límite arbitrario para la manipulación e investigación sobre el ser humano en etapa embrionaria, siendo el desarrollo de la línea primitiva lo que marcaría el inicio del desarrollo *individual* del ser humano, negándose su individualidad antes de esa etapa. Recomienda que, desde ese momento, en que el ser humano pueda ser considerado como un ser individual, requiere una

37. Committee Of Inquiry Into Human Fertilisation And Embryology, Warnock Report, Londres, Department of Health and Social Security, 1984.

protección moral especial facilitando la posibilidad de experimentar con los embriones hasta esa fecha.

A partir de este informe se introduce el término “preembrión”, definido en un contexto jurídico administrativo, que permite justificar una identidad diferente del ser humano desde el momento de su concepción hasta el día 14³⁸.

Con la misma orientación, el informe de la “Comisión Especial de Estudio de la Fecundación *In Vitro* y la Inseminación Artificial Humanas” de mayo de 1985, en España, conocida como *comisión Palacios*, justifica la manipulación embrionaria en las primeras etapas del desarrollo. Reconoce que el ser humano en etapa embrionaria es vida humana cuya complejidad se orienta inicialmente a la reproducción humana, pero que existe una incertidumbre biológica y ambiental en la que se desarrolla que no garantizan su individualidad o unicidad ni su destino humano (Palacios, 2005). De esta manera, la legislación española recoge varias leyes con las que se ha ido regulando la reproducción humana asistida y la investigación biomédica con seres humanos en etapa embrionaria,

38. La autora propone el uso del término “preembrión” o “conceptus” para designar al “producto completo del huevo fertilizado hasta el estadio final de la implantación”, y el término “embrión” para “aquella pequeña parte del preembrión o conceptus, distingible primero en el estadio de la línea primitiva, que desarrollará luego al feto”. McLaren, A., “Pre-embryos?”, *Nature* 1987, 2-8; 328(6125):10.

reconociendo que no tiene estatus biológico ni jurídico equivalente al de los recién nacidos³⁹.

En el segundo caso, los informes se centran en la *defensa de la vida del niño por nacer*; como ejemplo, el informe de la *comisión italiana Santosuoso*⁴⁰, que reconoce al concebido como individuo humano y como hijo. Los criterios de orientación que sostienen esta perspectiva son el derecho a la vida y a la salud, y desarrollarse en una familia estable (Di Pietro, 2004). Considera al ser humano en su etapa embionaria en su naturaleza intrínseca, como ser humano con un proyecto continuo desde la fecundación, que no debe ser instrumentalizado, y en su vida como ser social, la necesidad de nacer y crecer en el seno de una familia (Di Pietro, 2004). Por su parte, el informe de la *comisión alemana Benda* propone una fuerte protección de la vida humana embrionaria ya que reconoce al ser humano en etapa embrionaria como vida humana individual desde el momento de la fecundación y recomienda que se respeten las condiciones que asegurarán su supervivencia y su crecimiento luego del nacimiento. Recomienda evitar, entonces, su criopreservación y la fecundación fuera del seno familiar. Este informe establece prohibiciones y sanciones en

39. Zurriarán, R. G., “La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1988 a las leyes 14/2006 y 14/2007”, *Cuadernos de Bioética* XX, 2009/2^a 155-181.

40. Santosuoso, F., *La fecondazione artificiale umana*, Giufré, Ed. Milán, 1984.

la manipulación de embriones por medio de estas técnicas, es una ley de protección de la vida embrionario (Embryonenschutzgesetz, 1990)⁴¹, por lo cual le otorga una protección jurídica adecuada, evitando que pueda ser objeto de manipulación.

Estas dos posturas se basan en una distinta interpretación de la identidad y dignidad de la vida humana en la etapa embrionaria: se cuestiona si *la identidad y dignidad de la vida humana son inherentes al estatuto de ser humano o son características adquiridas u otorgadas en el transcurso del desarrollo embrionario o fetal*, que permiten justificar o no su manipulación para intereses que no son los propios del embrión. La noción de intereses se basa principalmente en el concepto de respeto por la autonomía y autodeterminación⁴² y, por lo tanto, contempla fundamentalmente los intereses o derechos de los padres del ser humano en gestación, quienes pueden decidir sobre su vida. Entonces, el ser humano en etapa embrionaria no tendría intereses

41. Lecaros, A. U., Informe sobre el Seminario Académico 2012, “Los problemas éticos y jurídicos de la reproducción humana asistida”, Observatorio de Bioética & Derecho Universidad del Desarrollo, 2012.

42. Kuhse, H., “Patient-centred ethical issues raised by the procurement and use of gametes and embryos in assisted reproduction”, en Vayena, E., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”*, WHO, Geneva, Switzerland, 2001.

propios que requieran protección especial, porque dependerían de las decisiones de los padres, quienes dispusieron de su creación, con gametos propios o dados por terceros.

Pensemos: ¿Cómo se justifica el no reconocimiento de la dignidad inherente? ¿Cómo se argumenta a favor de la selección y descarte de seres humanos en etapa embrionaria? ¿Cómo se justifica la investigación y destrucción de seres humanos en etapa embrionaria?

Cuando la postura *se centra en los intereses de terceros*, pero no en los del ser humano en etapa embrionaria, se sustenta en las siguientes premisas:

- 1) Se niega la condición humana del embrión en fases tempranas de su desarrollo.
- 2) Se considera al embrión como una persona humana potencial, no real, que puede desarrollarse como adulto y tener intereses en el futuro, pero no en esta etapa de su vida.
- 3) Se priorizan las necesidades y deseos de los adultos, frente al respeto por la vida del embrión.
- 4) Dado que los embriones no son agentes morales y no tienen intereses propios⁴³, no pueden ser

43. Kuhse, H., "Patient-centred ethical issues raised by the procurement and use of gametes and embryos in assisted repro-

dañados por su crioconservación, selección descarte o destrucción para investigación.

5) Se esgrime la *razón científico-terapéutica* que prioriza los avances científicos basados en que la experimentación e investigación son necesarias para el desarrollo de la ciencia y curación de enfermedades.

Es entonces necesario privar al embrión de su condición de persona, y considerarlo como un producto biológico carente de morfología y valores humanos, para poder justificar la selección y descarte de embriones que conllevan las técnicas de fertilización *in vitro*⁴⁴. Así, se interpreta a la fecundación como un proceso no relevante para la vida del ser humano en etapa embrionaria y es solo la implantación en el útero materno la que define la característica humana del ser humano en etapa embrionaria.

En cambio, cuando las reglamentaciones se centran en *la protección del ser humano en etapa embrionaria*, se sustenta en las siguientes premisas:

1) La nueva vida humana comienza en el mismo momento de la fecundación, con la fusión de las

duction”, en Vayena, E., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction”*, WHO, Geneva, Switzerland, 2001.

44. Ferrer Colomer, M.; Pastor García, L. M., “Génesis y uso del término ‘pre-embrión’ en la literatura científica actual”, *Persona y Bioética*, 1998, 2(2):1-28.

membranas del óvulo y espermatozoide se inicia un proceso biológico continuo, coordinado y gradual, con una finalidad intrínseca.

2) El ser humano en etapa embrionaria, desde el punto de vista ontológico, es un ser humano individualizado, no potencial, sino real. Solo es potencial su posibilidad de desarrollo pre y posnatal.

3) El proceso total de desarrollo del ser es integrado y dependiente de su ambiente, por ello no se puede establecer una dualidad entre vida humana y ambiente, necesitando el embrión condiciones ambientales propias diferentes a las requeridas en la vida posnatal. (Al igual que nosotros como adultos requerimos vivir en un ambiente adecuado. No sobrevivimos en un ambiente de 40° bajo cero sin las condiciones adecuadas y ello no nos hace perder la dignidad. Una placa de Petri no es el medio natural en el que se puede desarrollar ningún ser humano).

4) La obligación de *defender la vida* se torna fundamental y prioritaria respecto de los otros valores, incluyendo la adquisición de conocimientos científicos que mejoren la salud de la humanidad⁴⁵.

45. Sgreccia, E.; Laffite, J., *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*, Madrid, Pontificia Academia Pro Vita, Biblioteca de Autores Cristianos, 2008.

Pensemos: ¿Cuál es la relación entre un organismo y su ambiente? ¿Recuerdan el caso de Hallervorden y su justificación para estudiar los cerebros de los niños de los campos de concentración? ¿Es lícito investigar en un ser humano que morirá, ya sea en forma natural o provocada, si esa investigación no lo beneficia?

Bibliografía

- Barrio Maestre, J. M., "Bioethics is dead. Long live medical ethics!", *Cuad Bioet* 2015, 26(86): 25-49.
- Bateman, S., "When Reproductive Freedom Encounters Medical Responsibility: Changing Conceptions of Reproductive Choice", in *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction: Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" Held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001*, ed. Effy Vayena, Patrick J. Rowe, and David Griffin (Geneva: World Health Organization, 2002), 321-22.
- Committee Of Inquiry Into Human Fertilisation And Embryology, *Warnock Report*, Londres, Department of Health and Social Security, 1984.
- Connolly, M. P.; Pollard, M. S.; Hoorens, S.; Kaplan, B. R.; Oskowitz, S. P.; Silber, S. J., "Long-term economic benefits attributed to IVF conceived children: a lifetime tax calculation". *Am J Manag Care*, 2008, 14:598-604.

- Cussins, J., "Indian surrogate dies amid complications in eighth month of pregnancy". [en línea, consulta: 12/06/2012], <http://www.biopoliticaltimes.org/article.php?id=6243>- Di Pietro, M. L., "La normativa italiana sobre reproducción médica asistida en el contexto europeo", *Vida y Ética*, 2004 (5) 2:75-93.
- Ehrich, K.; Farsides, B.; Williams, C.; Scott, R., "Testing the embryo, testing the fetus", *Clin Ethics* 2 (2007), 181-186.
- Eijek, J. W., "Los criterios de la individualidad orgánica y el estatuto bioantropológico del embrión preimplantatorio", en Sgreccia, E.; Laffite, J. (eds.), *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 2008.
- ELSI, <https://www.genome.gov/10002329/elsi-research-program-fact-sheet/>
- Engelhardt, H. T., *The foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996.
- Ferrer Colomer, M.; Pastor García, L. M., "Génesis y uso del término 'pre-embrión' en la literatura científica actual", *Persona y Bioética*, 1998, 2(2):1-28.
- Gillon, R., "To what do we have moral obligations and why?", *I. Br Med J* (Clin Res Ed), 1985, 290(6482): 1646-1647.
- Gnoth, C.; Godehardt, D.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Freundl, G., "Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility", *Hum Reprod.* 2003, 18(9):1959-66.
- Gnoth, C.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Friol, K.; Jürgen Tigges; Freundl, G., "Definition and prevalence of subfertility and infertility", *Human Reproduction* 2005, 20(5):1144-1147.

- Harris, J., "The concept of the Person and the value of life", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 9 (1999), 293-308.
- HFEA, <http://www.hfea.gov.uk/8291.html>
- Instrucción *Donum Vitae* sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, 22 de febrero de 1987 (1978).
- Jasanoff, S.; Hurlbut, J. B., "A global observatory for gene editing", *Nature* 2018, 555: 435-437.
- Jeruss, J. S.; Woodruff, T. K., "Preservation of fertility in patients with cancer", *N Engl J Med.* 2009, 360:902-11.
- Khetarpal, A.; Singh, S., "Infertility: Why can't we classify this inability as disability?", *The Australasian Medical Journal* 2012, 5(6):334-339.
- Krahn, T.; Wong, S. I., "Preimplantation genetic diagnosis and reproductive autonomy" *Reproductive BioMedicine Online* 2009, 19:34-42.
- Kuhse, H., "Patient-centred ethical issues raised by the procurement and use of gametes and embryos in assisted reproduction", en Vayena, E., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, WHO, Geneva, Switzerland, 2001.
- Lecaros, A. U., Informe sobre el Seminario Académico 2012, "Los problemas éticos y jurídicos de la reproducción humana asistida", Observatorio de Bioética & Derecho Universidad del Desarrollo, 2012.
- Luna, F., "Assisted reproductive technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues", en Vayena, E., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, WHO, Geneva, Switzerland, 2001.

- Martínez Arias, A.; Nichols, J.; Schröter, C., "A molecular basis for developmental plasticity in early mammalian embryos", *Development* 2013, 140: 3499-3510.
- Mascarenhas, M. N. y cols., "National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys", *PLoS Med.* 2012, 9(12): e1001356.
- McLaren, A., "Pre-embryos?", *Nature* 1987, 2-8; 328(6125):10.
- OMS, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf
- OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/index.html>
- Organización de Naciones Unidas, <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Qidwai, W., "The Hippocratic Oath: has it ceased to be relevant?", *J Pak Med Assoc.* 2004, 54(4):229-31.
- Reardon, S., "Global summit reveals divergent views on human gene editing", *Nature* 2015, 528:173.
- Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 1996, http://redlara.com/aa_espanhol/default.asp
- Reefhuis, J.; Honein, M. A.; Schieve, L. A.; Correa, A.; Hobbs, C. A.; Rasmussen, S. A., "The National Birth Defects Prevention Study Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States", *Hum Reprod* 2009, 24:360-366.
- Sandin, S.; Nygren Karl-Gösta; Iliadou, A.; Hultman, C.M.; Reichenberg, A., "Autism and Mental Retardation Among Offspring Born After In Vitro Fertilization", *JAMA* 2013, 310(1):75-84.
- Santosuoso, F., *La fecondazione artificiale umana*, Giufré, Ed. Milán, 1984.

- Savulescu, J., "In defence of Procreative Beneficence", *J Med Ethics* 2007, 33(5):284-8.
- Serrano Ruiz-Calderón, J. M., "Aspectos jurídicos de dos documentos sobre bioética (postura católica e informe Palacios, estudio sobre una antítesis)", *Revista General de Legislación y Jurisprudencia* 1987, 924-964.
- Sgreccia, E.; Laffite, J., *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*, Madrid, Pontificia Academia Pro Vita, Biblioteca de Autores Cristianos, 2008.
- Silber, S. J., "Are we infertile? Simpler treatments", in *How to get pregnant*, Boston, Little, Brown, 2007, p. 87.
- Smalley, E., "As CRISPR-Cas adoption soars, summit calls for genome editing oversight", *Nature Biotechnology* 2018, 36(6):485.
- Steptoe, P. C.; Edwards, R. G., "Birth after the reimplantation of a human embryo", *Lancet* 1978, 2(8085):366.
- Stern, H. J., "Preimplantation Genetic Diagnosis: Prenatal Testing for Embryos Finally Achieving Its Potential", *J Clin Med.* 2014, 3(1): 280-309.
- Vayena, E.; Rowe, P. J.; Griffin, P. D., *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*, WHO Geneva, Switzerland 17-21 September 2001.
- Zurriarán, R. G., "La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1988 a las leyes 14/2006 y 14/2007 C", *Cuadernos de Bioética*, 2009.

Escuchar, acompañar y orientar en la toma de decisiones

DRA. ZELMIRA BOTTINI DE REY

Esta ponencia, parte de la Jornada *De la infertilidad a la fecundidad*, trata de algunas reflexiones dirigidas tanto a los que recorren el camino de la infertilidad como a quienes están dispuestos a alivianarlo con su acompañamiento.

Las parejas que intentan infructuosamente hacer realidad la gestación de un hijo viven una situación vital dolorosa. Transitan momentos difíciles en los

que emergen distintas emociones y sentimientos que se reflejarán en conductas y reacciones. Quizás el enojo, la desesperanza o la ansiedad los lleve a limitar los lazos con quienes los rodean; no es infrecuente que se replieguen y les cueste compartir sus vivencias; que llenen sus vidas con múltiples actividades o que caigan en actitudes depresivas.

Aceptar lo que sucede logrando mirar de frente la realidad, aun cuando sea difícil, es el primer paso para transitar el camino con mente lúcida y corazón despejado.

En definitiva, queda claro que esta adversidad requiere recorrer un camino arduo y a veces complicado en el que será necesario adquirir los conocimientos suficientes para poder elaborar decisiones; aprender a aceptar una realidad adversa; conocer y orientar las emociones y los sentimientos propios y los de la pareja, etc. Es en este contexto que surgen preguntas, tales como: ¿Se puede solo/a/s? ¿Es más llevadero con ayuda? ¿Quién puede ayudar? ¿En qué momento solicitar ayuda? ¿Qué tipo de ayuda?

Aparece entonces la necesidad y/o posibilidad de que alguien *escuche, acompañe y oriente*. Se trata de la aparición de una figura que se podría llamar *facilitador*, ya que estará atento a hacer menos pesado el itinerario a recorrer.

Para lograr ayudar, alivianar, sostener y también colaborar en la toma de decisiones sobre situaciones puntuales que irán apareciendo es necesario que el facilitador siga un determinado orden.

Lo primero será *escuchar*.

Y aquí surgen varias preguntas: ¿Qué tipo de escucha? ¿Qué objetivo tiene escuchar? ¿Es fácil escuchar a otro? ¿Siempre es exitosa? ¿Qué se busca con la escucha? ¿Puede ser solo escucha?

Hay varias maneras de escuchar. Los estudiosos de la comunicación describen:

- *Escucha apreciativa*. Se refiere a la sensación placentera que produce escuchar, por ejemplo, determinada música o melodía.

- *Escucha comprensiva*. Es la que se realiza cuando se intenta aprender algo nuevo.

- *Escucha crítica*. Aparece cuando el que escucha tiene el objetivo de formarse una opinión sobre lo que se está exponiendo o debatiendo.

- *Escucha empática*. En este caso, el objetivo es comprender a la persona que habla y, por lo tanto, toda la atención se centra en la otra persona.

En esta ocasión la que interesa es la escucha empática que supone una actitud activa de atención sostenida hacia el otro para comprender lo que nos transmite y posibilitar establecer una vinculación interpersonal.

Escuchar es mucho más que oír y quien tiene la habilidad de escuchar es capaz de tener encuentros significativos con otras personas.

Es importante tener presente que el que escucha decodifica el mensaje según representaciones mentales propias. La información que se recibe es inconscientemente organizada a partir de las creencias, los valores culturales y personales, las expectativas y los prejuicios de quien escucha. Así, la mente

otorga significados que resultan de una combinación entre lo que recibe y patrones interpretativos ya adquiridos en experiencias anteriores. Escuchar supone también considerar las desviaciones que pueden ocurrir como consecuencia de una recepción incompleta o sesgada de los hechos. Lo que finalmente se transmite como escuchado es lo que otro dice, pero aprehendido y organizado por nuestro aparato mental. Es fácil verificar que, ante un relato, no todos escuchamos lo mismo.

Cabe recordar dos citas del papa Francisco sobre la escucha:

“[...] Al escuchar con el corazón, el otro se siente acogido, no juzgado, libre para contar la propia experiencia de vida [...]”. Papa Francisco, 10-X-21.

“[...] La escucha nos ayuda a encontrar el gesto y la palabra oportuna que nos desinstala de la tranquila condición de espectadores [...]”. *EG* 171. Exhortación Apostólica *Evangelii Gaudium*.

La *escucha empática* reconoce dos dimensiones: la *intelectual*, que busca entender cognitivamente el mundo emocional del otro, y la *emocional*, que intenta relacionarse emocionalmente con los sentimientos del otro. Es importante tener en cuenta ambas dimensiones dado que podría producirse una escucha empática reductiva en la que se comprenda el mundo emocional del otro sin alcanzar a identificarse con sus sentimientos o, a la inversa, compenetrarse con las emociones del otro sin lograr entender su mundo emocional.

Una adecuada escucha empática exige que quien escucha pueda poner transitoriamente su *yo* entre

paréntesis, inhibiendo sus propias inquietudes y valoraciones para centrarse en su interlocutor y en el modo en que él ve, entiende, siente y cuenta lo que le ocurre.

Escuchar es difícil. Requiere de habilidad, humildad y sencillez para recibir y revisar lo escuchado y tener siempre en cuenta que, como expresa Bernard Werber: “Entre lo que pienso, lo que quiero decir, lo que creo decir, lo que digo, lo que quieras oír, lo que oyes, lo que crees entender y lo que entiendes, existen nueve posibilidades de no entenderse”.

A la escucha le sucede *acompañar*. Este momento estará marcado por las expectativas del o los acompañados, por lo que seguramente aparecerán varias preguntas.

¿Qué esperan del acompañamiento? ¿Buscan contención en sus estados de ánimo, sentimientos, temores...? ¿Ayuda para comprender los estudios propuestos, los tratamientos, los riesgos, las consecuencias...? ¿Colaboración para lograr tomar decisiones?, etc. El acompañante irá identificando los requerimientos a medida que le son revelados, pero es importante que, en toda ocasión, cualquiera sea la demanda concreta, el primer cometido del acompañante sea calmar la angustia, el o los temores, la ansiedad, ya que son elementos que entorpecen la posibilidad de ver con cierta claridad.

Hay que tener en cuenta que la revelación de sentimientos, expectativas, inquietudes, etc., la gran mayoría de las veces, no es una tarea fácil ya que puede estar en juego la vergüenza, la desconfianza,

o simplemente la confusión sobre la situación que se transita. Solo a través de un vínculo sólido se podrán ir sorteando estas dificultades y para ello se necesita tiempo. En todos los órdenes de la vida los vínculos se van amasando con un ingrediente importante: el tiempo.

¿Cuál es la función del acompañante? ¿Qué se espera de él?

Suele considerarse al acompañante como la persona que camina junto al que necesita ayuda. Efectivamente es una acción muy valiosa estar junto al otro, pero ¿es suficiente? Hay quienes asemejan al acompañante con la antorcha que ilumina el camino. En este caso a estar juntos se suma el iluminar. Pero nuevamente, ¿es suficiente? Iluminar un camino parecería que tiene por objeto que no se tropiece con las piedras, que se eviten los pantanos, etc. Pero los caminos, aun los muy iluminados, pueden girar en redondo o ser parte de un laberinto. Por eso el acompañante no solo tendrá que estar junto al otro e iluminar su camino, sino también tener presente que ese itinerario tiene un destino, un faro, una meta de llegada y que él puede actuar como brújula. En definitiva, la presencia del acompañante será actuar de antorcha y de brújula.

Y aquí aparece el último de los vocablos de esta presentación: *orientar*.

De la misma manera que la brújula marca el norte, es decir, orienta, se espera que el acompañante colabore a que el acompañado encuentre su meta y que su camino no se desvíe de la misma.

Alguien podría preguntar ¿cuál es la meta? Independientemente de los posibles objetivos que variarán según las personas y/o las circunstancias, la meta será alcanzar cierta paz y armonía interior, lo cual conlleva una experiencia de bienestar. Se trata de una meta ambiciosa y ardua de alcanzar, sobre todo en las situaciones vitales de adversidad. Pero solo con cierto grado de paz y armonía interior será posible mantener la lucidez y gobernar las emociones.

Hay dos maneras de orientar: directiva o facilitadora.

Cuando se orienta de manera directiva, se señala hacia dónde debe dirigirse el acompañado, en qué tiempos y de qué manera. Cuando se realiza de manera facilitadora, el acompañante ayuda a pensar al acompañado para que sea capaz de identificar distintos caminos y/o posibilidades; de conocer los riesgos de las distintas opciones; de elaborar decisiones verdaderamente libres y responsables; de llegar a decisiones, etc.; en definitiva, de ser protagonista de su propia vida.

Es importante recordar que una decisión que implica el futuro propio y de su pareja no puede ser tomada de manera apresurada, y que las decisiones pequeñas o grandes se van madurando a través de un proceso de discernimiento.

Por ejemplo, decidir llegar a un diagnóstico médico sobre la infertilidad es un paso muy importante para cada uno de los miembros de la pareja y no siempre el proceso se vive en tiempos iguales. Lo mismo puede ocurrir cuando se analizan posibles alternativas de tratamiento o los límites que cada uno considera establecer tanto de estudios como de tratamientos. Son dos personas distintas y seguramente las visiones y los tiempos de uno y otro sean diferentes.

Es muy importante que los implicados reconozcan sus expectativas, sentimientos, deseos propios y también los del compañero. El facilitador o acompañante puede ejercer un rol importante facilitando y dando lugar a que cada uno encuentre sus respuestas y ayudando a que acompañen los tiempos de uno y otro. Acompañados y acompañantes tendrán que tener siempre presente la importancia que tiene la *voluntad compartida* entre los miembros de la pareja.

El facilitador también podrá ayudar al discernimiento ético ante los distintos estudios, tratamientos y/o las diferentes maneras de seguir adelante con su vida ante diagnósticos poco esperanzadores.

El discernimiento ético pone en juego la conciencia individual y de la pareja y el facilitador no puede soslayar la importancia de este aspecto. No es que tenga que asumir la formación de la conciencia de los acompañados pero sí ayudarlos en la resolución de sus planteos en relación tanto al objetivo propuesto como de los medios para lograrlo.

Que cada uno de los implicados, por separado y en pareja, revise los motivos que lo llevan a buscar un hijo no es un tema menor. ¿Se trata de la realización de un deseo o de un capricho?, ¿del cumplimiento de un derecho o de la respuesta a una vocación?

Es preciso recordar que los medios que se usan para alcanzar objetivos válidos también tendrán que ser éticos. Y, por lo tanto, ante determinadas propuestas de tratamiento de infertilidad será necesario reflexionar profundamente sus implicancias.

Es el que consulta quien tendrá que escuchar la voz de Dios en su corazón y el facilitador/orientador/acompañante puede ayudar en el proceso pero siempre atento a las palabras del papa Francisco en la Exhortación Apostólica *Evangelii Gaudium*: “La Iglesia no pretende suplantar la conciencia [...], sino formarla, ayudar a que cada uno desarrolle su propia capacidad de juicio, para que pueda percibir la voluntad de Dios en su vida y cumplirla según la justicia”.

La Iglesia, madre y maestra, ilumina el camino a seguir a través de su Magisterio. Supera esta presentación el análisis del mismo. Solo se ofrecen, a modo de muestra, citas breves de algunos documentos, relacionadas especialmente con la temática que se está tratando, con el objetivo de entusiasmar a los lectores a profundizar los documentos del Magisterio de la Iglesia.

“El deseo legítimo de tener un hijo no puede convertirse en un derecho al hijo que no respete la dignidad de su propio hijo como destinatario del don

gratuito de la vida”. D.P.16. Instrucción *Dignitas Personae*. Congregación para la Doctrina de la Fe.

“*La inseminación artificial homóloga* dentro del matrimonio no se puede admitir, *salvo* en el caso en que el medio técnico no sustituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquél alcance su finalidad natural [...] El acto conyugal, [...] es una acción personal, una cooperación simultánea e inmediata entre los cónyuges, [...] es la expresión del don recíproco [...] Por eso, la conciencia moral no prohíbe necesariamente el uso de algunos medios artificiales destinados exclusivamente sea a facilitar el acto natural, sea a procurar que el acto natural realizado de modo normal alcance el propio fin. Si el medio técnico facilita el acto conyugal o le ayuda a alcanzar sus objetivos naturales puede ser moralmente aceptado. Cuando, por el contrario, la intervención técnica sustituya al acto conyugal, será moralmente ilícita [...].” D.V. 6. *Donum Vitae*. Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Congregación para la Doctrina de la Fe.

La maternidad subrogada. La Iglesia, también, se posiciona en contra de la práctica de la maternidad subrogada, mediante la cual el niño, inmensamente digno, se convierte en un mero objeto. A este respecto, las palabras del papa Francisco son de una claridad única: “[...] el camino hacia la paz exige el respeto de la vida, de toda vida humana, empezando

por la del niño no nacido en el seno materno, que no puede ser suprimida ni convertirse en un producto comercial. En este sentido, considero deplorable la práctica de la llamada maternidad subrogada, que ofende gravemente la dignidad de la mujer y del niño; y se basa en la explotación de la situación de necesidad material de la madre. Un hijo es siempre un don y nunca el objeto de un contrato. Por ello, hago un llamamiento para que la Comunidad Internacional se comprometa a prohibir universalmente esta práctica". *Dignitas Infinita* 48. Declaración sobre la dignidad humana. Dicasterio para la Doctrina de la Fe.

"49. La práctica de la maternidad subrogada viola, ante todo, la dignidad del niño. En efecto, todo niño, desde el momento de su concepción, de su nacimiento, y luego al crecer como joven, convirtiéndose en adulto, posee una dignidad intangible que se expresa claramente, aunque de manera singular y diferenciada, en cada etapa de su vida. Por tanto, el niño tiene derecho, en virtud de su dignidad inalienable, a tener un origen plenamente humano y no inducido artificialmente, y a recibir el don de una vida que manifieste, al mismo tiempo, la dignidad de quien la da y de quien la recibe. El reconocimiento de la dignidad de la persona humana implica también el reconocimiento de la dignidad de la unión conyugal y de la procreación humana en todas sus dimensiones. En este sentido, el deseo legítimo de tener un hijo no puede convertirse en un 'derecho al

hijo' que no respete la dignidad del propio hijo como destinatario del don gratuito de la vida". O.C. 49.

"La práctica de la maternidad subrogada viola, al mismo tiempo, la dignidad de la propia mujer que o se ve obligada a ello o decide libremente someterse. Con esta práctica, la mujer se desvincula del hijo que crece en ella y se convierte en un mero medio al servicio del beneficio o del deseo arbitrario de otros. Esto se contrapone, totalmente, con la dignidad fundamental de todo ser humano y su derecho a ser reconocido siempre por sí mismo y nunca como instrumento para otra cosa". O.C. 50.

El título de esta Jornada: *De la infertilidad a la fecundidad* me lleva a realizar un comentario sobre la *fecundidad familiar*.

Ser fecundo significa dar fruto. La familia es una comunidad de vida y amor fundada en el matrimonio, llamada a ser fecunda, y esta fecundidad presenta una triple dimensión: *conyugal, procreativa, social*.

La fecundidad conyugal se vive a través de la alianza establecida entre el varón y la mujer, en orden a la ayuda mutua, la procreación y la educación de la prole. A través de este vínculo libre, permanente y exclusivo, cada uno irá desplegando sus potencialidades y creciendo de manera integral. El cuidado y el cultivo del vínculo es una tarea ineludible y se expresará a través de la apertura a la mejora personal constante y al compromiso con el cónyuge para ayudarlo a mejorar.

En el caso de las parejas que afrontan la infertilidad, no es infrecuente que, en el afán de búsqueda de soluciones, de estudios o de tratamientos, se centre la atención y hasta la vida en cuestiones valederas pero que ponen en riesgo el vínculo conyugal. Será importante remarcar la importancia de cuidarlo y recordar lo expresado por el papa Francisco en la Exhortación Apostólica *Amoris Laetitia* 64: “[...] El vínculo encuentra nuevas modalidades y exige la decisión de volver a amasarlo una y otra vez [...]”.

La fecundidad procreativa, concretada por la presencia de los hijos y su educación, en las situaciones de dificultad para la llegada de los hijos, suele ocupar el foco y su falta de concreción produce gran sufrimiento. La infertilidad podrá ser afrontada de distintas maneras teniendo en cuenta la vocación de cada pareja. Aceptar la imposibilidad de tener hijos biológicos en un determinado momento, o quizás siempre, permite comenzar a pensar cómo vivir el futuro. Esta tarea no es sencilla y el acompañamiento en estas situaciones puede ser muy valioso. Algunos descubren su vocación a la adopción, pero está claro que no todas las parejas infériles la comparten y que no hay recetas para vivir la infertilidad.

Pero no hay que olvidar la tercera dimensión de la fecundidad familiar: la fecundidad social. La familia es un sistema abierto destinado a interactuar y enriquecer a la sociedad. Existen familias con hijos, cerradas en sí mismas, que aportan poco a la sociedad como familias. Quizás el aporte lo realicen

los hijos en un futuro si debidamente educados son capaces de enriquecer el capital social.

La familia socialmente fecunda marca una diferencia en la sociedad por su presencia y por su acción.

Una pareja sin hijos y que descubre no poseer vocación para adoptar puede ser una fuente inestimable de fecundidad social a través de tareas solidarias; proyectos misioneros; entrega a distintas causas que requieren compromiso y perseverancia; ejercicio de una profesión con mirada superadora del individualismo; y las múltiples maneras de generar comunidades. En síntesis, actividades que aportan y enriquecen el bien común.

La exigencia de fecundidad familiar integral rige para todas las familias.

Una última reflexión

Se sabe que en la vida abundan las situaciones adversas e inesperadas y cuando se producen no parece lo más acertado anclarse a preguntarse los *porqué*, ya que estos muchas veces no tienen respuesta y además no cambian ni superan la situación. Cuando se logra cambiar el foco y reflexionar sobre el *para qué*, suele encontrarse una visión de futuro y descubrir que el camino recorrido doloroso y frustrante es lo que ha permitido llegar a un equilibrio nuevo posiblemente nunca imaginado. La vida sorprende con situaciones impensadas que llevan a

puertos desconocidos. Es fundamental mantener la confianza en la Providencia teniendo siempre presente las palabras de Jesús: “No temáis. Pues hasta los cabellos de vuestra cabeza están todos contados. No temáis, pues sois más valiosos que muchos pájaros” (Lucas 12:7).

O la expresión popular que se atribuye a San Agustín de Hipona, “Dios escribe derecho sobre renglones torcidos”, que pone de manifiesto la capacidad de Dios para transformar situaciones difíciles en oportunidades para el crecimiento; redimir y sanar heridas del pasado y, como dice San Pablo, “hacer que todo coopere para el bien de aquellos que lo aman” (Rom 8:28).

Testimonio: Los caminos de la fecundidad

CECILIA PRIMOGERIO Y PABLO BULACIO

*“El que no ama
no ha de sembrar.*

*El que no ama
no ha de regar,
el que no ama
no ha de cosechar.*

*Pero el que ama,
amor que no cede,
el que no muere
ni ha de fallar,
el que no ama
no ha de sembrar.*

*Por amor,
fecundidad del alma,
amor, amor;
Dios que no cede,
no ha de dejar
sin corona
la tierra a la orilla del mar".*

Gabriela Mistral

Cada persona es única e irrepetible, por eso, los testimonios de vida son tan especiales. Esta es la historia de Cecilia. Esta es la historia de Pablo. De cómo empezaron a caminar juntos y atravesaron distintas situaciones. De cómo, en abierta escucha y con respeto, se apoyaron y ayudaron a descubrir el camino para ser felices. Ese plan que Dios tiene para cada uno.

Estaban en la misma Universidad, pero todavía no se conocían. Cecilia trabajaba en el cuarto piso. Pablo, que había dejado su Tucumán natal para instalarse en Buenos Aires, estaba cursando un máster en Negocios. Cada uno por su lado, iban al mismo lugar y tenían el mismo profundo deseo de formar una familia. Entre el estudio de Pablo y las tareas de Cecilia, un día coincidieron en un almuerzo. Intercambiaron contactos y empezaron a salir rápidamente. Habían descubierto que tenían muchas cosas en común, entre ellas, la vocación de ser padres. Al año de estar de novios, frente al Santísimo Sacramento, Pablo le dijo a Cecilia la primera propuesta que cambiaría sus vidas. Fue un 4 de noviembre el

último día que llegaron separados. Ese día, en el altar, prometieron amarse y respetarse hasta que la muerte los separe. Solo habían pasado dos años desde ese almuerzo. Hacían realidad, así, el sueño que Dios, desde siempre, había pensado para ellos.

Una vez casados decidieron esperar seis meses para buscar a su primer hijo, cuidándose de forma natural. Cecilia había aprendido a reconocer cuáles eran sus días fértiles y, con Pablo, aplicaban el método Billings. Era para ellos la mejor manera de cuidar ese sueño que los había unido. Como todo se había dado rápidamente en su relación, pensaron que lo mismo sucedería con la llegada del primer hijo. Pero empezaron a pasar los meses, el año, los años, y ese embarazo no llegaba. Al año y medio, como Cecilia trabajaba en un hospital universitario, hizo una primera consulta con un médico amigo. Empezaban a advertir que el terreno que pisaban era incierto y distinto al que habían imaginado. Luego vinieron los estudios médicos y tratamientos, desde los exámenes tradicionales hasta algunos experimentales, incluso genéticos. En todos obtenían el mismo resultado: nada. La incertidumbre era absoluta. No había una razón por la cual el embarazo no se lograba. El diagnóstico: "infertilidad sin causa aparente" y la falta de soluciones claras les reforzó la opción de seguir caminando confiados en los tiempos de la naturaleza.

Pasaron seis largos años en el más absoluto silencio. El día en que Cecilia obtuvo un nuevo resultado negativo, Pablo le dijo la segunda propuesta. En el

café de la esquina de su casa, Pablo le abrió aún más su corazón. Poniendo su sueño en manos de ella, le confesó que llevaba rezando una idea hacia un tiempo. Abrirse a la posibilidad de la adopción. No era un buen día para Cecilia, pero después de tanto tiempo de tristeza, sintió algo nuevo. En medio de la sorpresa pudo decirle a Pablo: “qué lindo que lo estés pensando, que lo estés rezando en el corazón, dame tiempo para procesarlo”. Sin darse cuenta, daban un primer paso hacia un sendero más claro en el trayecto incierto que venían recorriendo. Lentamente fueron sumergiéndose en un mundo nuevo. Empezaron a buscar información, a hablar con amigos que eran padres adoptivos, a reunirse con abogados especializados en adopción para aprender qué trámites debían realizar. Aprendieron que tenían que presentar una carpeta que llevaba un proceso. Los años de espera y de dolor no habían sido en vano. La confianza había socavado en sus corazones puliéndolos. El sueño que habían imaginado con cuatro hijos, cuando hicieron el curso prematrimonial, había quedado lejos en el tiempo.

Hay un dicho que dice: si quieres hacer reír a Dios cuéntale tus planes. Los planes de Dios son misteriosos, pero sabemos que están pensados por un Dios amoroso, compasivo e infinitamente misericordioso. Dios nos quiere felices, siempre. Somos nosotros los que debemos encontrar cuál es el camino hacia nuestra felicidad. No hay una historia igual a otra, cada una es única y especial. A veces puede pasarnos que por nuestras debilidades nos distraemos o no encontramos el sendero que nos lleva hacia la plenitud.

Puede pasarnos que nos entretenemos en otras cosas, que pueden ser buenas, pero que no nos llevan a esa felicidad plena, a la que estamos llamados. Pero Dios, que es un Padre que nos primerea (como dice el papa Francisco), siempre sale a nuestro encuentro para redirigirnos, cuando nos dejamos llevar por Él.

Ese tiempo de resultados negativos, de diagnósticos inciertos, de puertas cerradas, había permitido que Pablo descubriera que su sueño de ser padre no tenía un solo camino sino otro más. Los años le habían ayudado a reconocer que ese deseo grande que tenía desde siempre de ser padre era real, tan real como amplio. Dios le había regalado en su corazón una paternidad más grande, que incluía tanto la biológica como la adoptiva. Pero ellos eran un matrimonio. Él había tenido que recordárselo a Cecilia cuando ella tenía miedo de los resultados de los análisis de fertilidad. Esto era de a dos. Así como no era importante si a alguno de los dos le daban mal los análisis de fertilidad, lo mismo sucedía ahora. La maternidad adoptiva necesitaba nacer en el alma de Cecilia. Solo era cuestión de seguir unidos, en abierta escucha, hablando de los miedos, los prejuicios, sosteniéndose en la paciencia y la esperanza de que no caminaban solos. Compartían entre ellos y con Dios, poniéndose en sus manos, confiando en Él para que se hiciera su voluntad. Juntos empezaban a mirar con nuevos ojos a esos amigos que habían adoptado y se preguntaban si ellos estaban llamados a lo mismo. Juntos empezaban a darle forma al proyecto que tanto habían soñado.

El día que presentaron la carpeta completa fue el punto de inflexión. De esa manera se convertían en aspirantes a ser padres adoptivos. Durante el proceso que les llevó un año, habían descubierto cómo se desplegaba ante ellos un horizonte más amplio. La fecundidad ya no tenía un solo camino. Las posibilidades se duplicaban, se agrandaban. Atrás iba quedando todo lo negativo, ahora empezaban a abrirse todas las puertas. Tenían la libertad de ser padres tanto por la vía biológica como la adoptiva. No era un camino que suplantaba a otro. Abrazaban los dos por igual. Siempre habían querido ser padres, ahora, además, querían ser padres adoptivos. Se habían enamorado de la adopción.

Cecilia nunca había quedado embarazada. Habían pasado ocho años. Su esperanza se había mantenido fiel gracias al rezo diario del rosario, la oración preferida de la Madre de Jesús, la Santísima Virgen María. El primer “tal vez” llegó unos meses después de presentar la carpeta. Un juzgado los había preseleccionado y citaba a una entrevista. Pero no fue hasta el 15 de agosto, fiesta de la Asunción de la Virgen María, en que obtuvieron el primer positivo. Ese día supieron que su hijo, un bebito de 10 meses, los estaba esperando en un hogar de niños. El día soñado había llegado distinto de cómo lo habían imaginado al principio. Atravesar la infertilidad los había llevado a la plenitud de la fecundidad. Cuando vieron a Nano por primera vez, descubrieron que el vínculo de amor era muy hondo. Daban a luz en sus corazones. Ahora los tres, unidos, explotaban de felicidad.

Tres años después, Nano empezó a pedirles una hermanita. Así que volvieron a recurrir a quien los había guiado hasta Nano. Se pusieron a los pies de Jesús para que les mostrara el modo de agrandar la familia. Juntos, en familia, le rezaron a la Virgen por esa hermanita que soñaba Nano. Volvieron a presentar una carpeta. En el juzgado les dijeron que como ellos ya tenían buenos informes, era esperable que esta vez los llamaran rápidamente. Pero el segundo “tal vez” llegó a través de un atraso. En un control de rutina, a Cecilia le habían descubierto un mioma en el útero, por lo que tuvo que someterse a una cirugía. Luego de la operación, el médico le dijo que todo estaba bien y que habían aprovechado para corregir una leve endometriosis. Mientras esperaban confiados el llamado del juzgado, Cecilia tiene su primer positivo de embarazo. El 11 de febrero, día de la Virgen de Lourdes, nace Felicitas María y cumple así el sueño de su hermano, Nano.

En primera persona

Cecilia dice: “Una frase que nos acompañó es: Dios sabe más. Aunque era muy doloroso, cuando digo doloroso era en el alma y en el cuerpo, confiábamos en que Dios tenía un plan para nosotros. Él había sembrado una vocación muy profunda en nuestro corazón. Teníamos que confiar y hacer lo necesario para ser padres, pero sabíamos que teníamos un límite. Por eso llegamos donde llegamos.

Los médicos de primera movida nos ofrecían todo tipo de tratamientos. Me acuerdo de un doctor que a los 10 minutos de conocernos nos dijo una frase que recuerdo y que me hizo llorar en cuanto la escuché: Ustedes no son padres porque no quieren”.

Pablo destaca la importancia de haber encontrado alguien que los ayudara a encontrar el límite: “El límite tiene que ver con la ética y tiene que ver con el conocimiento y hay muy poco conocimiento. Nos apoyamos mucho en el padre *Rafi Braun*¹ para poder entender los límites, los riesgos y también, desde nuestra fe, hasta dónde podíamos llegar y hasta dónde preferimos no avanzar por más que los médicos te quisieran llevar”.

Cecilia agrega: “Me apoyaba mucho en la Virgen, me aferraba al rosario todos los días, aunque fuera el día más triste de mi vida y otra vez tuviera un negativo. Pablo se apoyó en San José, el papá adoptivo de Jesús, mucho antes de saber que íbamos a adoptar. Fue extremadamente doloroso, pasamos por momentos muy difíciles. Momentos que nos costaba la noticia de embarazos ajenos, o ir a bautismos, cosas lógicas que pasan después de tantos años de búsqueda. Ocho hasta que llegó Nano, diez hasta que llegó Felicitas. Pero todo ese dolor nos dejó también mucho aprendizaje en el corazón. No hay espinas sin

1. Padre Rafael Braun.

rosas, de alguna forma era el camino de santidad que Dios quería. Nuestra fe es nuestra roca firme”.

“No hubiéramos elegido todo lo que transitamos, pero hoy no lo cambiaríamos. Nos hizo llegar a la familia, que no es la que habíamos soñado, pero sí es la que Dios tenía pensada para nosotros. Y nos dimos cuenta de que es muchísimo mejor”.

Índice

Prólogo	9
Introducción	
MG. JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA	11
Técnicas de reproducción asistida	
DRA. GRACIELA MOYA	17
Escuchar, acompañar y orientar en la toma de decisiones	
DRA. ZELMIRA BOTTINI DE REY	57
Testimonio: Los caminos de la fecundidad	
CECILIA PRIMOGERIO Y PABLO BULACIO.....	73

Todos hemos sido llamados a ser fecundos. El primer camino en el que pensamos es la fecundidad biológica, pero existen infinidad de maneras de serlo. Hemos de descubrir el propio, el que Dios pensó en forma personalísima para cada uno. El *propio camino* de fecundidad, no “una opción frente a una realidad fallida”. Y hemos de buscarlo, confiando en que Él conoce y desea nuestro bien más que nosotros mismos.

Zelmira Bottini de Rey (Médica pediatra)
Graciela Moya (Médica genetista)
Josefina Perriaux de Videla (Magíster en Ciencias para la Familia)
Testimonio de Cecilia Primogerio y Pablo Bulacio.

